

# **Samen woonzorgcomplexen bouwen**

**Afspraken tussen corporatie en zorginstelling bij  
verschillende varianten**

**Weesp, november 2003**

Aedes-Arcare Kenniscentrum Wonen-Zorg  
L. Sanders

**Colofon**

Het Kenniscentrum Wonen-Zorg is een gezamenlijke activiteit van Aedes vereniging van woningcorporaties en Arcares brancheorganisatie verpleging en verzorging. Het kenniscentrum denkt mee met zorginstellingen en woningcorporaties die nieuwe woonzorgprojecten of woonzorgarrangementen willen realiseren. Het brengt kennis en informatie inzake wonen en zorg bijeen en stelt deze beschikbaar.

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg  
Postbus 8258 3503 RG Utrecht, Oudlaan 4 3515 GA Utrecht  
telefoon 030 273 97 75, fax 030 273 96 52  
[kenniscentrum.wonen.zorg@arcales.nl](mailto:kenniscentrum.wonen.zorg@arcales.nl), [www.kenniscentrumwonzorg.nl](http://www.kenniscentrumwonzorg.nl)

**@ Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, november 2003**

*Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg. Het gebruik van de tekst als toelichting of ondersteuning is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.*

## Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Samenwerken en eigendomsverhoudingen
3. Woonzorgcomplex in basisvorm
  - 3.1 Zorginfrastructuur
  - 3.2 Zorgvisie en doelgroepen
  - 3.3 Verhuizing
  - 3.4 Huurprijzen en huurprijsaanpassing
  - 3.5 Toewijzing
  - 3.6 Zorg en dienstverlening
  - 3.7 Klachten en communicatie met bewoners
  - 3.8 Onderhoud en werkverdeling
4. Andere varianten
  - 4.1 Corporatie is eigenaar van het oude pand
  - 4.2 Nieuwbouw vindt plaats op de locatie van het oude verzorgingshuis
  - 4.3 Nieuwe woonzorgcomplex is géén vervanging van het bestaande verzorgingshuis
  - 4.4 Zorginfrastructuur is niet geregeld via AWBZ/WZV
  - 4.5 Eigendom bij de zorginstelling
  - 4.6 Woonzorgcomplex met onzelfstandige eenheden
5. Combinatieprojecten



# 1. Inleiding

Op veel plaatsen in Nederland vinden woningcorporaties en zorginstellingen elkaar om samen een woonzorgcomplex te realiseren. Meestal gaat het dan om nieuwbouw van een wooncomplex (intra- en/of extramuraal) met zorgafspraken. Ook wordt meestal de afspraak gemaakt dat de woningcorporatie het gebouw realiseert en de zorginstelling (deels) gaat huren en de zorg gaat leveren. Maar er zijn eindeloos veel variaties hierop mogelijk, afhankelijk van grondposities, wensen van organisaties en inschatting van risico's. Samenwerken wil ook niet per definitie zeggen dat de corporatie voortaan het vastgoed gaat ontwikkelen en in eigendom heeft. In dit rapport wordt inzicht gegeven in de keuzemogelijkheden, de voor- en nadelen van verschillende modellen en worden punten genoemd die geregeld moeten worden in de verschillende situaties.

Dit rapport is vooral bedoeld voor woningcorporaties en zorginstellingen die al enigszins gevorderd zijn in hun wederzijdse verkenningen en nu voor de keuze staan hoe zij hun samenwerking precies willen vormgeven.

Hoewel het hier vooral gaat over de afspraken die ónderling gemaakt worden, ontkomen we er niet aan ook regelmatig andere partijen op te voeren die deze onderlinge afspraken beïnvloeden. De precieze rol van deze partijen wordt bekend verondersteld.

Deze rapportage is mede gebaseerd op gesprekken over de realisatie van diverse woonzorgcomplexen en aan de hand van vragen die via de website van het kenniscentrum gesteld worden.

Als leestip het volgende: In hoofdstuk 3 is een basisvariant van een woonzorgcomplex benoemd. Met als kenmerken:

- oude pand is in eigendom bij de zorginstelling
- op andere locatie dan bestaand verzorgingshuis
- ter vervanging van bestaand verzorgingshuis
- zorginfrastructuur via AWBZ/WTG
- volledige nieuwbouw door corporatie en verhuur door corporatie
- zelfstandige woningen

Voldoet uw project aan al deze kenmerken, dan kunt u hoofdstuk 4 overslaan. Is een of meer van de kenmerken afwijkend, dan is het handig om én hoofdstuk 3 erbij te houden, en de desbetreffende paragrafen uit hoofdstuk 4 te lezen.



## 2. Samenwerken en eigendom

Een woonzorgcomplex betreft een complex zelfstandige woningen waar afspraken gemaakt zijn over zorg en dienstverlening. Dat kan heel ver gaan; hoe specifieker de doelgroep, hoe meer afspraken gemaakt moeten worden. Kenmerkend voor een woonzorgcomplex is dat er sprake is van samenwerking tussen een woningcorporatie en een zorginstelling. Er zijn ook samenwerkingsrelaties denkbaar tussen woningcorporaties en zorginstellingen waarbij geen vastgoed betrokken is. Denk bijvoorbeeld aan het opzetten van een dienstenpakket. Op die samenwerkingsprojecten wordt hier niet verder ingegaan.

Bij woonzorgcomplexen is eigenlijk altijd sprake van vastgoed, meestal nieuwbouw, een enkele keer wordt een bestaand complex benut. In de meeste situaties ontwikkelt de corporatie het vastgoed, wordt of is eigenaar en doet de verhuur. De zorginstelling levert dan de zorg en is vaak betrokken bij de toewijzing. De zorginstelling als eigenaar van het vastgoed komt veel minder voor.

Het voordeel van deze constructie is dat maximaal gebruik gemaakt wordt van ieders expertise en dat organisaties dicht bij hun kerntaken blijven. Als nadeel kan gezien worden dat een aantal besluiten niet zelfstandig genomen kan worden maar altijd overleg vraagt.

Strategisch kan het voor een zorginstelling interessant zijn om vaste afspraken te maken voor een specifiek complex. De kans dat de bewoners dan gebruik maken van de diensten van deze zorginstelling is groter dan bij individuele contacten met bewoners. Bovendien is vaak intensievere zorg en dienstverlening mogelijk omdat de zorgorganisatie met een vast team medewerkers aanwezig kan zijn in het complex. Dat spreekt ook de (kwetsbare) bewoners aan. En dat maakt het weer voor de corporatie interessant want dat verhoogt de verhuurbaarheid van het complex. Het kan dus een win-situatie opleveren voor iedereen.

Of een dergelijke samenwerking profijtelijk uitpakt voor iedereen, hangt van een aantal zaken af. In de basisvorm zoals hier beschreven, heeft de zorginstelling niet het eigendom van het vastgoed (dit in tegenstelling tot intramurale zorg waar dat wel vaak het geval is). Dat wordt meestal als een verlies beschouwd. Niet alleen vanwege de gevoelsmatige beleving van een eigen locatie te hebben, maar ook omdat een grondpositie maar één keer uitgespeeld kan worden. Of de voordelen opwegen tegen de nadelen, zal ieder voor zich uit moeten maken.

Nadelen die vanuit de positie van een zorginstelling worden genoemd, zijn:

- de zorginstelling heeft geen zelfstandige beslissingsmacht over het vastgoed meer; voor elke aanpassing is overleg nodig
- het verkrijgen van een gunstige financiering is makkelijker met vastgoed als onderpand
- beleids- of personele veranderingen bij de corporatie kunnen inwerken op de relatie
- een huurcontract is eindig
- verlies van onderhandelingspositie
- het onderscheid tussen een thuiszorgorganisatie en een intramurale instelling wordt kleiner als de instelling alleen huurt. Identiteit en referentiekader zijn ook gekoppeld aan de locatie c.q. de complexen
- bij voldoende omvang van de zorginstelling heeft men zelf regelmatig bouwprojecten en bouwt de expertise in eigen huis op
- corporaties besteden een deel van het onderhoud weer uit; dat compliceert de relatie.

Voordelen zijn er ook zeker:

- duidelijkheid en zekerheid t.a.v. de kosten van het vastgoed
- de corporatie heeft expertise op het gebied van bouwen van zelfstandige woningen en de verhuur en marktcondities daarvan
- met de corporatie kan tot uitruil van locaties gekomen worden
- een dergelijk complex kan geïntegreerd in de wijk worden ontwikkeld, in aansluiting op andere voorzieningen
- veel corporaties hebben betere ingangen bij gemeentelijke afdelingen volkshuisvesting en RO dan zorginstellingen

- veel corporaties zijn betere op de hoogte van de stappen bij projectontwikkeling dan zorginstellingen
- een huurcontract is eindig; het is makkelijker om van locatie te wijzigen

En dan hebben we het nog niet over de mogelijkheid dat de corporatie uit eigen vermogen extra kwaliteit investeert die niet voor rekening van de zorginstelling of de bewoners komt.

Vanuit de positie van de corporatie zijn er ook nadelen en voordelen verbonden aan een dergelijke samenwerking. In het verleden werd die afweging wel eens anders gemaakt maar tegenwoordig laten de corporaties veelal de voordelen zwaarder wegen dan de nadelen:

Nadelen:

- er wordt voor een specifieke groep gebouwd waardoor het gebouw bij leegstand niet direct opnieuw te verhuren is
- het bouwen volgens de procedures van de zorgsector is ingewikkeld, tijdrovend en moeilijk rendabel te maken naar de normen van woningcorporaties

Voordelen:

- de doelgroep zorgvragers hoort ook bij de taak als corporatie en vormt een steeds groter aandeel in het werk van corporaties
- nieuw marktsegment of uitbreiding daarvan
- verwerven nieuwe locaties

De voor- en nadelen voor beide partijen zijn deels te beïnvloeden door in de samenwerking hierover afspraken te maken (een huurcontract met lange looptijd, terugkoopgarantie e.d.) en worden verder beïnvloed door de verschillende verschijningsvormen.

In het voorbereidingsstadium zullen woningcorporatie en zorginstelling allereerst in het licht van het bovenstaande hun posities bepalen. Wat kan men onderling regelen en waar is men afhankelijk van besluitvorming van derden. Met name de beslissing om intramuraal of extramuraal te bouwen maakt daar ook verschil in. Vaak is dat een beslissing die nogal wat tijd in beslag neemt, omdat dit ook alles te maken heeft met de zorgvisie en de wijze waarop men zorg wil gaan verlenen. De afgelopen jaren werd die keuze tussen intramuraal of extramuraal mede beïnvloed door verschillende bekostigingsregels die leidden tot een meer of minder gunstige exploitatie. Met het doorvoeren van de modernisering van de AWBZ zouden die verschillen de komende jaren kleiner moeten worden. Maar echt zekerheid is daar nog niet over.

Op grond van ervaringen bij gerealiseerde woonzorgcomplexen is gebleken dat het handig is om een risicoanalyse te maken met beslismomenten en beslissers. In dat document leggen partijen vast welke stappen er gezet moeten worden, welke afhankelijkheidsrelaties er zijn bij verschillende beslissingen en het tijdpad dat nodig is voor alle stappen.

In het navolgende wordt voor verschillende situaties uitgewerkt wat er onderling geregeld moet worden.

### 3. Woonzorgcomplex in basisvorm

#### Kenmerken basisvorm

Oude pand is in eigendom bij de zorginstelling
Op andere locatie dan bestaand verzorgingshuis
Ter vervanging van bestaand verzorgingshuis
Zorginfrastructuur via AWBZ/WTG <sup>1</sup>
Volledige nieuwbouw door corporatie en verhuur door corporatie
Zelfstandige woningen

Als basisvorm wordt gekozen de bouw van een nieuw woonzorgcomplex met zelfstandige woningen door een corporatie waarbij de zorgorganisatie de zorg levert en een zorginfrastructuur daarvoor behoeft. Verondersteld wordt dat de zorgorganisatie een bestaand zorgcentrum/verzorgingshuis is.

#### Oud beïnvloedt nieuw

In deze situatie zouden partijen zich in hun onderlinge verhouding alleen kunnen richten op de nieuwbouw. De last van de afwikkeling van de oude situatie bevindt zich in hoofdzaak bij de zorginstelling. De corporatie zou zich zo kunnen opstellen dat zij zich niets aantrekt van de afwikkeling van het oude pand. Maar aangezien de oude situatie z'n weerslag heeft op de nieuwe situatie, is het toch vaak een gezamenlijk probleem.

De zorginstelling moet de oude locatie afstoten en dient daarvoor het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen in te schakelen. Het college heeft als taak om een zo hoog mogelijke opbrengst te genereren. Vanuit die rol zal het College ook vaak de zorginstelling adviseren meerdere corporaties te benaderen met de vraag wat zij kunnen betekenen voor de zorginstelling. Dus ook vanuit andere betrokken organisaties wordt vaak de link gelegd tussen de bestaande bouw en de nieuwbouw.

De zorginstelling krijgt alleen toestemming om de locatie af te stoten en de zorgverlening op een nieuwe locatie over te brengen, als sprake is van een functionele veroudering van het bestaande pand. De kosten van deze operatie (in dit geval met name de afboeking van de boekwaarde) moeten enigszins in verhouding staan tot de noodzakelijke verbetering. Voor dat onderdeel is ook overleg met het College Tarieven Gezondheidszorg nodig. Een goede en eenduidige oplossing voor de boekwaardeproblematiek is er momenteel nog niet. Arcares heeft voorgesteld om een transactiefonds in te stellen. Daar is nog geen reactie op gekomen van het verantwoordelijk ministerie. Vooralsnog is het boekwaardeprobleem er dus nog en kunnen verschillende partijen aangesproken worden op het leveren van (een deel van de) oplossing. Woningcorporatie en zorginstelling kunnen samen de argumenten verzamelen waarom verbetering noodzakelijk is en samen de strategie bepalen richting genoemde colleges.

In deze basissituatie moeten corporatie en zorginstelling het eens worden over:

- a. het uitrustingsniveau en grootte van de woningen, zodanig dat goede en efficiënte zorg verleend kan worden
- b. de inrichting van de zorginfrastructuur; welke functies zijn hierin gewenst en hoe wordt de zorginfrastructuur gesitueerd t.o.v. de woningen
- c. de zorg- en dienstverlening die geboden gaat worden aan de bewoners

---

<sup>1</sup> Met terugwerkende kracht vanaf 1 april 2003 is een nieuwe regeling tot stand gekomen voor de zorginfrastructuur. Er zijn nog geen ervaringen opgedaan met deze (tijdelijke) regeling. Tot het tweede kwartaal van 2003 werden kapitaalslasten vergoed via de WZV. Op termijn is het de bedoeling dat de kapitaalslastencomponent in de beleidsregel Extramurale producten wordt aangepast.

Op basis van de regeling zoals deze bekendgemaakt is in juli 2003 continueert het CTG de nacalculatie van de kapitaalslasten van de zorginfrastructuur. Voorwaarden zijn dat de investering vooraf wordt aangevraagd, vergezeld van een positieve opvatting van het zorgkantoor. De kosten worden verwerkt op basis van het advies van het CBZ.

- d. selectie van doelgroepen voor het complex; betreft het uitsluitend mensen met een AWBZ-indicatie of wordt een mix nagestreefd
- e. op welke wijze de zittende bewoners in de nieuwbouw gehuisvest kunnen worden; eventuele keuzevrijheid van bewoners tussen een traditioneel huis en de extramurale variant; de wijze waarop de inrichtingskosten en verhuiskosten voor de bewoners gedragen worden
- f. hoe de zorginfrastructuur bekostigd wordt
- g. welke huurprijsniveaus gehanteerd gaan worden, welke servicekosten, hoe de inning daarvan geschiedt en op welke manier de bedragen aangepast kunnen worden
- h. op welke manier de woningen toegewezen gaan worden en welke (bepalende) rol de zorginstelling daarbij heeft; welke in- en uitsluitingscriteria worden gehanteerd
- i. klachtenregeling voor bewoners, wie voert het bewonersoverleg en hoe wordt omgegaan met mensen die een andere zorgverlener willen inschakelen
- j. wie doet het kleine onderhoud in het complex, bij wie komt een eventuele huismeester in dienst en welke afspraken en termijnen worden gemaakt ten aanzien van onderhoud van essentiële installaties

De onderdelen a t/m d hebben vooral te maken met de keuzes waar partijen het samen over eens moeten worden. Deze kunnen het beste in een intentieovereenkomst worden vastgelegd. De andere elementen hebben meer te maken met de uitwerking en kunnen goed in een samenwerkingsovereenkomst worden opgenomen.

### 3.1 Zorginfrastructuur

De zorgvisie is sterk bepalend voor de gewenste zorginfrastructuur. Hoeveel zelfstandigheid van de bewoners is gewenst en wat acht men noodzakelijk aan collectieve voorzieningen. Dit onderwerp vergt nogal wat overleg tussen de twee organisaties omdat het ook de kwaliteit van het wonen bepaalt. Niet alleen de relatie met de zorgvisie is bepalend, ook de overige voorzieningen in de buurt en de wijze waarop deze betrokken kunnen worden bij het wooncomplex, behoren onderwerp van gesprek te zijn. Als de zorginfrastructuur een wijkfunctie heeft, mag deze niet alléén voor rekening van de huurders van het wooncomplex komen.

De kosten van de zorginfrastructuur zijn een probleem. De afgelopen jaren konden deze aangevraagd worden bij het Bouwcollege en werden dan vergoed in het budget van de zorginstelling. Vanaf 1 april 2003 is er een nieuwe, tijdelijke regeling. Hoewel er nog geen ervaringen zijn met deze regeling, is het de bedoeling dat deze feitelijk hetzelfde effect heeft als de regeling vóór 1-4-2003. Ook nu worden de kosten vergoed in het budget van de zorginstelling, mits het zorgkantoor en het college bouw kunnen instemmen met deze bouw. De vergoeding van deze kosten was en is gekoppeld aan het gegeven dat de zorginfrastructuur bedoeld is voor (AWBZ-)zorgvragers.

Is de zorginfrastructuur minder gekoppeld aan zorgvragers dan is een andere mogelijkheid dat de corporatie de kosten hiervan voor haar rekening neemt. En verder zou de gemeente kunnen bijdragen uit welzijns- en wijkoverwegingen en zouden de bewoners en gebruikers een eigen bijdrage kunnen betalen. Ook sponsoring is geen geheel onbekende variant hierbij.

Het is wenselijk dat zorgorganisatie en corporatie met elkaar de mogelijkheden verkennen van de verschillende bekostigingsmethoden en de daarbij behorende voor- en nadelen. Voor en nadelen kunnen samenhangen met:

- de lengte van de benodigde procedure
- de afhankelijkheid van anderen
- de mate waarin onderhoudskosten gedekt zijn
- de wijze waarop eigen bijdragen geïnd zouden moeten worden en de rechtsgeldigheid daarvan.

Ook hierbij is het van belang het samen eens te worden en af te spreken hoe dit met derden besproken gaat worden.

In Nijmegen heeft het OBG een handige constructie gevonden. Door het complex te laten bouwen op de locatie van het voormalige verzorgingshuis, kon het bestaande dienstencentrum i.c. de zorginfrastructuur, blijven staan. De kosten hiervan lopen grotendeels door in de reguliere exploitatie van de zorgorganisatie. Verder is contractueel vastgelegd dat elke huurder of koper in een van de drie bijbehorende complexen een maandelijkse bijdrage betaalt. Deze is aanmerkelijk lager vastgesteld voor sociale huurwoningen dan voor de duurdere huur en de koopwoningen. Het laten staan van de zorginfrastructuur betekende dat er alleen een complex woningen gebouwd hoefde te worden. Dat ging aanmerkelijk sneller dan wanneer er een WZV-procedure doorlopen had moeten worden. De corporatie heeft de kosten op zich genomen van het maken van een nieuwe aansluiting van het dienstencentrum op het wooncomplex, compleet met nieuwe liftinstallatie.

Zou in deze situatie de zorginfrastructuur nieuw gebouwd zijn, dan komt het wel voor dat de zorginstelling hiervoor apart een huurovereenkomst afsluit met de corporatie. De corporatie heeft dan dekking voor deze kosten, de zorginstelling niet zonder meer. Als het zorgkantoor en het Bouwcollege het daarmee eens zijn, zullen deze kosten vergoed worden in het budget van de zorginstelling. Op de langere termijn is het de bedoeling dat er normkosten worden ontwikkeld voor de zorginfrastructuur. De zorginstelling loopt in dit geval het risico van een eventueel verschil tussen de te ontvangen vergoeding en de te betalen huur.

Als de kosten niet afgedekt worden in de CTG-tarieven, dan zal de zorginstelling veelal gedwongen zijn deze kosten door te berekenen aan de bewoners van de complexen. Onderling zullen corporatie en zorginstelling de relatie moeten regelen tussen huurovereenkomst en overeenkomst met bewoners voor deze kosten en hoe te handelen als de bewoners deze kosten niet willen dragen.

### **3.2 Zorgvisie en doelgroepen**

De zorgvisie bepaalt mede hoeveel woningen en met welk uitrustingsniveau deze gebouwd moeten worden. Hier kan een spanningveld ontstaan tussen de corporatie die zoveel mogelijk gewone woningen wil realiseren en de zorginstelling die vanuit ervaring met de doelgroep soms andere type woningen wil laten bouwen. De achterliggende ideeën en veronderstellingen zullen besproken moeten worden om tot een keuze te kunnen komen.

Dat geldt eveneens voor de bepaling van de doelgroepen qua inkomen voor het wooncomplex. Is het de bedoeling om een complex met uitsluitend sociale huurwoningen te realiseren of is het gewenst om variatie in huurniveau en tussen koop en huur in te bouwen? Net als bij het vorige punt is het handig om de uitkomsten van de gesprekken op enig moment vast te leggen in een intentieovereenkomst.

Een ander facet waarvoor hetzelfde geldt, betreft de doelgroepen qua zorgvraag voor het complex. Een gemengde doelgroep van zorgvragers en niet-zorgvragers kan de leefbaarheid en onderlinge dienstverlening ten goede komen. Maar niet iedereen is voorstander van gemengde doelgroepen. De zorgorganisatie maar ook de oudere bewoner kunnen redenen hebben om geen gemengde doelgroepen te willen. Corporatie en zorginstelling zullen ook hierin gezamenlijke keuzes moeten maken die hun weerslag kunnen vinden in een intentieovereenkomst.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Alle voorbeeldformuleringen zijn overgenomen uit bestaande contracten. Daarom wordt nog gesproken over bijvoorbeeld verzorgingshuisgeïndiceerden. Tegenwoordig zouden we spreken over mensen met een indicatie voor zorg met verblijf.

Voorbeeld formulering gemengde doelgroepen:

1. Hoofddoelstelling: Ouderen keuzemogelijkheden bieden op het gebied van wonen en dienstverlening zodat zij hun authentieke leefwijze op basis van autonome zelfbepaling kunnen voortzetten.
2. Subdoelstellingen:
  - a. Woningstichting en zorginstelling stellen zich door hun samenwerking ten doel te komen tot een evenwichtige spreiding van voor verzorgingshuisgeïndiceerde ouderen geschikte woningen, waarbij in aard en omvang te differentiëren dienstverlening kan worden geboden die is afgestemd op de (verzorgingshuisgeïndiceerde) vraag van individuele klanten.
  - b. Ten tweede beogen zij door deze spreiding een gelijkmatige vermenging te verkrijgen van vitale en minder vitale ouderen waardoor verbetering van het woon- en leefklimaat kan worden bereikt en de mogelijkheden tot onderlinge hulpvaardigheid worden vergroot.
  - c. Ten derde willen de partijen door vermijding van clustering van in dienstverleningsbehoefte vergelijkbare klanten, eventueel gekoppeld aan een zorgorganisatie waarvan verplicht moet worden afgenomen, stigmatisering van woongebouwen voorkomen, het sociale netwerk van ouderen in stand houden en hun zelfredzaamheid stimuleren.

### 3.3 Verhuizing

In dit basismodel van een woonzorgcomplex zou de zittende populatie kunnen blijven wonen in het bestaande intramurale pand, totdat de nieuwbouw gereed is. Voor een deel van de zittende populatie is wellicht een overgang naar min of meer zelfstandig wonen niet meer mogelijk. Met hen en met hun familie moet afgesproken worden welke alternatieven voorhanden zijn en op welke momenten een verhuizing aan de orde is. Voor de mensen die wel mee kunnen naar het nieuwe gebouw en het nieuwe zorgconcept, zullen evengoed vele vragen resteren. Niet in het minst de vraag hoe het zit met de verhuizing zelf, de inrichting en de kosten daarvan.

De samenwerkingspartners zullen met elkaar moeten afspreken hoe zij de communicatie insteken naar de zittende bewoners en hun familie, naar overige partijen en hoe zij kosten van verhuizing en inrichting versleutelen. De verhuiskosten kunnen op grond van de WZV vergoed worden zodra er intramurale bouw aan de orde is. Betreft het volledig extramuraal bouw waarvoor geen WZV- of WTG-procedure gelopen hoeft te worden, dan kunnen verhuis- en inrichtingskosten een probleem worden. Dan moet toch eerder aan fondsenwerving en stichting Vrienden van .... gedacht worden. Bovendien kunnen de huisvestingskosten van de individuele appartementen voor de bewoners hoger uitvallen dan men tot dusver gewend was te betalen. Een eventuele huurgarantie (mensen betalen niet meer dan in de oude situatie) zou onderdeel van de besprekingen tussen corporatie en zorginstelling kunnen zijn.

### 3.4 Huurprijzen en –aanpassing

De huurprijzen van sociale huurwoningen mogen jaarlijks met niet meer stijgen dan het maximumpercentage dat door de minister van VROM wordt vastgesteld. Alle andere huurprijzen en bijkomende kosten zijn minder strikt gereguleerd. Dat geldt voor duurdere huurwoningen maar ook voor de servicekosten en de zorgkosten die voor eigen rekening komen van de bewoners. Willen partijen betaalbare huren handhaven dan is het goed onderling afspraken te maken over:

- de maximale huurstijging voor alle woningen
- hoeveel de servicekosten en de zorgkosten jaarlijks kunnen worden verhoogd
- waarop dit wordt gebaseerd en wie deze kosten int
- hoe dit gecommuniceerd wordt met bewoners en hun familie

### Servicekosten en zorgkosten

Behalve servicekosten die rechtstreeks met de woning verbonden zijn, wordt vaak ook een aanvullend bedrag aan bewoners in rekening gebracht voor de zorginfrastructuur, de zorgcoördinatie, de alarmering en dergelijke.

De huurprijzenwet Woonruimte (HPW) regelt de wijze waarop de eerstgenoemde servicekosten moeten worden afgerekend. Voor de overige kosten zijn geen wettelijke bepalingen. In het algemeen geldt dat bewoners zoveel mogelijk keuzevrijheid geboden moet worden en zo min mogelijk verplicht worden tot afname van diensten. Voor sommige diensten is dat echter niet te vermijden. Dan is het wel goed om bewoners enige zekerheid te geven over kostenstijgingen, afrekeningen en verrekeningen met de AWBZ waar dat kan.

Op veel plaatsen wordt geregeld dat de corporatie ook deze kosten maandelijks int. Zij hebben immers een systeem van maandelijks incasso waar dit met weinig extra moeite in te passen is. Contractueel kan dat vastgelegd worden, evenals een rechtstreekse overboeking van die bedragen naar de zorginstelling. Tevens moet de corporatie dan gevrijwaard worden van het risico dat bewoners op grond van de huurovereenkomst deze kosten kunnen bestrijden bij de huurcommissie.

Voorbeeld prijscorrectie dienstverleningsovereenkomst:

1. Iedere verhoging van de dienstverleningsovereenkomst dient door het zorgcentrum schriftelijk te worden verantwoord (aan de bewoners) op grond van:
  - a. de jaarlijkse inflatie
  - b. loonkostenontwikkeling
  - c. de tijdsadministratie over het afgelopen jaar van de daadwerkelijk afgenomen diensten zoals vermeld in de overeenkomst

## 3.5 Toewijzing

Een woonzorgcomplex wordt bestemd voor een nader te benoemen categorie zorgvragers. Het is essentieel dat ook de juiste doelgroep binnenkomt. Er zal afgesproken moeten worden in hoeverre de zorgvraag bepalend is voor de toewijzing van de woningen en hoe dit zich verhoudt tot inkomenseisen (die gelden voor sociale woningbouw). Verder zal afgesproken moeten worden wie de bepalende stem heeft bij de toewijzing en hoe de toewijzing geregeld wordt ingeval het (deels) koopwoningen betreft.

In vrijwel alle gevallen wordt voor deze categorie bewoners een bepalende stem voor de zorgorganisatie geregeld. Dat kan volgens meerdere modellen.

Gangbaar is dat de woningen voor zwaardere AWBZ-zorg (24-uurszorg) onttrokken worden aan de reguliere woningtoewijzing. Zodra een woning vrijkomt, meldt de corporatie dit bij de zorgorganisatie. Deze selecteert vervolgens iemand van de eigen wachtlijst, draagt deze voor aan de corporatie die vervolgens het huurcontract afsluit. De toets op passendheid qua inkomen kan zowel door de corporatie als door de zorginstelling gedaan worden.

Varianten hierop zijn:

- de woning draait wel mee in het woonruimteverdelingssysteem maar krijgt de vermelding dat deze alleen bestemd is voor mensen met een AWBZ-indicatie
- (samenhangend met het vorige punt) er wordt een toewijzingscommissie samengesteld, bestaande uit de zorgorganisatie en de corporatie, eventueel aangevuld met de gemeente of RIO-vertegenwoordiger, die de selectie van de juiste kandidaat doet
- de zorgorganisatie kan ook de afsluiting van het huurcontract overnemen; er moet immers ook een zorgovereenkomst getekend worden, dat kan wellicht in één keer afgewerkt worden

Een voorbeeld van een protocol voor toewijzing van woningen, buiten de reguliere woonruimteverdeling om:

1. Een vrijgekomen woning wordt door de woningstichting aangemeld bij het centraal wachtlijstbeheer.
2. Vanuit deze organisatie wordt binnen een week na melding én na afstemming met de zorgaanbieder een nieuwe bewoner voorgedragen aan de woningstichting.
3. De woningstichting legt contact met de aspirant-bewoner en als deze de woning accepteert, controleert de woningstichting of aan alle voorwaarden is voldaan. Zo ja, dan wordt de woning verhuurd. Zo nee, of als de aspirant bewoner de woning weigert, wordt de procedure opnieuw doorlopen.
4. De woningstichting meldt de nieuwe bewoner bij de zorginstelling. Deze doet een zorgintake en legt eventueel een zorgdossier aan.
5. De zorginstelling gaat een zorgovereenkomst aan met de bewoner.

### 3.6 Zorg en dienstverlening

In deze situatie is het complex ter vervanging van een bestaand verzorgingshuis en is dus het niveau van te verlenen zorg en dienstverlening bekend. De te verlenen zorg wordt in de individuele zorgovereenkomst geregeld en afgesproken met de cliënt/bewoner. Maar ook tussen corporatie en zorginstelling zijn verschillende afspraken te maken over de te verlenen zorg (minimaal/maximaal, garantie van zorgverlening), het kwaliteitsniveau en hoe te handelen als de cliënt opzegt of als de zorginstelling stopt met de zorgverlening.

Een eenvoudig voorbeeld:

1. Genoemde woningen worden verhuurd aan woningzoekenden van 55 jaar en ouder met een indicatie voor zorg met verblijf (oude verzorgingshuisindicatie) afgegeven door het RIO. Huurders ontvangen zorg op maat van de zorginstelling. De mate van zorg wordt vastgelegd in een afzonderlijke zorgovereenkomst, welke wordt afgesloten tussen zorginstelling en huurder.

Vroeger kon het nog wel gebeuren dat voor een bepaald complex een vast verplichte zorgorganisatie geregeld was. Tegenwoordig kunnen zorgvragers kiezen voor een andere leverancier. Dat moet geregeld worden in de individuele zorgovereenkomst. Maar ook in de onderlinge verhouding tussen organisaties moet vastgelegd worden wat dit betekent voor de klanten. Als de zorgleverancier ook de huren int, andere dienstverlening verzorgt, zal de corporatie (en de klant) duidelijkheid willen over continuering van deze diensten. Onderling zal dus geregeld moeten worden:

- wat gebeurt er als de klant geen enkele zorgverlening afneemt, terwijl dat toch nodig is om daar te kunnen blijven wonen (huisuitzettingsprocedure, corporatie biedt andere woning aan, zorgaanbieder biedt andere zorglocatie aan)
- wat gebeurt er als de klant een andere zorgverlener in de arm neemt, en toch bepaalde diensten blijft afnemen van de eerste zorgverlener (afspraken van continuïteit van diensten, prijsopslag voor administratiekosten)
- wat gebeurt er als de klant een andere zorgverlener in de arm neemt maar ook de diensten van de zorgverlener die aan het complex verbonden zijn, niet meer af wil nemen (servicekosten als huismeester, alarmering kunnen wel verplicht worden opgelegd)

Een probleem tussen de zorgverlener en de klant, raakt ook de relatie tussen de klant en de corporatie. Partijen kunnen onderling afspreken dat ze gezamenlijk naar een oplossing zoeken als zich iets dergelijks voordoet.

Een meer uitgewerkt voorbeeld ten behoeve van zorgverlening aan overige bewoners:

1. De zorginstelling verklaart zich jegens de woningstichting bereid om op verzoek van laatstgenoemde zorgdiensten te leveren aan bewoners in diens woonaccommodaties in de betreffende plaats. Onder zorgdiensten verstaan partijen in het algemeen datgene wat de zorginstelling nu al aan het merendeel van de verzorgingshuisbewoners aan zorg en diensten levert. Dat betekent: activiteiten op het gebied van het schoonmaken van de woningen en zonodig verzorging, incidentele verpleging en maaltijdvoorziening.
2. Deze zorgdiensten verleent de zorginstelling onder haar verantwoordelijkheid.
3. Het staat de zorginstelling vrij om onder haar verantwoordelijkheid delen van deze zorgdiensten uit te besteden aan derden. Daarbij dient de zorginstelling dan wel aan die derden haar eigen verplichtingen jegens de woningstichting uit hoofde van deze overeenkomst op te leggen. De zorginstelling blijft te allen tijde verantwoordelijk en garant voor de juiste uitvoering van de zorgdiensten ten behoeve van de bewoners.
4. Partijen zullen omtrent het bepaalde in dit artikel per verzoek van de woningstichting afzonderlijke afspraken maken en deze schriftelijk vastleggen.

### **3.7 Klachten en communicatie met bewoners**

Bewoners moet duidelijk gemaakt worden bij wie ze terecht kunnen ingeval er klachten zijn. Onderling kan ook afgesproken worden dat één organisatie als aanspreekpunt voor de bewoners functioneert. Dan moet afgesproken worden hoe gemaakte opmerkingen doorgegeven worden aan de andere organisatie.

Formeel moet de verhuurder de huurders de gelegenheid geven om zich te organiseren en kan er een huurdersorganisatie of bewonerscommissie ontstaan. In de zorgsector is een cliëntenraad een vereiste. Het is goed om met elkaar af te spreken hoe hiermee omgegaan wordt en of dit wellicht te combineren valt in één commissie.

Als mensen in het complex aanhoudende klachten hebben over de dienstverlening van de corporatie of van de zorginstelling, dan is dit onderwerp van gesprek tussen de organisaties. Het is goed om in de samenwerkingsovereenkomst te regelen dat er een overlegvorm is tussen beiden om dergelijke zaken te bespreken.

### **3.8 Onderhoud en werkverdeling**

Als complexeigenaar ligt het voor de hand dat de corporatie het onderhoud verzorgt, ook al omdat dit een van de expertisegebieden van corporaties betreft. Voor het planmatig onderhoud geeft dat over het algemeen weinig discussie. Anders ligt dat bij afspraken over het klein onderhoud en het incidenteel onderhoud. Het complex kan een huismeester hebben die én algemene onderhouds- (of ook wel schoonmaak-) taken heeft én bewoners kan bijstaan bij kleine werkzaamheden. Alleen voor de schoonmaak en dienstverleningstaken mogen de kosten van de huismeester bij de individuele bewoners via de servicekosten in rekening worden gebracht. De overige kosten worden geacht in de huur te zitten en mogen niet apart aan bewoners in rekening gebracht worden.

Kwetsbare bewoners en de zorgorganisatie zijn afhankelijk van een aantal installaties. Voor liften, eventueel luchtzuiveringsinstallaties, domotica, alarmering of keukenfaciliteiten is een urenlang durende storing onacceptabel. De partijen zullen met elkaar afspraken moeten maken welke reactietermijn gewenst is en of dat wellicht aanpassingen vergt in de standaardwerkwijze van de reguliere storingsdienst van de corporatie. Ook is het mogelijk om af te spreken dat de zorgorganisatie deze storingen verhelpt als zij wel een onmiddellijk oproepbare technische dienst heeft en de corporatie niet.

In een extramurale situatie is het gebruikelijk dat de corporatie aanspreekpunt is voor regulier onderhoud en klachtenonderhoud. Echter, komend vanuit een bestaand verzorgingshuis heeft de zorgorganisatie een eigen facilitaire dienst met onderhoudsmensen. Het zou wenselijk kunnen zijn om deze mensen ook in het nieuwe complex in te zetten. Inzake het onderhoud kunnen derhalve meerdere varianten gekozen worden:

- de bestaande onderhoudsmensen gaan in dienst bij de corporatie, eventueel nog met een aansturing door de zorgorganisatie
- de onderhoudsmensen blijven in dienst bij de zorgorganisatie maar worden aangestuurd door de corporatie
- de onderhoudsmensen worden gedetacheerd bij de corporatie<sup>3</sup>
- het onderhoud wordt gedaan door de corporatie en de onderhoudsmensen van de zorgorganisatie vloeien af

Een en ander is afhankelijk van de werkafspraken in het complex, de mate waarin de mensen breder inzetbaar zijn maar ook van de CAO-verschillen tussen de sectoren.

---

<sup>3</sup> Als de ene organisatie mensen inhuurt van de andere organisatie is er in principe sprake van detachering en moet BTW berekend worden over de kosten van de inhuur. Ook dat kan mede bepalend zijn voor een definitieve oplossing.

## 4. Andere varianten

Kenmerken basisvorm	Mogelijke varianten	
Oude pand is in eigendom bij de zorginstelling	Oude pand is in eigendom bij de corporatie	4.1
Op andere locatie dan bestaand verzorgingshuis	Op dezelfde locatie van het bestaand verzorgingshuis	4.2
Ter vervanging van bestaand verzorgingshuis	Uitbreiding van zorgcapaciteit, bestaand verzorgingshuis blijft bestaan	4.3
Zorginfrastructuur via AWBZ/WTG <sup>4</sup>	Zorginfrastructuur niet via AWBZ/WTG	4.4
Volledige nieuwbouw door corporatie en verhuur door corporatie	Volledige nieuwbouw door corporatie en eigendom bij zorginstelling	4.5
Zelfstandige woningen	Onzelfstandige woningen	4.6

### 4.1 Corporatie is eigenaar van het oude pand waarin het verzorgingshuis gevestigd is

Basis	Variant
Oude pand is in eigendom bij de zorginstelling	<b>Oude pand is in eigendom bij de corporatie</b>

In deze situatie is de corporatie eigenaar van het bestaande pand van de zorgorganisatie. Er wordt op een andere locatie een woonzorgcomplex gebouwd.

Beide organisaties hebben in dit geval een rechtstreeks belang bij een goede afwikkeling van het oude pand. Ook hier geldt dat het Bouwcollege pas nieuwbouw toestaat als de kosten van de afboeking van het bestaande pand enigszins in verhouding staat tot de noodzakelijk geachte verbetering.

Meest waarschijnlijk is dan dat de corporatie op de locatie van het oude pand woningen zal willen realiseren. Aangezien in dit geval geen overdracht plaatsvindt, heeft het College Saneringen geen rol in een dergelijk traject. Het College Tarieven gezondheidszorg is wel betrokken. Het College bouw moet het CTG advies geven inzake de kosten van de zorginfrastructuur.

De mate waarin het CTG verder is betrokken hangt ook enigszins af van de hoogte van de boekwaardeproblematiek en de combinatie van factoren. Is de boekwaarde laag en zou de nieuwbouw op de locatie van de oudbouw plaatsvinden, dan kan de boekwaarde (plus sloopkosten) gerekend worden als grondkosten en is er weinig aan de hand.

In veruit de meeste situaties zal de boekwaarde echter zodanig hoog zijn, dat hier wel een probleem ontstaat. Loopt de huurovereenkomst nog lang door, dan zou de corporatie formeel een volledige vergoeding van de boekwaarde of huurderiving kunnen eisen. Dat geldt alleen als het oude pand volledig volgens de AWBZ-normen is geëxploiteerd. In de praktijk zal het CTG er naar streven dat de corporatie een deel van de boekwaardeproblematiek oplost.

Is de huurovereenkomst op korte termijn opzegbaar, dan zijn er geen kosten voor de zorgsector. Maar aangezien in dit geval de corporatie ook de nieuwbouw verzorgt, zal een eventueel onrendabel deel bij de oudbouw van invloed zijn op de investeringen van de corporatie in de nieuwbouw.

<sup>4</sup> Met terugwerkende kracht vanaf 1 april 2003 is een nieuwe regeling tot stand gekomen voor de zorginfrastructuur. Er zijn nog geen ervaringen opgedaan met deze (tijdelijke) regeling. Tot het tweede kwartaal van 2003 werden kapitaalslasten vergoed via de WZV.

Op termijn is het de bedoeling dat de kapitaalslastencomponent in de beleidsregel Extramurale producten wordt aangepast. Op basis van de regeling zoals deze bekendgemaakt is in juli 2003 continueert het CTG de nacalculatie van de kapitaalslasten van de zorginfrastructuur. Voorwaarden zijn dat de investering vooraf wordt aangevraagd, vergezeld van een positieve opvatting van het zorgkantoor. De kosten worden verwerkt op basis van het advies van het CBZ.

Het is daarom goed dat dit probleem door beide organisaties verkend wordt en dat er samen een afspraak gemaakt wordt, hoe dit probleem bij de verschillende colleges wordt besproken.

## 4.2 Nieuwbouw vindt plaats op de locatie van het oude verzorgingshuis

Basis	Variant
Op andere locatie dan bestaand verzorgingshuis	<b>Op dezelfde locatie van het bestaand verzorgingshuis</b>

Als de nieuwbouw plaatsvindt op de locatie van het voormalige verzorgingshuis, dan is de vraag relevant wie eigenaar is van de locatie. Is dit de zorgorganisatie, dan zal deze naar alle waarschijnlijkheid de grond (en het pand) verkopen aan de corporatie voor de bouw van het nieuwe complex. De zorgorganisatie kan nog proberen of de corporatie akkoord gaat met het bouwen terwijl de grond eigendom blijft van de zorgorganisatie maar dat is een ongebruikelijke constructie met veel onzekerheden. Waarschijnlijk gaat de corporatie hier niet mee akkoord en is grondoverdracht de enige mogelijkheid in deze situatie.

Indien verkoop speelt, komt het College Sanering weer om de hoek kijken. De prijs kan dus niet uitsluitend bepaald worden tussen de twee partijen onderling. Wel is het van belang om met elkaar te verkennen wat men wil realiseren en dat als input te gebruiken voor de gesprekken met het College. Belangen hoeven niet parallel te liggen. Het College wil een zo hoog mogelijke opbrengst en wil bij voorkeur ten minste de boekwaarde van het bestaande pand terugzien. De zorginstelling kan er belang bij hebben dat de corporatie enige (financiële) ruimte houdt om in de nieuwbouw te investeren. Is de locatie reeds eigendom van de corporatie dan speelt het College Sanering geen rol. Wel is er net als in variant 1 een gezamenlijk belang om de afwikkeling van de boekwaarde van het oude pand goed te regelen. Maar is de boekwaarde te beschouwen als grondwaarde, dan kunnen zorginstelling en corporatie goeddeels zelf de keuzes maken wat zij daar willen realiseren. Wat blijft bestaan is dat een toestemmingsprocedure bij het bouwcollege doorlopen moet worden voor de zorginfrastructuur.

Doordat nu echter gebouwd wordt op de locatie van het bestaande pand, zullen de huidige bewoners tijdelijk onderdak moeten vinden. De zorginstelling kan tijdelijke huisvesting realiseren of mensen onderbrengen bij andere zorginstellingen. Het is tevens handig om te kijken naar de mogelijkheden die de corporatie heeft om eventueel te voorzien in tijdelijke huisvesting. Een tijdelijke huisvesting kan worden aangevraagd bij het Bouwcollege, zodat de kosten vergoed kunnen worden.<sup>5</sup> Ook in deze situatie kan een huurgarantie of een terugkeergarantie afgesproken worden tussen de zorginstelling en de corporaties:

Voorbeeld tekst terugkeergarantie:

1. De woningstichting garandeert dat de bewoners van het verzorgingshuis, die op de laatste dag van bewoning van de tijdelijke huisvesting tot de bewoners van het intramurale huis behoren, een woning krijgen in het nieuwbouwcomplex, voor zover het aantal te realiseren woningen dit toelaat.
2. Indien in de nieuwbouw niet voldoende woningen kunnen worden gerealiseerd voor de intramurale bewoners van het huis zal de woningstichting andere, vrijkomende woningen aan hen aanbieden.
3. De woning dient zoveel mogelijk vergelijkbaar gesitueerd te zijn als het appartement dat men bewoond heeft. Dit betekent dat, waar mogelijk, rekening gehouden wordt met hoogte (verdieping) en oost/west situering in het gebouw.

<sup>5</sup> Dit speelt alleen als er sprake is van AWBZ-geïndiceerden.

4. De woningstichting zal op grond van de terugkeergarantie een huurbedrag in rekening brengen dat past bij het bruto-inkomen van de betreffende bewoner. Deze huur(compensatie) wordt berekend op basis van de geldende huurinkomenstabel in de regionale huisvestingsverordening. Als richtlijn wordt het belastbaar inkomen gehanteerd. Op grond van verlaagde huur en belastbaar inkomen wordt vervolgens de huursubsidie berekend waarvoor de bewoner eventueel in aanmerking komt.
5. Op grond van de toegezegde garantie op gelijkblijvend vrij besteedbaar netto maandinkomen zal door de zorginstelling eveneens een compensatie geboden worden voor de kosten voor dienstverlening.
6. Bewoners op wie de terugkeergarantie van toepassing is, behoeven niet (opnieuw) te verhuizen indien een woning vrijkomt met een lagere (formeel passende) huur dan die van de woning die men op dat moment bewoont.
7. De zorginstelling verplicht zich om de woningstichting objectief vastgestelde c.q. controleerbare inkomensgegevens te verstrekken van die bewoners waarop de terugkeergarantie van toepassing is.

### 4.3 Het nieuwe woonzorgcomplex is géén vervanging van het bestaande verzorgingshuis

Basis	Variant
Ter vervanging van bestaand verzorgingshuis	<b>Uitbreiding van zorgcapaciteit, bestaand verzorgingshuis blijft bestaan</b>

Om de zorginfrastructuur bekostigd te krijgen via de AWBZ-WTG zal altijd een procedure voor goedkeuring bij het Bouwcollege doorlopen moeten worden. Zou het nieuwe complex alleen bestemd zijn voor niet/zorgvragers of lichte zorgvragers, dan kan de zorginfrastructuur niet vergoed worden via de AWBZ en zijn partijen onderling vrij om zelf afspraken te maken over de inrichting en uitrustingsniveau van het woonzorgcomplex. De zorgorganisatie zal hooguit productie-afspraken moeten maken met het eigen zorgkantoor over de zorgleverantie in dit complex.

Is het complex wel bedoeld voor de doelgroep die AWBZ-zorg nodig heeft, eventueel mét verblijf, dan spelen er verschillende zaken. Als het zorgkantoor akkoord gaat, dan kan de zorginfrastructuur vooralsnog bekostigd worden via de nieuwe regeling van af april 2003. In deze situatie is dus ook mogelijk dat een thuiszorgorganisatie vergoeding vraagt voor de zorginfrastructuur. Volgens verwachting zal over enkele jaren de nieuwe wet maatschappelijke zorg het kader gaan vormen voor zorginfrastructuur voor lichtere groepen.

Betreft het een complex dat bedoeld is voor mensen met de indicatie zorg mét verblijf, dan zullen de woningen en de zorginfrastructuur daar op toegesneden moeten zijn. Een erkenning voor het leveren van verblijf heeft de zorginstelling al vanuit het verleden maar het complex moet voor de zorginfrastructuur de gebruikelijke procedure voor toestemming doorlopen bij het Bouwcollege als ware het intramurale bouw.

Voor beide varianten geldt dat het van belang blijft om met elkaar door te spreken en vast te leggen wat men met dit complex wil bereiken. De afspraken van de basisvariant (zie hoofdstuk 3) zijn dan belangrijk.

#### 4.4 Zorginfrastructuur is niet geregeld via AWBZ/WTG

Basis	Variant
Zorginfrastructuur via AWBZ/WTG <sup>6</sup>	<b>Zorginfrastructuur niet via AWBZ/WTG</b>

De zorginfrastructuur is al jaren een zorgenkindje. Tot in 2002 waren er twee routes mogelijk om deze bekostigd te krijgen, via de WZV en via de woonzorgstimuleringsregeling. Anno 2003 is er een nieuwe overgangsregeling die vergelijkbaar is met de oude WZV-vergoeding. Zie ook de eerder gemaakte opmerkingen over zorginfrastructuur. Als partijen de zorginfrastructuur zelf moeten of willen bekostigen of in de huur moeten verwerken, hebben ze het ook zelf in de hand wat er moet komen. Het is dan des te meer van belang dat goed doorgesproken wordt wat men absoluut noodzakelijk acht voor een goede leef- en werksituatie voor bewoners en voor het zorgpersoneel. Geregeld zal moeten worden wie allemaal gebruik mag maken van deze ruimten, wie daarvoor betaalt en hoe deze betaling geïncasseerd wordt. Dat heeft een nauwe relatie met de wijze waarop deze ruimten beheerd worden; is er een dagelijks beheerder, een bewonerscommissie en/of een zorgcoördinator die deze taken uitvoert?

#### 4.5 Eigendom komt bij de zorginstelling te liggen

Basis	Variant
Volledige nieuwbouw door corporatie en verhuur door corporatie	<b>Volledige nieuwbouw door corporatie en eigendom bij zorginstelling</b>

Meest voor de hand liggend bij een complex bestaande uit zelfstandige woningen is dat het gebouwd en verhuurd wordt door de woningcorporatie. Toch zouden ook bij een woonzorgcomplex corporatie en zorginstelling in onderling overleg kunnen bepalen dat het eigendom bij de zorginstelling komt te liggen. De corporatie treedt dan op als projectontwikkelaar en zet de eigen bouwexpertise in om het gebouw zo goed mogelijk te ontwikkelen. Meest waarschijnlijk is deze situatie als de zorginstelling al de grond in handen heeft waarop het complex gerealiseerd wordt. Dan heeft de zorginstelling een onderhandelingspositie.

Naar verwachting heeft de corporatie een voorkeur voor het verkrijgen van het eigendom. Het is dan een kwestie van onderhandelen of de corporatie mee wil doen in deze constructie. Die kans neemt toe als zij het onderhoud en de verhuur kunnen verzorgen. Ook kan deze constructie gewenst zijn als het woonzorgcomplex onderdeel uitmaakt van een groter plan met intramurale bouw waar de zorginstelling al eigenaar van is en blijft.

En hoewel verhuren een kerntaak is van woningcorporaties, kan toch het verhuren als taak worden overgedragen aan de zorginstelling. Meestal wordt hier overigens gekozen voor een constructie waarbij het feitelijk verhuren bij de corporatie blijft liggen maar nieuwe bewoners in onderling overleg bepaald worden of na voordracht vanuit de zorginstelling. Al met al zijn er op dit vlak meerdere varianten te bedenken:

- de corporatie bouwt, wordt eigenaar maar de verhuur doet de zorginstelling
- de corporatie bouwt, verzorgt de verhuur en het onderhoud maar draagt het eigendom over aan de zorginstelling

<sup>6</sup> Met terugwerkende kracht vanaf 1 april 2003 is een nieuwe regeling tot stand gekomen voor de zorginfrastructuur. Er zijn nog geen ervaringen opgedaan met deze (tijdelijke) regeling. Tot het tweede kwartaal van 2003 werden kapitaalslasten vergoed via de WZV.

Op termijn is het de bedoeling dat de kapitaalslastencomponent in de beleidsregel Extramurale producten wordt aangepast.

Op basis van de regeling zoals deze bekendgemaakt is in juli 2003 continueert het CTG de nacalculatie van de kapitaalslasten van de zorginfrastructuur. Voorwaarden zijn dat de investering vooraf wordt aangevraagd, vergezeld van een positieve opvatting van het zorgkantoor. De kosten worden verwerkt op basis van het advies van het CBZ.

- de corporatie bouwt en draagt het eigendom over aan de zorginstelling die verder het onderhoud en de verhuur doet

Daar waar eigendom en onderhoud niet in één hand zijn, zullen contracten nodig zijn om dit goed te regelen.

In Etten-Leur waar de woningstichting en de zorgorganisatie Avoord samenwerken om op diverse plaatsen woonzorgcomplexen te realiseren, is er uiteindelijk voor gekozen dat Avoord eigenaar blijft van het verpleeghuisgedeelte terwijl de corporatie eigenaar wordt van de nieuwbouw ter vervanging van het verzorgingshuis. De zorgorganisatie was het liefst eigenaar gebleven, ook van het verzorgingshuisgedeelte. De corporatie kan echter door toevoeging van eigen middelen veel ruimere appartementen realiseren dan Avoord zelf had gekund.

Zorgcentrum de Loericker Stee in Houten (intramuraal gebouwd) is een voorbeeld waarbij de zorginstelling vanaf het begin er geen twijfel over heeft laten bestaan dat zij de eigenaar zou worden van het totale complex. In dit geval is niet gebouwd met een corporatie maar met een projectontwikkelaar. Voordeel van deze werkwijze is dat de zorgorganisatie vanaf het begin de regie stevig in handen had. De projectontwikkelaar leverde verder turnkey<sup>7</sup> op, zodat de zorgorganisatie precies wist waar ze aan toe was.

De zorgorganisatie is zeer tevreden met deze manier van ontwikkelen. Uiteraard zullen we nooit weten of het gebouw wellicht nog beter of wijkgerichter was geworden als de corporatie het gebouwd had. In dit geval speelde ook mee dat de zorgorganisatie nieuw was in Houten en nog geen contacten had opgebouwd met de lokale corporatie.

#### 4.6 Het betreft een woonzorgcomplex met onzelfstandige eenheden.

Basis	Variant
Zelfstandige woningen	<b>Onzelfstandige woningen</b>

Zeker niet alle woonzorgcomplexen worden gerealiseerd met uitsluitend zelfstandige woningen. Het is mogelijk dat er een gemengd complex gerealiseerd gaat worden van deels zelfstandige woningen en deels bijvoorbeeld groepswoningen voor dementerenden. Het is ook mogelijk dat het volledige complex bestaat uit onzelfstandige eenheden ten behoeve van bijzondere groepen. De bepaling van de doelgroepen, de verhouding tussen zelfstandig en onzelfstandig en de wijze waarop doelgroepen zich kunnen mengen, zijn onderwerp van bespreking tussen zorginstelling en woningcorporatie.

Ook bij onzelfstandige eenheden bestaat de mogelijkheid te kiezen tussen realisatie als woonruimte of realisatie als intramurale voorziening. Waar bij zelfstandige woningen de balans makkelijker zal om buigen in de richting van woonruimte, is dat bij onzelfstandige eenheden het omgekeerde het geval. Financieel gezien biedt het voordelen om de onzelfstandige woningen als intramurale voorziening te realiseren. Dat is echter bij de huidige constellatie van regels. Zodra er weer veranderingen op komst zijn, kan het totaalplaatje weer anders worden.

Zodra intramurale zorg aan de orde is (zorg met verblijf), wordt de bouw ingewikkelder omdat dan de route via het College bouw gelopen moet worden. Wordt het als woonruimte gerealiseerd, dan moet het complex aangemeld worden voor de huursubsidie. Zekerheid over het verkrijgen van huursubsidie voor onzelfstandige eenheden wordt door het ministerie van VROM pas gegeven ná realisatie. Woningcorporatie en zorginstelling zullen derhalve samen goed moeten doorspreken en beoordelen welke variant gekozen gaat worden en welke consequenties dat heeft voor de procedure en de financiën. Tevens zal het meer voor de hand liggen om bij onzelfstandige eenheden tussen zorginstelling en corporatie een collectief huurcontract af te spreken. De zorginstelling huurt het geheel van de corporatie en regels zelf verder de individuele verhuur en inplaatsing van mensen.

<sup>7</sup> Turnkey wil zeggen dat de ontwikkelaar op grond van een uitgewerkt programma van eisen, compleet met kwaliteitskwalificaties, tegen een voorafgestelde prijs oplevert. Eventuele tegen- of meevallers zijn dan voor rekening van de ontwikkelaar.

Een steeds meer voorkomende situatie is dat aan een complex een aantal intramurale zorgplaatsen wordt verbonden, zonder dat deze als zodanig herkenbaar zijn. Er worden dan afspraken gemaakt met het zorgkantoor dat bijvoorbeeld de helft van de wooneenheden bestemd is voor mensen met een indicatie zorg met verblijf. Meestal zijn de zorgplaatsen dan niet verbonden aan specifieke woningen maar kunnen worden toegekend aan specifieke bewoners zodra deze de benodigde indicatie hebben en er ruimte in de zorg is. Het zorgkantoor en het RIO moeten dan wel meewerken om een dergelijk complex aan te merken als bestemd voor intramurale zorg. Het risico is immers dat het RIO geen indicaties meer afgeeft voor zorg met verblijf omdat mensen daar toch al wonen en dus kan redeneren dat er geen verblijfsfunctie geïndiceerd hoeft te worden.

Een dergelijke wisseling binnen één complex tussen woningen en zorgplaatsen is het makkelijkst te realiseren als wonen en zorg gescheiden blijven en er dus in beide situaties sprake is van gehuurde woningen. Dan kan afgesproken worden dat de corporatie de woningtoewijzing verzorgt maar voor een deel alleen verhuurt aan mensen met een RIO-indicatie. Maar ook de zorginstelling zou de volledige woningtoewijzing kunnen overnemen. Het is wel makkelijk om dat voor beide categorieën in één hand te houden.

Ook als wonen en zorg niet gescheiden zijn en er een deel intramuraal gerealiseerd wordt en een deel als zelfstandige woningen, zou de zorg zwevend ingezet kunnen worden. Dat is wel lastiger te regelen. In de extramurale variant betalen mensen immers huur, met mogelijkheid van huursubsidie en extramurale eigen bijdrage. In de intramurale variant vervalt de huurbetaling, de mogelijkheid van huursubsidie en betalen mensen een verzorgingsprijs. Voor de bewoners zelf is dat dus een hele omschakeling, die ook alleen met instemming gerealiseerd kan worden. Bovendien zullen met diverse organen (gemeente, RIO, zorgkantoor, VROM) afspraken gemaakt moeten worden over de switch van woning naar verzorgingshuisplaats en omgekeerd. De conclusie is dan al snel gemaakt dat deze route veel ingewikkelder is dan in de variant waarbij wonen en zorg gescheiden is.

Verder moeten partijen rekening houden met de verschillen in budgetten tussen intramurale en extramurale zorg. De kosten van de zorginfrastructuur worden eveneens verschillend vergoed in de intramurale en de extramurale variant.

Corporatie en zorginstelling zullen met elkaar door moeten spreken welke verschillen er zijn in bekostiging, hoe ze dat opvangen en hoe ze dat verwerken als een klant van het ene regime naar het andere overgaat.

Voorbeeld van woningtoewijzing in de situatie van scheiden wonen-zorg in een gemengd complex:

1. Indien een passende woning in het complex vrij komt en de zorginstelling heeft niet het maximum van de – haar mogelijke – klantencapaciteit bereikt, dan zal in overleg tussen de desbetreffende verhuurder en de zorginstelling de vrijkomende woning in de woningcourant worden gelabeld voor ouderen met RIO-geïndiceerde dienstverleningsvragen die door de zorginstelling kunnen worden beantwoord.
2. Ouderen die gebruik willen maken van de door de zorginstelling te leveren extramurale dienstverlening, dienen te voldoen aan de volgende voorwaarden:
  - a. Hij/zij dient een belastbaar inkomen te hebben dat passend is bij de huur van de woning
  - b. Hij/zij dient in het bezit te zijn van een RIO-indicatie
  - c. Hij/zij is als woningzoekende ingeschreven
3. Indien de zorginstelling de haar toegestane klantencapaciteit heeft bereikt, wordt een vrijkomende woning verhuurd op grond van de vigerende wet- of regelgeving en het toewijzingsbeleid van de betreffende corporatie.

## 5. Combinatieprojecten

In toenemende mate is zichtbaar dat er in den lande niet alleen woonzorgcomplexen gebouwd worden, maar dat deze deel uitmaken van een totaalplan voor de buurt of wijk. Vaak wordt dan ook gesproken over een wijkservicezone of zorgvriendelijke wijk. In zo'n buurt of wijk wordt gekeken naar de natuurlijke combinatiepatronen die mensen in hun dagelijks leven hebben en wordt gepoogd om de voorzieningen daarop te laten aansluiten. Tevens wordt uit oogpunt van leefbaarheid gekeken naar gewenste combinaties van voorzieningen. Zo'n buurt of wijk wordt zodanig ingericht dat het voor iedereen goed toeven is, maar dat mensen met beperkingen ook goed kunnen wonen en leven in zo'n omgeving.

Gaat het bij een enkelvoudig woonzorgcomplex nog vaak om een samenwerking tussen slechts twee partijen, bij een woonzorgzone zijn er vele partijen betrokken, zijn er meervoudige projecten te organiseren en is er sprake van een menging van nieuwbouw en bestaand.

In een dergelijke situatie is het opzetten van een goede projectorganisatie en projectmanagement een must om alle onderdelen tot uitvoer te kunnen brengen.

Afwijkend ten opzichte van de enkelvoudige situatie van een woonzorgcomplex is:

Voorbeeld van afspraken inzake intramurale bouw op het niveau van volwaardige woningen:

1. Er is een concepthuurovereenkomst opgesteld die onderdeel uitmaakt van deze samenwerkingsovereenkomst.
2. Deze huurovereenkomst heeft nog de goedkeuring van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. De zorginstelling zal de huurovereenkomst, voorafgaand aan de definitieve goedkeuring van de bouw op een locatie, tijdig voor goedkeuring voorleggen aan dit college.
3. Voor zover de huurovereenkomst betrekking heeft op de intramurale ruimten en alle algemene voorzieningen, zal de aanvangshuur gebaseerd zijn op de investeringsprijs die genoemd wordt in de goedkeuring die door het College Bouw ziekenhuisvoorzieningen is afgegeven d.d. ...
4. De woningstichting neemt in de investeringskosten een nog nader te bepalen extra bedrag voor zijn rekening. De hoogte van dit extra bedrag zal de woningstichting bepalen, zodra het door de overheid c.q. het bouwcollege toe te kennen bedrag bekend is. De hoogte van dit extra bedrag zal in beginsel zodanig zijn, dat de realisatie van de voorgenomen zorgappartementen volgens het vastgestelde kwaliteitsniveau mogelijk is.
5. De huurprijs zal slechts met inachtneming van de vigerende financieringsregeling voor verzorgingshuizen worden aangepast.
6. Voor alle overige appartementen zal de huurprijs maximaal gelijk zijn aan de maximale huurprijsgrens in de Huursubsidiewet. De aanpassingen van de huurprijs voor alle overige appartementen zal geschieden overeenkomstig de daarvoor geldende wettelijke bepalingen en gebruiken. Deze aanpassingen zullen evenwel niet leiden tot een hogere huurprijs dan de huurprijs volgens de Huursubsidiewet.

- er zijn gevestigde belangen in het spel (spelers in een bestaande wijk)
- de gemeente is nadrukkelijker in beeld, enerzijds als speler op het gebied van welzijn en wvg, anderzijds als coördinator of partij die wensen heeft om bepaalde ontwikkelingen aan elkaar te knopen
- niet alleen de wereld van zorg en huisvesting moeten elkaar leren kennen, er komen ook partijen bij kijken als welzijnsorganisaties, gehandicaptenorganisaties, vrij gevestigde zorgleveranciers en soms ook scholen, kinderopvang- of cultuurinstellingen of ook wel commerciële partijen zoals supermarkten of hotels
- er is vaak sprake van een combinatie van bestaand met plukjes nieuwbouw en functiewijziging van bestaande gebouwen
- de lange tijd die een dergelijk project als geheel kost, vraagt erom om te knippen in deelprojecten en om succesjes te vieren om het enthousiasme warm te houden

Zonder in detail in te gaan op hetgeen in een dergelijk complexe situatie allemaal aan de orde komt, zijn er enkele basisvoorwaarden die vervuld moeten worden:

- waar mogelijk is het slim om het geheel in deelprojecten te benoemen die elk als een volwaardig project behandeld worden
- van belang is met name om de omgeving te benoemen; welke ontwikkelingen worden meegenomen in het project en welke blijven buiten beschouwing
- een goede projectstructuur is essentieel; een stuurgroep die alleen op hoofdlijnen stuurt en de onderlinge samenhang bewaakt en projectgroepen en werkgroepen die verantwoordelijkheid dragen voor de deelprojecten
- daarbij hoort ook het benoemen van een trekker per project
- zorg voor een zorgvuldige besluitvorming, vastlegging van besluiten en communicatie over besluiten. Sluit elke fase af met een beslisdocument dat duidelijkheid geeft op de items van organisatie en dergelijke, hoever men is, alvorens de volgende stap gezet wordt