

## NIEUWE REGELING ZORGINFRASTRUCTUUR DOORGELICHT

Dit artikel is geschreven voor het Reed Business Handboek Wonen en zorg. Voor meer informatie: [www.reedbusiness.nl](http://www.reedbusiness.nl).

### Utrecht, maart 2006

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg  
Linda Sanders, Sanders Advies en Projecten

### Scheiden wonen-zorg moet gefaciliteerd worden

Al jarenlang is het Kabinetsbeleid erop gericht om zo min mogelijk nieuwe intramurale voorzieningen (vooral verzorgingshuizen) te realiseren, maar in plaats daarvan woonzorgcomplexen. Om voor dezelfde doelgroep die voorheen intramuraal verbleef, eenzelfde kwaliteit van zorg en welzijn te kunnen bieden, zijn verschillende zaken nodig:

- een (rolstoel)toegankelijke woning, waar bewoner en zorgverlener goed uit de voeten kunnen
- zorg op maat, 24 uur per dag
- ondersteuning in het dagelijks leven door ontmoeting, activiteiten en zorgcoördinatie.

Voor dit laatste onderdeel zijn ruimten nodig die worden samengevat onder de noemer zorginfrastructuur. Hoewel altijd wel erkend is dat ook het laatste onderdeel belangrijk is voor kwetsbare ouderen, wil dat nog niet zeggen dat de financiering ook geregeld was. Mensen die in de praktijk bezig waren om wonen en zorg te scheiden, hebben zich vaak verbaasd over de verkeerde prikkels die in het systeem zitten; financieel is het voor zorgorganisaties gunstiger om intramurale bouw te realiseren dan om scheiden wonen en zorg vorm te geven.

Nog altijd zijn niet alle verkeerde prikkels weggenomen maar met de komst van de regeling zorginfrastructuur van december 2005 ontstaat in ieder geval een wat betere uitgangspositie.

### Wooncomplexen en woonzorgcomplexen

Het totstandbrengen van extra ruimten voor ontmoeting of voor zorgverlening bij een wooncomplex is altijd een financieel lastig vraagstuk geweest. Bij een gewoon wooncomplex zullen de ontmoetingsruimten betaald moeten worden door de bewoners en/of de corporatie. In veel situaties draagt de corporatie een deel van de kosten van een ontmoetingsruimte, maar zelden alle kosten. Het is ook niet eenvoudig om dergelijke ruimten in de huurprijs van een woning mee te nemen omdat het woningwaarderingstelsel maar beperkt gelegenheid geeft om ruimten, buiten de individuele woonruimte om, te verwerken in de huurprijs. En dat mag alleen maar als de ruimte uitsluitend bedoeld is voor de eigen bewoners.

Daar zit ook het verschil met de woonzorgcomplexen en hetgeen valt onder zorginfrastructuur.

Hoewel zorginfrastructuur vaak gekoppeld is aan een woon(zorg)complex, hoeft dat niet.

Zorginfrastructuur is bestemd voor iedereen in een wijk of gebied met een AWBZ- zorgvraag en kan dus ook een op zichzelf staande voorziening in de wijk zijn.

De AWBZ is alleen als financiële bron beschikbaar als er een zorgindicatie is en als de zorginfrastructuur dienstbaar is aan de zelfredzaamheid. Dat wil zeggen dat het bestemd is voor de doelgroep die anders intramuraal zou moeten verblijven.

De zorginfrastructuur is wel vaak gekoppeld aan een woonzorgcomplex omdat de bewoners daarvan een geringe mobiliteit kunnen hebben. Een ontmoetingsruimte letterlijk of figuurlijk op de drempel van hun woning is dan zeer gewenst.

Behalve met woningen, wordt zorginfrastructuur ook vaak gecombineerd met andere voorzieningen zoals welzijnsruimten, gezondheidscentra en/of culturele instanties als een bibliotheek. De financiering moet dan van diverse kanten komen.

### Verschillende regelingen voor zorginfrastructuur

Zorginfrastructuur is bestemd voor alle doelgroepen met een zorgvraag. Maar dat is iets dat pas de laatste jaren benadrukt wordt. De ontstaansgeschiedenis is veelal terug te voeren op de ouderenzorg en meer specifiek de verzorgingshuizen. Al ten tijde dat provincies verantwoordelijkheid droegen voor planning en financiering van de verzorgingshuizen, ontstonden in Noord-Brabant en Noord-Holland wijksteunpunten. Bedoeld om opname in een verzorgingshuis uit te stellen en zo mogelijk te vervangen. In de jaren negentig was dit o.a. mogelijk via de reikwijdtemiddelen. Eigenlijk vanaf het moment dat de Wet op de Bejaardenoorden verdween per 1-1-1997 zijn er verschillende regelingen

geweest die telkens tijdelijk enig soulaas boden. Ten tijde van de woonzorgstimuleringsregeling bestond er korte tijd zelfs twee mogelijkheden om zorginfrastructuur te bekostigen: hetzij via de woonzorgstimuleringsregeling, hetzij als een bouwaanvraag in het kader van de WZV. In 2001 heeft het bouwcollege een referentiekader voor het scheiden van wonen en zorg gepubliceerd, zodat instellingen ook enig zicht hadden op hetgeen voor vergoeding in aanmerking kwam. In het voorjaar van 2003 schrapte het ministerie van VWS abrupt de route van de WZV voor alle niet-verblijfsfuncties. De woonzorgstimuleringsregeling was inmiddels ook afgelopen en er bleef organisaties geen enkele mogelijkheid meer over om de zorginfrastructuur op reguliere gronden gesubsidieerd te krijgen. Omdat daarmee grote stagnatie optrad in de verdere extramuralisering werd een tijdelijke regeling voor de vergoeding van kapitaallasten extramurale zorgverlening in het leven geroepen. Hiermee konden wel de kapitaallasten voor vergoeding in aanmerking komen, maar niet de bijkomende kosten van verzekering, verwarming en onderhoud. Met ingang van 2006 is deze regeling nu vervangen door de eveneens tijdelijke regeling zorginfrastructuur. Voor dagbehandeling en dagactiviteiten blijft de regeling kapitaallasten nog een jaar van kracht.

### **De nieuwe regeling zorginfrastructuur**

Met de regeling zorginfrastructuur per 1-1-2006 kunnen alle AWBZ-toegelaten instellingen in aanmerking komen voor vergoeding van de zorginfrastructuur. Niet alleen de bouwkosten, maar ook bijkomende kosten voor exploitatie en onderhoud komen voor vergoeding in aanmerking. Het betreft dan de kosten van energie, belastingen, inrichting en onderhoud. Personeelskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking. Schoonmaak, beheer en keukenbezetting kunnen dus niet op grond van deze regeling worden betaald. Overigens staat in de opsomming ook niet de post verzekering maar het ligt in de rede dat deze wel voor vergoeding in aanmerking kan komen.

Een aanvraag kan worden ingediend voor de bijkomende kosten van al bestaande zorginfrastructuur of voor de kapitaallasten én bijkomende kosten voor nieuwe zorginfrastructuur.

Als hoofdregel geldt dat de ruimten die in aanmerking worden genomen, betrekking hebben op:

- ruimten voor het halen en brengen van extramurale AWBZ-zorg waarbij de mogelijkheid bestaat deze ruimten ook buiten de AWBZ te gebruiken. Een zorgsteunpunt biedt mogelijkheden voor contact met hulpverleners, voor ontmoeting en/of voor samen eten.
- Ruimten en/of technologische voorzieningen voor het leveren van oproepbare ofwel onplanbare zorg die dagelijks, dan wel meerdere keren per week, wordt gevraagd.

Onder deze noemers vallen dan ruimten als een teampost/teamkamer, een sociaal restaurant (en mogelijk een deel van de daarvoor benodigde keukenvoorziening), sanitair, slaapwachtruimte en overige ruimten. Onder technologische voorzieningen kunnen vallen: actieve of passieve alarmeringsvoorziening, inactiviteitsmelder, uitluistersysteem verzorging of verzorgende, meldkamer en meldcentrale en de restpost andere voorzieningen.

AWBZ-toegelaten instellingen dienen gezamenlijk met het zorgkantoor een projectaanvraag in bij het CTG/ZAio. Deze projectaanvraag moet aantonen dat het ingediende project bijdraagt aan extramuralisering. Het gaat hierbij om het volgende:

- de projectaanvraag verduidelijkt hoe het project bijdraagt aan een verschuiving van zorg in een verblijfsinstelling naar zorg thuis. Bij instellingen die beschikken over een Lange Termijn HuisvestingsPlan, kan dit hierbij behulpzaam zijn;
- de projectaanvraag verduidelijkt of het arrangement van 'zorg thuis met infrastructuur' een passend en doelmatig alternatief is voor zorg die ook in een verblijfsinstelling geleverd had kunnen worden.

Er is een aanvraagformulier beschikbaar via de site van het bouwcollege en van het CTG/ZAio. Bij dit formulier dienen bouwtekeningen (schetsen) te worden ingeleverd waarin is aangegeven welke voorzieningen in welk deel van het gebouw gerealiseerd worden. Tevens moet in de schets aangegeven worden welke delen van het gebouw gesloopt, verbouwd of nieuw gebouwd moeten worden en welke ongewijzigd blijven. Tevens moet in het formulier aangegeven worden welke organisaties betrokken zijn en wat hun financiële bijdrage is in het geheel.

De aanvraag wordt door het CTG/ZAio doorgestuurd naar het bouwcollege, dat vervolgens een bouwkundige toets doet over de aangevraagde zorginfrastructuur. Het Bouwcollege zal in 2006 een nieuw of aangepast referentiekader maken voor de toetsing van de zorginfrastructuur.

Het bouwcollege stuurt binnen vier weken (of, ingeval een combinatie gemaakt wordt met bouw binnen het bouwregime, binnen 3 maanden) een advies over de bouwkundige invulling en benodigde investeringen aan het CTG/ZAio, met afschrift aan de aanvrager. Na realisatie van het project stuurt de instelling het CTG/ZAio een overzicht met de daadwerkelijk gemaakte kosten, mede ondertekend door het zorgkantoor. CTG/ZAio zorgt verder voor de afhandeling en de nacalculatie van de gemaakte kosten.

### **Uitwerking in de praktijk**

De tekst van de regeling is kort en geeft feitelijk weinig informatie. Veel zal afhangen van de interpretatie van het zorgkantoor en de mate waarin deze ruimte wil geven aan zorginfrastructuur. Een aanvraag móet namelijk met instemming van het zorgkantoor gedaan worden. Een zorgorganisatie die een aanvraag eenzijdig indient, krijgt nul op het rekest. Een andere bepaling die ruimte laat voor interpretatie is de regel dat alleen kosten worden aanvaard (door het CTG) als er geen vergoeding op basis van andere beleidsregels van toepassing is.

Elke zorgorganisatie heeft te maken met deze onzekerheden, waardoor de nieuwe regeling niet blindelings garanties geeft op vergoeding van de daarbij behorende kosten.

Wat betekent deze regeling in de praktijk? Aan de hand van een, niet geheel fictief, voorbeeld wordt de regeling verder verkend.

Een intramurale ouderenzorgorganisatie gaat deconcentreren en wil op drie plekken in de stad woonzorgcomplexen realiseren. Op één plek in de stad wil men nog intramurale bouw in de categorie licht realiseren, ter grootte van 50 plaatsen. Op alle drie de locaties is het de bedoeling om zelfstandige, levensloopbestendige woningen te bouwen en deze te combineren met een uitvalsbasis voor de zorgverlening (teampost), ontmoetingsruimte, eenloket en, 2 a 3 groepswoningen voor dementerenden en/of verstandelijk gehandicapten.

Initiatiefnemer van het plan is deze ouderenzorgorganisatie Barteljoris. In de uitwerking wordt samengewerkt met de stichting welzijn ouderen, de gemeente, een thuiszorgorganisatie en een organisatie voor verstandelijk gehandicapten. De nieuwbouw zal worden gerealiseerd door een lokale corporatie.

Om het vraagstuk niet te ingewikkeld te maken, wordt het hier voorgesteld alsof Barteljoris de leidende partij is en de anderen meegaan in hun plannen. In de praktijk zal het vaak zo zijn dat iedereen eigen plannen heeft en de anderen probeert mee te krijgen in de eigen plannen. Er gaat dan ook nog een heel traject aan vooraf om ieders plannen met elkaar in overeenstemming te brengen, maar over dat samenwerkingstraject gaat het hier niet.

Barteljoris staat voor verschillende vraagstukken waarop een antwoord vereist is, alvorens zij weet waar ze aan toe is.

- A. instemming van het zorgkantoor met de plannen
- B. Bepalen hoeveel m<sup>2</sup> ontmoetingsruimte nodig is
- C. Bepalen waar de kantoorlocatie van de eigen organisatie komt
- D. Beslissing over maaltijdverstrekking
- E. Bepalen over beheer en exploitatie van het nieuwe centrum
- F. Bepalen huurprijs en huurovereenkomst van het centrum.

Deze beslissingen worden kort even toegelicht.

#### *Instemming van het zorgkantoor:*

Steeds vaker heeft het zorgkantoor een eigen opvatting over de mate van extramuralisering. Grootste discussiepunt in de plannen van Barteljoris zijn de 50 plaatsen lichte intramurale zorg die zij willen realiseren. Zonder instemming van het zorgkantoor kan Barteljoris niet. Voor de intramurale organisatie zijn deze plaatsen cruciaal; het geeft de organisatie een basis om ook in de moeilijke uren 24-uurs zorg te kunnen organiseren. Bovendien kan dan een satellietkeuken worden gerealiseerd, en, niet geheel onbelangrijk, voor intramurale plaatsen heeft de zorgorganisatie geen concurrentie van anderen.

#### *Bepalen omvang ontmoetingsruimte*

Het Bouwcollege heeft in 2001 een referentiekader uitgebracht voor scheiden wonen zorg. Dat geeft enige richtlijn welke ruimten en welke omvang nodig is. Dit referentiekader zal worden vervangen maar op dit moment is nog geen duidelijkheid of de nieuwe regeling ruimer of minder ruim wordt. De

zorgorganisatie moet daarvoor bepalen hoeveel zorgvragers zij vanuit dit centrum kan gaan bedienen. Dat is nog niet zo eenvoudig. Weliswaar kunnen in ieder geval de bewoners geteld worden die voorheen intramuraal verbleven en nu naar de nieuwbouw gaan, maar hoe zit het met de klanten van de thuiszorg? De benodigde instemming van het zorgkantoor is mede vanwege deze reden opgenomen in de regeling. Het zorgkantoor kan een soort planning maken hoeveel zorginfrastructuur zij willen honoreren en op die manier voorkomen dat twee zorgorganisaties in hetzelfde gebied zorginfrastructuur gaan realiseren.

Maar behalve het vraagstuk over wie gaat zorg leveren en gebruik maken van de zorginfrastructuur, moet Barteljoris ook in gesprek met de SWO. Deze organisatie wil wellicht ook ontmoetingsruimte realiseren en/of exploiteren. Bepaald moet worden of en in welke mate ruimten gecombineerd kunnen worden. Vervolgens moet dan gekeken worden wie welk aandeel van de ruimten gaat betalen. De regeling zorginfrastructuur lijkt de mogelijkheid te bieden dat welzijnsruimten kunnen worden gecombineerd met zorginfrastructuur, maar op dit moment is nog onzeker hoe een dergelijke combinatie beoordeeld gaat worden. Als welzijn slechts 10% van de aanwezige ruimte gaat betalen, zal dan het zorgkantoor of anderen niet oordelen dat er sprake is van oneigenlijk gebruik van de regeling?

#### *Bepalen kantoorlocatie*

In feite kan een zorgorganisatie zelf besluiten waar zij haar zorgorganisatie (stafdiensten) vestigt; dat kan ook een plek zijn die losstaat van de zorgverleningslocaties. In dit voorbeeld ligt het voor de hand om op de locatie waar ook de 50 intramurale plaatsen komen, tevens de kantoorlocatie te vestigen. Voordeel is daarmee de zichtbaarheid van de zorgorganisatie. Ook voor een aantal facilitaire zaken kan de zorginfrastructuur annex wijksteunpunt, leunen op de zorgorganisatie.

#### *Beslissing over maaltijdverstrekking*

Er zal vrijwel nooit sprake zijn van een grootkeuken bij de zorginfrastructuur. Deze is pas realiseerbaar vanaf 400 a 500 maaltijden per dag. Een satellietkeuken is zelfs al de vraag. In dit voorbeeld zal op de locatie waar ook 50 intramurale plaatsen verrijzen, een satellietkeuken mogelijk zijn omdat die plaatsen daar dekking voor geven. Op andere plaatsen is het de vraag of een satellietkeuken betaald kan worden uit de regeling zorginfrastructuur. Als binnen de groepswoningen wordt gekookt, is ook voor deze doelgroepen geen keukenvoorziening nodig. Naar verwachting zal wel een deel van de keuken uit de middelen voor zorginfrastructuur betaald kunnen worden, maar voor het andere deel zal de keuken betaald moeten worden uit opbrengsten van verkoop van maaltijden. Als er ook dagbehandeling of dagverzorging in het centrum wordt geboden, kan ook hierin enige dekking gevonden worden voor de keukenvoorziening, zij het beperkt. De zorgorganisatie moet dus een hele puzzel oplossen van welke puzzelstukjes een bijdrage kunnen leveren in de keukenvoorziening. Voor de rest loopt de zorgorganisatie regelrecht een exploitatierisico op het restaurantgedeelte. Een marktverkenning is dan ook gewenst om enig zicht te krijgen op afzetmogelijkheden voor maaltijden en drankverkoop.

#### *Beheer en exploitatie*

In dit voorbeeld gaat de zorgorganisatie zich ook in belangrijke mate bemoeien met de exploitatie van het wijksteunpunt oftewel de zorginfrastructuur. Per project moet bekeken worden wie allemaal een bijdrage leveren of kunnen leveren in vierkante meters. Ook de thuiszorg zou een kantoorlocatie hier kunnen vestigen. Als ook de SWO vierkante meters in gebruik neemt, zullen er afspraken gemaakt moeten worden over beheer en exploitatie. Wie draagt het ondernemersrisico, wie deelt in eventuele winsten van verkoop van dranken en maaltijden, wie beslist met welke activiteiten de ruimten gevuld worden, zijn nog maar enkele van de beheervraagstukken die om een antwoord vragen.

#### *Huurprijs en huurovereenkomst*

Het ligt niet in de rede dat de bewoners van de omliggende woningen in hun huurprijs betalen voor de zorginfrastructuur. De zorgorganisatie zal naar alle waarschijnlijkheid een aparte huurovereenkomst aangaan voor de zorginfrastructuur. Wellicht dat ook anderen (thuiszorg, SWO) rechtstreeks een soortgelijke overeenkomst met de corporatie aangaan. Naarmate de verwevenheid van de functies groter is, zal de corporatie eisen dat er één hoofdhuurder is. Wellicht wordt het dan interessant om een aparte beheerstichting in het leven te roepen om de zorgorganisatie niet met teveel risico's op te zadelen. Een periode van 10 jaar voor een dergelijke huurovereenkomst lijkt een redelijk compromis

tussen enerzijds zekerheid en anderzijds de gelegenheid om het vastgoed af te stoten als inzichten veranderen.

Ten aanzien van de huurprijs is het gewenst om deze uit te splitsen in een post voor rente en afschrijving en een post voor bijkomende zaken. Dit omdat deze posten bij de zorgorganisatie op dit moment ook nog verschillend worden afgerekend. Dit biedt als bijkomend voordeel dat makkelijker kan worden afgesproken om over de stichtingskosten geen huurverhoging te berekenen.

Bovenstaande vraagstukken laten zien dat het niet eenvoudig om vooraf enige zekerheid te krijgen over de kosten en het risico waar de zorgorganisatie ja tegen zegt, als zij besluit om zorginfrastructuur te realiseren.

### **Resterende vuiltjes**

Het voorgaande laat zien dat een zorgorganisatie zich goed moet beraden over de risico's die zij neemt en haar relatie met het zorgkantoor moet koesteren. Zijn daarmee alle problemen opgelost of benoemd? Nee, zeker nog niet. Al eerder is aangestipt dat het risico in zekere zin is ingeperkt dat zowel de ene zorgorganisatie als de andere zorgorganisatie zorginfrastructuur gaat realiseren. Als het zorgkantoor haar werk goed doet, zal zij in een redelijke verhouding zorginfrastructuur toestaan en concurrenten in hetzelfde gebied weren. Daarmee is echter nog niet geregeld dat de ene zorgorganisatie die de zorginfrastructuur gaat realiseren, ook een bijdrage krijgt van andere zorgorganisaties die ook profiteren van de aanwezige infrastructuur.

Het tweede 'vuiltje' dat resteert, betreft de niet volledige vergoeding van alle kosten. Weliswaar is de nieuwe regeling al beter als de afgelopen 3 jaar, omdat ook een deel van de bijkomende kosten vergoed worden. Maar, instanties moeten zelf voldoende opbrengsten zien te genereren om de kosten van schoonmaak, beheer, een deel van de keukens en keukenspersoneel en bedienend personeel te kunnen dekken. En dat terwijl het niet de bedoeling is het restaurant volledig commercieel te exploiteren. De doelgroep moet voorop blijven staan en een te sterke oriëntatie op andere doelgroepen brengt het wijkrestaurant ook in concurrentie met andere horeca.

En tot slot het derde, maar zeker niet minste probleem: de regeling in de toekomst. Het ministerie van VWS is van plan om in 2012 ook alle huisvestingskosten te normeren, zodat instellingen zelf de vastgoedbeslissingen nemen. In hoeverre de toekomstige bekostiging voldoende ruimte laat om reeds genomen investeringsbeslissingen goed te kunnen dragen, is nog koffiedikkijken. Het maakt organisaties echter wel onzeker over de mate waarin ze hun toekomst kunnen vastleggen met het scheiden van wonen en zorg.

### **Relatie met de Wmo**

Tot dusver zijn nog weinig woorden gewijd aan het samen optrekken van ontwikkelingen in de zorg en ontwikkelingen in gemeentelijk welzijnsbeleid. De Wmo zoals deze per 1-1-2007 van kracht zal worden, geeft gemeenten een belangrijke taak in het ondersteunen van zwakke groepen in de samenleving. Meer nog dan in het huidige tijdperk, zullen gemeenten zich moeten beraden welke welzijnsvoorzieningen zij in stand willen houden en hoe zij deze kunnen inzetten ter ondersteuning van ouderen, gehandicapten en anderen die een steuntje in de rug nodig hebben. In het voorbeeld is aangehaald dat een wijksteunpunt veelal een menging is van gemeentelijke welzijnsvoorzieningen en zorginfrastructuur die nodig is uit zorgverleningsperspectief. Dat werkt zolang het redelijk gelijk op gaat. Maar wat gebeurt er als het ministerie van mening is dat de gemeenten met de Wmo voldoende instrumenten in handen hebben om de wijkinfrastructuur te realiseren? En vindt dat daarmee zorginfrastructuur overbodig wordt? Juist in de combinatie is winst te boeken en wordt het haalbaar om in wijken wijksteunpunten te realiseren. Maar als een peiler wegvalt, kan de hele voorziening niet meer rendabel worden neergezet en zou het zo gewenste proces van zo lang mogelijk zo gewoon mogelijk wonen en leven stokken. Laten we hopen dat deze wijsheid ook in de toekomst wordt ingezien bij de departementen.