

## WONEN EN ZORG, SCHEIDEN OF INTEGREREN

### Twintig jaar worstelen met een weerbarstig dossier

Utrecht, januari 2005

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg

Jeroen Singelenberg

manager innovatie, Arcares

#### Inhoud

1. Gaat het nu toch lukken?
2. Waarom scheiden van wonen en zorg?
3. Nieuwe woonvormen: zijn wonen en zorg wel echt gescheiden?
4. Taaie weerstanden en verkeerde prikkels: korte beleidsgeschiedenis.
5. Nieuwe initiatieven voor een versnelde scheiding van wonen en zorg.
6. Van scheiden naar integreren en arrangeren
7. Welzijnsdiensten tussen wal en schip
8. Grenzen van scheiding in zicht?
9. Scheiden en opnieuw beginnen.
10. Bronnen

## 1. Gaat het nu toch lukken?

Het ontvlechten van de **stenen** en de **handen** in de langdurige zorg in Nederland is een langdurige, moeizame en pijnlijke operatie. Waarom is scheiden van wonen en zorg zo belangrijk, en waarom gaat het zo moeizaam, zeker als het gaat om het bestaande vastgoed in de zorg? Wie heeft eigenlijk gevraagd om scheiding wonen/zorg, en wie heeft er kennelijk belang bij? Is scheiden het einddoel of een noodzakelijke tussenstap voor opnieuw integreren en arrangeren? Is de tweedeling wonen/zorg trouwens wel adequaat, of dient er een derde component te worden onderscheiden, die nu eens als **welzijn**, dan weer als **hotelfunctie** of **dienstverlening** wordt aangeduid?

In het jaar 2002 heeft de overgang plaatsgevonden van acht jaar 'paars' naar een kabinet van centrumrechts. Het nieuwe politieke klimaat wil af van regeltjes en bureaucratie, wil meer ondernemersprikkels, ook in de zorg, en wil het geschokte vertrouwen van de burger in de overheid herstellen, onder andere door een einde te maken aan de wachtlijsten in de zorg. Paars was met dit alles al begonnen, maar het tempo moet omhoog en de aanpak moet radicaler. En dat terwijl de economische groei voor enkele jaren is verdwenen en de collectieve uitgaven nauwelijks mee mogen groeien met de vergrijzing.

Het nieuwe bewind heeft haast en lijkt vol daadkracht: de AWBZ moet worden teruggesnoeid, het intramuraal verblijf wordt beperkt, de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning legt de regie voor het eerst weer bij de gemeenten.

Door de overheid worden kwantitatieve taakstellingen geformuleerd voor wonen en zorg in 2015. De woningcorporaties worden aangespoord om meer te investeren, de gemeenten om meer bouwlocaties te openen. Als **pièce de resistance** wordt voor 2005 het begin van de ontvlechting van de bestaande zorggebouwen en de zorginstellingen aangekondigd.

Hebben we te maken met een historische stroomversnelling of met een pendulebeweging waarop weer een tegenbeweging zal volgen?

## 2. Waarom scheiden van wonen en zorg?

Scheiding van wonen en zorg is een internationale trend, begonnen in het midden van de jaren tachtig. Met scheiding wordt bedoeld:

- Gescheiden **bekostiging**: er komen aparte rekeningen voor de zorg en voor de woninghuur; hierdoor wordt de woonruimte losgemaakt uit het zorgstelsel en overgeheveld naar het stelsel van

de volkshuisvesting, waar meer keuzevrijheid heerst en meer woonkwaliteit en privacy kan worden geboden.

- Gescheiden **levering**: de klant die (langdurig, tot 24 uur per dag) zorg ontvangt, laten we zeggen een oudere of gehandicapte, heeft de mogelijkheid om zelf de woning in te brengen en alleen de zorg af te nemen, of om de woning van een andere partij te huren dan van de zorgaanbieder. In tehuizen en instituten werd tot dan toe de woonruimte altijd meegeleverd met de zorg.

Scheiding van bekostiging is de eerste stap; het is dan nog steeds mogelijk dat dezelfde instelling, weliswaar met gescheiden facturen, het wonen en de zorg levert.

Met scheiding van wonen en zorg worden, al dan niet expliciet benoemd, van het begin af aan twee verschillende doelen beoogd:

- **Emancipatie van de patiënt tot consument**: het verblijf in instituten en tehuizen zou leiden tot een afhankelijke positie van ouderen en gehandicapten (en evenzo psychiatrische patiënten), tot oververzorging en betutteling, tot verbreking van hun eigen sociale netwerken, en zou de ontwikkeling van lichamelijke en geestelijke beperkingen stimuleren. Door de zorg in een woning te leveren (eerst aanbellen!), zou de almacht van de **total institution** worden aangetast, zou de klant meer privacy behouden, zou er meer kans bestaan op instandhouding van het eigen sociale netwerk, en zou in plaats van de eenheidsworst van genormeerde wooneenheden (of, erger nog, 'bedden'), een scala aan woonmogelijkheden ontstaan, net als voor mensen die geen zorg nodig hebben.
- Naast deze emancipatoire doelstelling ziet de overheid, geschrokken van rapporten als **Kosten van de vergrijzing voor WVC (1986)**, mogelijkheden om door scheiding van wonen en zorg de volksverzekering AWBZ terug te snijden tot haar kerndoel: dekking van onverzekerbare chronische ziektekosten. Door 'de stenen' over te hevelen naar het stelsel van de volkshuisvesting krijgt de AWBZ weer ruimte voor het meegroeien van de zorg met de vergrijzing. Burgers zorgen in principe voor hun eigen woonruimte, met voor de lage inkomens het vangnet van de huursubsidie. **Kostenbeheersing voor het zorgstelsel** is dus de tweede doelstelling.

Eind jaren '80 ontstaat een gecompliceerd krachtenveld rond het politieke **issue** scheiden wonen/zorg. Het doel blijkt niet kabinetsbreed te worden gedragen.

Gedurende de hele kabinetsperiode 1990-1994 woedt een taaie interdepartementale strijd tussen Volksgezondheid en Volkshuisvesting over de afwentelingseffecten die scheiding van wonen en zorg zou hebben voor de begroting van VROM. Dit ministerie vreest onbeheersbare effecten op de huursubsidie en oneigenlijke kosten van zorginfrastructuur voor de woningcorporaties.

In latere jaren, vooral na 2000, verschuift de weerstand naar het ministerie van Financiën, dat vervroegde afschrijving van verouderde zorggebouwen ziet als een vorm van kapitaalvernietiging en gevolgen vreest voor de Rijksbegroting.

De Tweede Kamer, die steeds gevoelig bleef voor de emancipatiedoelstelling, waarbij de lobby van organisaties van ouderen en gehandicapten zeker een rol speelde, bleef telkens aandringen op verdergaande scheiding van wonen en zorg.

Maar ook was er de invloed van de verzekeraars die bleven hameren op het terugsnijden van de AWBZ naar een pure zorgverzekering, zonder de stenen.

Als eerste stap werd in 1994 besloten dat in de nieuwbouw zo weinig mogelijk belemmeringen zouden mogen bestaan voor scheiding van wonen en zorg. Over de bestaande zorggebouwen zou later worden beslist. Deze beslissing is thans geagendeerd voor het jaar 2005.

### 3. Nieuwe woonvormen: zijn wonen en zorg wel echt gescheiden?

#### 3.1 Woonzorgcomplexen voor ouderen

In 1994 zet het advies van de commissie-Welschen de deuren open voor scheiding van wonen en zorg in **nieuwe situaties**. Hierop volgt een sterke opleving van de bouw van **woonzorgcomplexen**, met als topjaren 1996-1997 waarin meer dan 5000 'zorgwoningen' per jaar worden opgeleverd. Woonzorgcomplexen onderscheiden zich van gewone wooncomplexen door de aanwezigheid van een **complexgebonden bouwkundige zorginfrastructuur en een complexgebonden contractueel geregelde zorggarantie**.

Hiermee wordt al duidelijk dat het ideaal van scheiding van wonen en zorg slechts ten dele gerealiseerd wordt. Door de investeringen in zorginfrastructuur - in 2001 geraamd op € 17.000 per woning (Harkes en Stofberg, 2001) en het noodzakelijke draagvlak voor een zorggarantie-arrangement met nabij aanwezige zorg - in 2004 geraamd op minimaal 30 cliënten (Singelenberg, 2004) hebben zowel de woningaanbieder als de zorgaanbieder belang bij een bepaald aantal zorggeïndiceerden in een complex. Dit is in feite ook in het belang van de bewoner, want zonder dit draagvlak is er geen sprake van een woonzorgcomplex. Er worden meestal dan ook afspraken gemaakt over het systeem van woningaanbieding. Bovendien worden met name de niet-planbare zorg en noodhulp geleverd door een preferente leverancier.

In 2004 zijn op basis van zowel het huurrecht als het mededingingsrecht rechtszaken aangespannen door thuiszorgorganisaties tegen het 'alleenvertoningsrecht' van andere zorginstellingen in woonzorgcomplexen. Het huurrecht bleek zich niet te verzetten tegen het complexgewijs arrangeren van wonen en zorg, maar het mededingingsrecht wel. Althans wanneer onvoldoende omschreven is wat het verschil is tussen het complexgewijs geleverde product en de individueel leverbare thuiszorg.

Het is de vraag, hoe erg het is dat het ideaal van gescheiden levering van wonen en zorg in woonzorgcomplexen maar zeer ten dele bereikt wordt. Uit onderzoek onder exploitanten en bewoners blijkt dat deze nieuwe gecombineerde woonvormen zich in een zeer hoge populariteit mogen verheugen (Singelenberg en Harkes, 1999).

Bewoners beschouwen het woonzorgcomplex als een wezenlijk ander product dan het verzorgingshuis en tonen zich tevreden over de ruimere woningen, de grotere privacy en de grotere vrijheid om wel of niet gebruik te maken van diensten en activiteiten.

### 3.2 Kleinschalig wonen voor gehandicapten en demente ouderen

Voor de huizen met kleinschalig wonen met begeleiding en zorg die als opvolger van de **socio**-woningen uit de jaren '80 in de nabijheid van internaten voor verstandelijk gehandicapten verrijzen, geldt in de meeste gevallen dat er feitelijk geen sprake van scheiding van wonen en zorg, hoewel de woonvormen wel zijn opgezet in gewone woonwijken en binnen het stramien van woningen. In de kleinschalige projecten voor demente ouderen, die vanuit verpleeghuizen worden opgezet, is dit in nog sterkere mate het geval. Achtergrond is dat 24 uren zorg nog steeds moeilijk valt te regelen op basis van persoonsgebonden budgetten en dat de huursubsidie, hoewel beschikbaar voor deze woonvormen, omgeven is met risico's. Daarentegen is het bouwregime binnen de WZV (Wet Ziekenhuis Voorzieningen) in een aantal stappen versoepeld en aangepast aan kleinschalig wonen. Er is nu een vereenvoudigde procedure voor projecten tot maximaal 25 wooneenheden. Daarom kiezen veel instellingen (opnieuw) voor bouwen binnen de WZV. Integratie in woonwijken en kleinschaligheid blijken te kunnen worden bereikt zonder scheiding van wonen en zorg.

### 3.3 Groei van thuiszorg en respijtzorg

Zowel in de ouderenzorg als in de gehandicaptenzorg vindt een nog belangrijker groei plaats van thuiszorg, reikwijdtezorg, ambulante zorg, respijtzorg en wat dies meer zij. Al deze nieuwe individuele arrangementen zijn gebaseerd op het blijven wonen in een reguliere woning. De scheiding van wonen en zorg is van het begin af aan aanwezig.

De groei van het volume aan levensloopbestendige woningen, inclusief de individuele woningaanpassingen voor gehandicapten, kan de groei van de ambulante extramurale zorg maar amper bijhouden. Toch laten de statistieken zien dat de zorggroei als gevolg van de vergrijzing goeddeels wordt opgevangen in de reguliere woningvoorraad.

Terwijl de groei van de leeftijdsgroep 75 plus per jaar, en van de behoefte aan zorg, ongeveer 2% bedraagt, neemt de capaciteit van de verpleeghuizen al ruim 10 jaar niet meer toe, terwijl de capaciteit van verzorgingshuizen jaarlijks met 1% is afgenomen. Vrijwel de gehele groei van wonen en zorg vindt dus plaats buiten de verblijfsvoorzieningen.

### 3.4 Europees perspectief

Hiermee wordt Nederland ten opzichte van Europa een normaler land. Halverwege de jaren '90 verbleef in ons land nog bijna 10% van alle ouderen (65 plus) in verzorgings- of verpleeghuizen. In andere landen met een hoog ontwikkelde ouderenzorg (Denemarken, Zweden, Duitsland, Engeland) was dit 4-6%. In het andere 'meest institutionele' land, namelijk Denemarken, liep de intramurale capaciteit in het afgelopen decennium bovendien veel sneller terug dan in Nederland.

Het proces van scheiding van wonen en zorg voltrok zich daar, wettelijk geregeld in 1987, in snel tempo. Wat hierbij vooral hielp, naast de nationale consensus, was de eenheid van regie –namelijk bij de gemeenten- en het gegeven dat het zorgvastgoed door een andere wijze van financiering niet met hoge boekwaarden is bezwaard, en dus makkelijker vervroegd kon worden afgeschreven.

## 4. Taaie weerstanden en verkeerde prikkels: korte beleidsgeschiedenis

### 4.1 Scheiden: ook in bestaande verzorgingshuizen?

In 1995, direct na het aantreden van het kabinet Paars I, dringt de Kamer aan op verdergaande scheiding van wonen en zorg. Met name VVD en D'66 zien hierin het symbool van cliëntensoevereiniteit en marktwerking.

Niet alleen de nieuw gebouwde woonzorgcomplexen, maar ook de meer dan 100.000 kamers in bestaande verzorgingshuizen zouden in aanmerking komen voor het scheidingsconcept. Impliciet heerst de verwachting dat scheiding van wonen en zorg de weg vrij zou maken voor transformatie van verzorgingshuizen tot moderne woonzorgcomplexen. Maar de tijd is nog niet rijp....

De bewindslieden Terpstra en Tommel stellen een Commissie De Kam in, die vooral naar de **mogelijkheid** tot scheiding zal gaan kijken. Deze rapporteert dat scheiding van wonen en zorg in bestaande verzorgingshuizen weinig aantrekkelijk is omdat de huur die op de woningmarkt (of kamermarkt) gevraagd zou mogen worden voor verzorgingshuiskamers slechts een deel zou dekken van het bedrag waarvoor de verzorgingshuizen nog in de boeken staan en waarover destijds geldleningen zijn aangegaan. Dat betekent dat een forse afschrijving ineens (door de commissie aangeduid als **kapitaalvernietiging**) noodzakelijk zal zijn.

Verder vestigt het rapport de aandacht op een in de voorgaande discussie ietwat verwaarloosd aspect: wat te doen met de derde component tussen wonen en zorg, de hotelfunctie? Blijkens een onderzoek in opdracht van de Commissie Welschen vormt deze een grotere component in de tarieven van verzorgingshuizen dan de huisvestingscomponent:

Tabel 1. Pensionsprijs verzorgingshuizen naar kostencomponenten, 1992

zorg	41%
hotel/welzijn	33%
huisvesting	26%
<b>totaal</b>	<b>100% (= f 3300/maand)</b>

Bron: RIGO, 1992 (bijlage bij rapport-Welschen)

De commissie De Kam voorziet dat de welzijnscomponent bij scheiding van wonen en zorg tussen de wal van het wonen en het schip van de zorg dreigt te vallen. Het beeld van een drieledige maandfactuur voor de cliënt, met vervolgens weer een nieuwe subsidieregeling voor degenen die deze niet zelf kunnen betalen, klinkt niet aantrekkelijk. Dit soort subsidieregelingen voor 'tussengebieden', noch in de AWBZ noch in de Huursubsidiewet verankerd, pleegt schraal en mager uit te vallen, gebudgetteerd, gevoelig voor bezuinigingen en zonder wettelijke aanspraken.

**Niet doen**, concludeert de Commissie De Kam. Laat de verzorgingshuizen hun exploitatieperiode uitdienen zonder scheiding van wonen en zorg; en als er echt leegstand zou ontstaan, kun je beter klassiek saneren en een nieuw woonzorgcomplex bouwen.

In 1998 debatteert de Kamer met de bewindslieden Terpstra en Tommel over het Stappenplan Scheiding Wonen en Zorg. De Kamer kan weinig anders dan de regering volgen in haar redenering: we zouden wel willen scheiden, maar we kunnen niet

Wat de bewoners van verzorgingshuizen zelf eigenlijk wilden, en hoeveel van hen inderdaad graag de regie (weer) zelf in handen zouden willen nemen, werd al die jaren niet echt duidelijk. Uit een evaluatie van het experiment met het Rotterdamse Jan Meertenshuis, waarbij een verzorgingshuis werd getransformeerd in een woonzorgcomplex met scheiding van wonen en zorg, bleek dat ruim een derde van de bewoners de transformatie niet meer wilde maken of aankon, en de voorkeur gaf aan verhuizing naar een ouderwets verzorgingshuis. (RISBO, 1991)

Een meerderheid echter toonde zich achteraf enthousiast over de veranderingen en de zorgvraag bleek na de verhuizing af te zijn genomen. Dit gunstige resultaat werd ook gemeld uit het getransformeerde huis 'De Wielborgh' in Dordrecht.

### 4.3 Opschuiven verzorgingshuizen richting verpleeghuizen

Hoe de percentages ook precies lagen, het Kamerdebat in 1998 maakte voor Paars II definitief de weg vrij voor een operatie die reeds in 1995 was ingezet: integratie van de verzorgingshuizen in de AWBZ en intrekking van de Wet op de Bejaardenorden (WBO). Nu hadden juist de uitvoerders van de WBO, namelijk de twaalf provincies en de vier grote steden, zich in het laatste decennium, hoewel niet allen in gelijke mate, ontpopt als enthousiaste voorvechters van scheiding van wonen en zorg. Het waren de provincies en grote steden die WBO-geld beschikbaar stelden voor extramurale verzorgingshuiszorg; voor de ontwikkeling van woonzorgcomplexen waren dit de gouden jaren. Tegelijkertijd werd sluiting en inkrimping van verzorgingshuizen gestimuleerd, vooral in gebieden met planologische overcapaciteit, zoals de grote steden.

In de periode 1985-2000 kromp, ondanks voortgaande vergrijzing, de landelijke capaciteit met gemiddeld 1% per jaar, zodat er iets meer dan 100.000 plaatsen over waren bij de wisseling van het millennium.

De bewonerspopulatie van de ingekrompen sector werd tegelijkertijd **zwaarder en armer**. De zorgzwaarte in personeel per cliënt nam toe, het aandeel zelfbetalende bewoners met een behoorlijk pensioen of vermogen nam af, vanwege de steeds ongunstiger wordende prijs/kwaliteitsverhouding voor 'zelfbetalers'.

Tabel 2. Verzorgingshuispopulatie naar psychogeriatrische en somatische zorgbehoefte (100% = 105.000)

Zorgbehoefte	PG licht/matig	PG ernstig	PG zeer ernstig	Totaal
SOM licht/matig	53,5 %	12,5 %	4,5 %	70,5 %
SOM ernstig	7 %	5,5%	7 %	19,5 %
SOM zeer ernstig	1 %	3 %	6%	10,0 %
<b>Totaal</b>	<b>61,5 %</b>	<b>21%</b>	<b>17,5%</b>	<b>100,0 %</b>
Abs aantallen	64.600	22.100	18.400	105.000

Bron: 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> testbenchmark, Arcares 2002

Uit deze cijfers blijkt dat in 2002 nog maar net iets meer dan de helft van de verzorgingshuisbewoners lichte tot matige psychogeriatrische en/of somatische problemen vertoont. De rest zou volgens de klassieke taakverdeling op grond van zorgzwaarte thuishoren in het verpleeghuis. In de meeste gevallen prefereren bewoners overigens om zo lang mogelijk in het verzorgingshuis te blijven wonen, waar zij meer privacy hebben.

Aan de andere kant wijken de meer zelfredzame en wat meer vermogende cliëntgroepen uit naar het woonzorgcomplex, waar meer kwaliteit te krijgen is als je toch al een deel zelf moet betalen en waar meer keuzemogelijkheden zijn voor mensen die zelf de regie in handen willen houden. De vergelijking spreekt voor zich:

Tabel 3. Vergelijking verzorgingshuizen en woonzorgcomplexen

Kenmerk	Verzorgingshuis	Woonzorgcomplex
Wonen	semi-zelfstandige Wooneenheden	zelfstandige woningen
Rolstoeltoegankelijk	Meestal wel	Altijd
Woonoppervlak privé	24 m <sup>2</sup>	74 m <sup>2</sup>
Zorggarantie 24 uur	Altijd	75% wel
Huisvestingskosten	f 850	f 775
Service/pensionkosten	f 1090	f 118 + tarieven
Zorgkosten	f 1390	f 1210 (bij 22 uur thuiszorg)
Leeftijd gemiddeld	85 jaar	81 jaar
Aandeel laagste inkomens	80%	60%
Gebruik van zorg	100%	60%
Zorgzwaarte	102 min/dag	47 min/dag
Zorgzwaarte	< 50% zelfredzaam	> 70% zelfredzaam

[Bron woonzorgcomplexen: Singelenberg en Harkes, 1999; verzorgingshuizen: Coolen en Wever 1998]

De overgang van de verzorgingshuizen naar de AWBZ werd afgerond per 1-1-2001. De eeuw van de Bejaardenoorden was voorbij; de overgang van het welzijnsmodel naar het medisch model was een feit geworden.

## 5. Nieuwe initiatieven voor scheiding van wonen en zorg

### 5.1 De veilige kaders van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen

In de laatste jaren van **Paars II** (2000-2002) is een zekere restauratie van het formeel intramuraal bouwen zichtbaar. Terwijl beleidsmatig vanuit VWS steeds wordt aangedrongen op extramuraal bouwen en het College Bouw de instructie krijgt om nieuwe bouwplannen voor verzorgingshuizen kritisch te bejegenen, blijven veel zorginstellingen terughoudend reageren op scheiding van wonen en zorg. Er worden vaak gemengde plannen ingediend, met een intramuraal en een extramuraal deel, en ook flexibele plannen, waarbij intramurale wooneenheden op termijn door samentrekking kunnen worden omgezet in woningen. Bij de plannen voor kleinschalig groepswonen is zelfs een beweging terug te zien naar bouwen binnen de WZV.

### 5.2 Tijdelijke regelingen voor overgangsproblematiek WBO-AWBZ

VWS is wel in staat om het intramuraal bouwen af te remmen maar niet om het extramuraal bouwen te stimuleren, ondanks het creëren van **aanjaagteams** en het stimuleren van **onorthodoxe plannen**. Zo ontstaat een gevaarlijk volumeprobleem in een periode waarin het wegwerken van wachtlijsten hoge prioriteit heeft.

Vanuit het platform **Project!mpuls** waarin de hele nationale **woonzorgpolder** samenwerkt worden voorstellen gedaan om de ergste knelpunten weg te nemen. Deze resulteren in:

- een tijdelijke regeling voor financiering van **zorginfrastructuur** bij extramuraal bouw: na het wegvallen van de WBO was in feite geen bekostiging meer mogelijk voor zorg- en welzijnsruimten in woonzorgcomplexen;
- een tijdelijke regeling voor de financiering van de extramuraal **welzijnsdiensten**: eveneens door het wegvallen van de WBO hangt de bekostiging van de hotel- en welzijnsfuncties bij extramuraal 24 uurszorg in de lucht.
- een (tijdelijke?) regeling voor een toeslag op de tarieven voor verpleging en verzorging indien sprake is van 24 uren **aanwezigheid** dan wel **nabije beschikbaarheid** van zorg  
Deze regelingen zijn, behalve tijdelijk, ook gelimiteerd (dus geen open aanspraken) en dekken niet alle kosten die intramuraal wel gedekt zijn. Er blijft dus voorlopig een contra-indicatie bestaan voor de -beleidsmatig gewenste- extramuraal bouw en zorg.

Vanaf 2002 verschuift de balans weer een tikkeltje ten voordele van extramuraal zorg, doordat na een aantal bezuinigingsrondes de extramuraal zorgtarieven meer ruimte bieden ten opzichte van de kostprijs dan de intramuraal tarieven.

In de stapsgewijze operatie **Modernisering AWBZ** waarbij een nieuw bekostigingssysteem op basis van zeven zorgfuncties wordt ingevoerd, loopt de extramurale zorg steeds een stap voor op de intramurale zorg, waardoor telkens weer verschuivingen optreden in beider concurrentiepositie. Hierdoor wachten veel zorgaanbieders af hoe het uitpakt in plaats van met volle kracht te gaan extramuraliseren.

### 5.3 Bruterig in de zorg?

Als reactie op het stagneren van de scheiding van wonen en zorg waart het concept van **totale ontvlechting van het vastgoed in de zorg** door het land. In 2001 gaan er stemmen op om het kunstje van 'bruterig' dat tien jaar eerder tot verzelfstandiging van de woningcorporaties heeft geleid, te herhalen voor de zorgsector; althans voor de vastgoedcomponent. Dit zou betekenen dat alle financiële banden met het Rijk in een keer worden doorgesneden en het zorgvastgoed uit de AWBZ wordt uitgekocht.

Met bruterig wordt bedoeld:

- alle voor de toekomst nog aangegane subsidieverlichtingen van het Rijk per instelling optellen en contant maken (**bruterig**)
- dit totale bedrag in een keer afkopen door het weg te strepen tegen wat het Rijk nog van de instelling te goed heeft (**saldering**).

In de volkshuisvesting was dit een uiterst profijtelijke operatie, omdat beide bedragen macro gezien ongeveer tegen elkaar wegvielen.

Dit perspectief leek ook zeer aantrekkelijk voor de zorgsector. Maar de AWBZ zit anders in elkaar dan de Woningwet. Bij de zorginstellingen zijn er slechts de verplichtingen van de AWBZ om de jaarlijkse kapitaalslasten te vergoeden, zonder dat daar een grote geldstroom vanuit de instellingen naar de AWBZ tegenover staat. Er valt dus weinig te salderen. Wel kan er door het losmaken van het zorgvastgoed uit de AWBZ een verdienpotentieel worden ontketend, doordat profijtelijke transacties met grond en gebouwen mogelijk worden, waarvan de opbrengsten kunnen worden geïnvesteerd in vervangende nieuwbouw en deels ook in vervroegde afschrijving.

In de bestaande regelgeving is het zo dat eventuele 'boekwinsten' moeten worden teruggegeven aan de AWBZ. Het afzien van deze gelden door het Rijk kan worden gezien als een vorm van saldering.

VWS wil tegemoet komen aan de voortdurende druk van de Kamer en de ziektekostenverzekeraars, die van mening zijn dat de AWBZ opgeschoond dient te worden van oneigenlijke elementen, zoals de huisvestingsfunctie. Op de langere termijn levert ontvlechting immers een slankere AWBZ op, ook al zullen de uitgaven aan Huursubsidie en Bijzondere Bijstand waarschijnlijk oplopen.

Maar hoe komt VWS af van de oude financieringslast waarmee het vastgoed in de zorg nog steeds is bezwaard, zonder in een keer een groot bedrag op tafel te moeten leggen?

### 5.4 Gerichte aanpak boekwaardeproblematiek: de Steen der Wijzen

Veel plannen voor sloop en vervanging van functioneel verouderde zorggebouwen lopen vast op de nog veel te hoge boekwaarde. Deze is gebaseerd op de binnen de WZV voorgeschreven exploitatieperiode van 50 jaar.

In het jaar 2000, na een gemiddelde exploitatieperiode van nog slechts 25 jaar, zijn veel zorggebouwen volgens de nieuwe maatstaven al functioneel verouderd:

Tabel 4. Functionele veroudering zorggebouwen volgens Bouwmaatstaven CBZ

Sector	Aantal onderzochte gebouwen	Waarvan functioneel matig/slecht
Verzorgingshuizen	1246	908 (73%)
Verpleeghuizen	660	224 (34%)
Geestelijke gezondheidszorg	1157	408 (35%)
Gehandicaptenzorg	593	246 (41%)

Bron: CBZ/RIGO

Achtergrond hiervan zijn de snel gestegen normen voor privacy en vierkante meters per wooneenheid. Ook cliënten op de wachtlijst geven overigens steeds vaker aan dat zij andere oplossingen prefereren boven opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis.

Het **boekwaardeprobleem** is door het onderzoekinstituut RIGO gedefinieerd als het verschil tussen de **boekwaarde**, dat is het bedrag waarvoor een zorggebouw in de boeken staat ( en waarop de lopende exploitatie, inclusief geldleningen, gebaseerd is) en de **bedrijfswaarde**, dat is het bedrag dat het gebouw op de woningmarkt aan huur zou opbrengen bij handhaving van de huidige bestemming. Gemiddeld genomen is er bij de verzorgingshuizen een molensteen van €37.000 per wooneenheid aan overtollige boekwaarde weg te wentelen; als we de kosten meerekenen die gemaakt moeten worden om het gebouw aan te passen aan de in 2002 geldende bouwmaatstaven voor verzorgingshuizen, dan groeit het boekwaardeprobleem zelfs naar €51.000 per wooneenheid. (RIGO, 2002)

Een mogelijke optie om de boekwaarde te saneren is overdracht aan een woningcorporatie. Nu hebben woningcorporaties inmiddels van VROM formeel de opdracht gekregen om –desnoods onrendabel- te investeren in wonen en zorg en beschikken de meeste corporaties in Nederland over behoorlijke reserves, maar de hoge onrendabele investeringen bij de bouw van woonzorgcomplexen gaan sinds 2000 ook hun mogelijkheden te boven. Ook al besluit hier en daar een rijke corporatie om dit toch te doen, het is geen gezonde situatie als op elke woning in een woonzorgcomplex zo'n groot bedrag moet worden toegelegd. Op deze wijze kan slechts een laag tempo van vervanging van verzorgingshuizen door moderne woonzorgcomplexen worden verwacht.

In het najaar van 2002 komt de commissie **Steen der Wijzen** met een breed gedragen advies van aanbieders van wonen en zorg. Het advies is om vanuit VWS een Transformatiefonds op te richten om te hulp te schieten daar waar marktpartijen zelf niet in staat zijn om het boekwaardeprobleem weg te werken. In tien jaar tijd zou op deze wijze minstens een kwart van de verzorgingshuizen gesaneerd kunnen worden.

Voor verpleeghuizen en internaten zou een soortgelijke regeling moeten komen.

Het Rijk ziet in de magere jaren 2002-2004 op tegen het naar voren halen van uitgaven, ook al levert dit daarna jaarlijks besparingen op.

Voor 2005 wordt niettemin een besluit aangekondigd over de start van een algemene ontvlechting onder het motto 'de stenen uit de AWBZ'. Deze operatie zou in stappen kunnen verlopen, met een overgangstermijn van minstens tien jaar.

## 6. Van scheiden naar integreren en arrangeren

Nu zich serieuze plannen aftekenen om tot brede scheiding van wonen en zorg over te gaan voor de hele sector verzorgingshuizen, dient opnieuw te vraag te worden gesteld: wat levert dit op vanuit het perspectief van de bewoner?

In 1998 werd de operatie 'scheiding binnen verzorgingshuizen' immers niet alleen afgeblazen omdat deze financieel niet haalbaar zou zijn, maar ook omdat het merendeel van de bewoners de regie over het dagelijks leven al kwijt zou zijn en derhalve weinig zou kunnen profiteren van de voordelen van scheiding van wonen en zorg.

De vraag is nu: wat zijn de voor- en nadelen van scheiding van wonen en zorg voor de 'zwaardere doelgroep', bij voorbeeld voor de verpleeghuisbewoners, waarvan 95% in ernstige mate de regie kwijt is.

Zoals al eerder vermeld, behoeft gescheiden **bekostiging** van wonen en zorg niet noodzakelijk ook gescheiden **levering** in te houden.

Gescheiden bekostiging heeft als evident voordeel dat alle mogelijkheden en middelen van de sector wonen worden opengesteld voor zorgcliënten, met de grotere kwaliteitsdifferentiatie die daarbij hoort. Dit voordeel boet aan betekenis in als bewoners niet meer in staat zijn om zelf, met ondersteuning, een huishouden te voeren. Is men eenmaal in de laatste stadium van dementie aangekomen (soms wel aangeduid als **het verzonken ik**), dan maakt het in feite niet veel meer uit of men in een hedendaagse intramurale eenheid van 22 m<sup>2</sup> dan wel in een woning van 70 m<sup>2</sup> verblijft, mits aan de privacynorm wordt voldaan (eigen kamer, eigen sanitair).

Dan gaan de nadelen zwaarder wegen, met name voor mensen met een AOW-inkomen: ondanks de huursubsidie is het netto besteedbaar inkomen bij scheiding van wonen en zorg naar alle



waarschijnlijkheid lager dan het zak- en kleedgeld bij integrale AWBZ-bekostiging. Dit kan ook voor de familie of wettelijk vertegenwoordiger een probleem opleveren.

Ook bij degenen die nog wel kunnen profiteren van gescheiden bekostiging is er overwegend behoefte aan geïntegreerde levering. **Full-service** woonprojecten in binnen- en buitenland in de private sector weerspiegelen deze markt vraag. Men wil kunnen kiezen uit een diversiteit aan integrale woon- zorg en welzijnsarrangementen, maar niet alles zelf modulair hoeven inkopen. Het principe van vrije keuze van aanbieder is voor de meeste bewoners ondergeschikt aan het gevoel van zekerheid dat er een arrangeur, coördinator of bemiddelaar is die alle componenten bij elkaar kan regelen. Maar weinig bewoners hebben de ambitie om dit allemaal zelf te willen regelen.

## 7. Welzijnsdiensten tussen wal en schip

Een groot voordeel ook van het integrale arrangement is dat hiermee allerlei problemen langs de scheidslijnen van wonen, zorg en welzijn kunnen worden voorkomen. Met name de altijd wat onduidelijk gedefinieerde welzijnsdiensten worden hiermee binnen de boot gehouden. Anders dan in de oude intramurale situatie en ook anders dan in de traditionele serviceflats worden welzijnsdiensten steeds meer **à la carte** geleverd: het verplichte serviceabonnement geldt nog slechts voor het arrangeren als zodanig, voor de feitelijke levering kan men kiezen uit diverse arrangementen, die deels publiek, deels privaat bekostigd kunnen worden. Ook het regelen van de bekostiging wordt bij uitstek een taak van de arrangeur.

Tabel 6. Overzicht van met de zorg mee leverbare welzijnsfuncties

Welzijnsfuncties	ouderenadviseur, maaltijd aan huis, maaltijd restaurant, was- en linnenverzorging, vervoer, alarm, dagactiviteiten, boodschappen, verstrekking hulpmiddelen, gebruik voorzieningen, huurderonderhoud woning
------------------	---

Bron: Woonzorgcomplex De Wielborgh, Dordrecht

Voor de bekostiging van welzijnsdiensten is er de gemeentelijke subsidiering op grond van de Welzijnswet. Deze loopt in het algemeen via de stichtingen Welzijn Ouderen en is primair gericht op het aanbieden van collectieve voorzieningen, zoals dagactiviteiten; daarnaast worden ook individuele welzijnsdiensten zoals boodschappendiensten, klussendiensten en maaltijdvoorzieningen aangeboden tegen betaling van een eigen bijdrage. Het welzijnswerk staat onder druk: veel gemeenten korten de laatste jaren op subsidies. Over het aantal ouderen dat er gebruik van maakt bestaan geen goede cijfers.

De laatste jaren worden op steeds meer plaatsen welzijnsdiensten op abonnementsbasis aangeboden door thuiszorgorganisaties en verzorgingshuizen, vaak in combinatie met een abonnement op een alarmsysteem. Er is een laag basistarief voor de bemiddelingskosten en daarnaast betaalt men een tarief per dienst of per uur. Bij particuliere aanbieders van diensten worden vaak kortingen bedongen voor abonnees. Vanwege de smalle marges kunnen deze systemen alleen rendabel draaien bij grote aantallen abonnees.

Er ontstaat een toenemende verbinding tussen diensten die nog bij de AWBZ horen (zorggerelateerd welzijn), diensten op basis van de Welzijnswet en particuliere diensten. Wat tot voor kort gescheiden circuits waren, groeit naar elkaar toe.

Er zijn voorbeelden in het land waar welzijnsstichtingen met hun gehele aanbod volop participeren in integrale woonzorgarrangementen en binnen woonzorgcomplexen of woonzorgzones een breed gesorteerd welzijnsaanbod verzorgen. Juist in kleinere plaatsen zien we –gedreven door het geringe draagvlak voor de afzonderlijke voorzieningen- mooie voorbeeldprojecten ontstaan, zoals rond de woonzorgcomplexen annex dienstencentra **Heemstrastate** in Trynwalden (Friesland) en **Dijkstate** in Maartensdijk (Utrecht).

Vanaf 2006 vindt in het veld van zorg en welzijn een ingrijpende hervervorming plaats als de **Wet Maatschappelijke Ondersteuning** in werking treedt.

De WMO markeert een breuk met de trend sinds eind jaren '80 om de AWBZ steeds breder te maken en tegelijkertijd het gemeentelijk domein te verkleinen. Bijvoorbeeld: de huishoudelijke hulp (destijds: gezinsverzorging), die in 1989 van de gemeenten naar de AWBZ ging, keert in de WMO weer terug naar de gemeenten. De verwachting is dat hierdoor de kosten beter te beheersen zullen zijn. Achtergrond is het terugsnijden van de AWBZ naar de oorspronkelijke kern: de onverzekerbare zware, langdurige verpleging, verzorging en begeleiding. De AWBZ is in de toekomst alleen nog bedoeld voor de 'echte zware doelgroepen': ernstig en chronisch zieken, dementerende ouderen, zwaar gehandicapten en chronische psychiatrische patiënten. In de visie van de huidige bewindslieden dient het pakket AWBZ aan twee kanten teruggesneden te worden:

- De 'maatschappelijke rand' (wonen, welzijn, dienstverlening) gaat richting gemeenten
- De 'medische rand' (behandeling, kortdurende zorg) gaat richting ziektekostenstelsel.

Het doel van de WMO is niet alleen het overhevelen van delen van de AWBZ. In de WMO worden drie belangrijke gemeentelijke instrumenten in elkaar geschoven:

- De Welzijnswet: welzijnsdiensten voor ouderen en andere doelgroepen, maatschappelijke opvang
- Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG): woningaanpassingen, vervoer en hulpmiddelen
- Delen van de AWBZ: huishoudelijke verzorging en extramurale begeleiding voor de lichtere doelgroepen.
- Daarnaast wordt nog een aantal kleinere en tijdelijke regelingen in de WMO ondergebracht, waaronder de **subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg**.

Alles bij elkaar zal het gemeentelijk budget met € 1,6 miljard groeien van de huidige € 4 miljard (Welzijn + WVG) naar € 5,6 miljard, dat is een groei met 40%. In de sector ouderen en gehandicapten is de groei groter, want de nieuwe taken betreffen met name deze groepen, terwijl de huidige welzijnsmiddelen voor een veelheid aan maatschappelijke doelgroepen bestemd zijn.

De WMO biedt geen wettelijke aanspraken maar slechts een gemeentelijke 'zorgplicht', net als in de huidige WVG.

Dit betekent dat de gemeente niet via de rechter gedwongen kan worden om maatschappelijke ondersteuning te verstrekken, indien het budget dit niet toelaat. De WMO is dus een gebudgetteerde regeling, geen open einde regeling.

Er komen onvermijdelijk verschillen in prestatieniveau tussen gemeenten.

## 8. Grenzen van scheiding in zicht?

Met de verbreding van het scheidingsprincipe naar de bestaande verzorgingshuizen wordt de discussie opgeroepen: tot waar is scheiding zinvol, en is er een punt waar voorbij scheiding niet meer zinvol dan wel doelmatig is.

In Denemarken en Zweden, waar volledige scheiding van wonen en zorg al jarenlang het beleidsdoel is, kent men in de praktijk de volgende uitzonderingssituaties:

- sterk gestoord en/of dwalend gedrag, waardoor de cliënt in feite een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving; (**asielfunctie in kader wet BOPZ**)
- ernstige meervoudige problematiek waardoor een combinatie van intensieve niet-planbare 24 uren zorg met permanente bedlegerigheid aanwezig is. (**ziekenhuisfunctie**)
- verblijf voor een beperkte revalidatieperiode of terminale periode, waarbij terugkeer naar een woonsituatie nog niet / niet meer mogelijk is (**zorghotel- of hospicefunctie**)

Van de huidige verpleeghuisplaatsen in Nederland (60.000) zouden op grond van de Scandinavische criteria ongeveer 20.000 plaatsen gehandhaafd moeten blijven. Daarbij komen nog ongeveer 13.000 van de 33.000 intramurale plaatsen voor ernstig meervoudig en gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten plus een soortgelijk aantal voor chronische cliënten uit de psychiatrie.

Alles bij elkaar kan voor ten minste 45.000 intramurale verblijfsplaatsen in Nederland anno 2004 de zin van scheiding van wonen en zorg ernstig worden betwijfeld. Voor deze groep prevaleert de noodzaak van een therapeutische en beschermde omgeving met permanent toezicht. Gezien de verwachte groei van dementie (2,5% per jaar) is het verstandig om de intramurale kerncapaciteit voor planning in het jaar 2020 op te hogen tot 50 tot 55 duizend plaatsen.

Daar staat tegenover dat er thans (2005) nog ruim 200.000 intramurale verblijfsplaatsen in Nederland zijn. Hiervan staat dus ruwweg driekwart ter discussie.

De vraag is nu vooral in welk **tempo** het proces van extramuralisering zal kunnen verlopen. Feitelijk kromp de intramurale capaciteit in de periode 2000-2004 met weinig meer dan 1% per jaar. In dit tempo zou het meer dan 50 jaar kunnen duren totdat we de Scandinavische situatie bereikt hebben. Als voornaamste belemmeringen voor extramuralisering worden genoemd:

- tekort aan bouwlocaties: om verouderde intramurale capaciteit te kunnen vervangen en tegelijk het groeiend aantal ouderen op te vangen dient er een constante bouwstroom van projecten met **verzorgd wonen** (woonzorgcomplexen) en **beschermd wonen** (kleinschalig groepswonen) op gang te komen, totaal ongeveer 10.000 woningen per jaar (Investeringsplan wonen en zorg, Arcares 2003) ; in werkelijkheid bedraagt de laatste jaren de totale woningproductie in Nederland amper 60.000 woningen per jaar, waarvan slechts weer een derde door de woningcorporaties gebouwd wordt, die wonen en zorg tot hun opgave rekenen.
- Ongunstige randvoorwaarden: hierboven werd al aangegeven dat extramurale zorg in de AWBZ nog steeds meer risico's inhoudt bij de bekostiging dan intramurale zorg, waarbij nu nog komt het ongewisse gemeentelijk WBO-beleid; dit alles doet veel intramurale zorgaanbieders terugdeinzen of afwachten.
- Versoepeling intramuraal bouwregime: het College Bouw heeft weten in te spelen op de nieuwe ontwikkelingen waardoor het weer aantrekkelijker is geworden om (deels) intramuraal te bouwen; VWS heeft tot nu toe geen intramurale bouwstop willen instellen, al voeren sommige regionale zorgkantoren wel een ontmoedigend beleid.
- Ingewikkeld **polderspel**: in Nederland zijn er nogal wat partijen met 'hindermacht', waardoor het realiseren van woonzorgprojecten vaak een stroperige aangelegenheid wordt. Sinds 2002 proberen zowel de rijksoverheid als de provincies met diverse aanjaagteams de knelpunten op te ruimen.

In de komende periode zet de overheid instrumenten in om de reductie van intramurale capaciteit te stimuleren. Genoemd is al de ontvlechting van wonen en zorg met name in verzorgingshuizen. Nog niet genoemd is de aanscherping van de beoordeling van de noodzaak van indicaties voor de functie verblijf, waardoor hier en daar in verzorgingshuizen leegstand zal kunnen ontstaan. Daarbij komt het gegeven dat een deel van wachtlijstkandidaten die nog een intramurale indicatie kregen, hiervan geen gebruik blijkt te maken en de voorkeur geeft aan extramurale alternatieven. De combinatie van vraaguitval, bouwstop en min of meer gedwongen scheiding van wonen en zorg zal de komende jaren naar verwachting een versnelde reductie teweeg brengen van de intramurale capaciteit.

Het kan echter worden betwijfeld of het beleid om verzorgd en beschermd wonen te stimuleren even effectief zal zijn. De malaise in de bouw duurt voort, de ruimtelijke procedures blijven stroperig en gemeenten, provincies en zorgkantoren blijven langs elkaar heen werken. Wel zou de komst van de WMO een stimulans kunnen zijn voor gemeenten om meer stimulerend op te treden op het terrein van wonen, zorg en welzijn.

## 9. Scheiden en opnieuw beginnen

Scheiding van wonen en zorg is een belangrijke hefboom gebleken voor de overschakeling van het dominante medische model in de zorg naar het **social services** model, waarbij welzijn, dienstverlening en ondersteuning voorop staan.

Verder is scheiding vermoedelijk een onmisbaar instrument om de verwachte enorme groei van de behoefte aan AWBZ-gefinancierde zorg te kunnen opvangen. Als cliënten zelf hun huisvesting gaan bekostigen, scheelt dat ongeveer 25% ten opzichte van de huidige intramurale AWBZ-kosten. Ten dele komen deze kosten natuurlijk wel terug in de huursubsidie.

De kwaliteit van het wonen, in termen van keuzemogelijkheden, woonruimte en privacy, heeft sterk geprofiteerd van scheiding van wonen en zorg. Ook zijn de mogelijkheden om zorg te ontvangen en toch in de samenleving te blijven wonen, overduidelijk toegenomen. Hierdoor wordt ook de informele zorg bestendig.

Aan de andere kant van de balans zien we risico's voor bewoners en zorgverlenende instellingen: negatieve inkomenseffecten, minder zorggaranties, problemen met bekostiging van welzijnsdiensten, exploitatierisico's, hoge onrendabele investeringen.

Deze risico's gaan zwaarder wegen naarmate bewoners zwaardere zorg nodig hebben en naarmate zij over een lager inkomen beschikken. Deze risico's zijn deels een gevolg van een achterblijvende modernisering van beleidsinstrumenten, maar deels ook eigen aan gescheiden levering en bekostiging, waardoor een complexer en moeilijker te garanderen product ontstaat.

In dit perspectief bezien hebben cliënten met relatief veel middelen en mogelijkheden een wereld te winnen bij algehele scheiding van wonen en zorg, maar hebben cliënten met minder middelen en mogelijkheden wellicht het een en ander te verliezen. Zorg wordt minder een collectieve voorziening en meer een individueel arrangement. De minnen voor de een kunnen niet meer binnen de instelling worden gladgestreken met de plussen voor de ander.

Het is de vraag of het wenselijk is om van bovenaf algemene omslagpunten tussen intramuraal en extramuraal te willen aangeven in een tijdperk van vraagsturing. Bepaalt niet elke cliënt zijn of haar eigen omslagpunt?

In Denemarken heeft iedere oudere recht op iedere intensiteit van zorg, ongeacht het woonadres. Dus ook in de vorm van individuele thuiszorg. Verreweg de meeste ouderen met ernstige of complexe problematiek kiezen in de praktijk in Denemarken voor de veiligheid van het woonzorgcomplex of het aanleunen op korte afstand. In een middelgrote stad doen slechts enkele tientallen cliënten een beroep op het recht op onbeperkte thuiszorg. Dat is een prijs die men graag over heeft voor het niet van overheidswege hoeven aangeven van een omslagpunt.

In dit licht bezien bepaalt de komende generatie zorgcliënten zelf waar de omslagpunten liggen en hoever de zorg thuis reikt. Deze keuzevrijheid werkt uiteraard eenzijdig: als men zelf kiest voor bijvoorbeeld de veilige geborgenheid van een verzorgingshuis, dan zal men zelf het wonen en de hotelfunctie moeten betalen.

Naarmate de buitenwereld als onveilig wordt ervaren en de financiële risico's buiten in de wijk voor kwetsbare bejaarden groter worden, zal de pendule terugzwaaien naar het sobere maar veilige totaalproduct: het verzorgingshuis, het gezinsvervangende tehuis, de beschermende woonvorm.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau raamt het aantal **kwetsbare** ouderen op ruim 200.000, waarvan de meesten het nog zelfstandig redden. Het SCP omschrijft de doelgroep kwetsbare ouderen als volgt. 'Ouder dan 65 jaar, alleenstaand, matige tot ernstige lichamelijke beperkingen, vaak in combinatie met chronische aandoeningen en met weinig hulpbronnen, dat wil zeggen geen partner, een laag inkomen en een gering vermogen'.

Tabel 7. Kwetsbare ouderen naar woonvorm, anno 2000

Doelgroep	Aantal absoluut	Als % van ouderen 65+
In verzorgingshuis	60.000	2,9 %
In woonzorgvorm	30.000	1,4 %
Zelfstandig met thuiszorg	30.000	1,4 %
Zelfstandig zonder zorg	90.000	4,3 %
Totaal kwetsbare ouderen	210.000	10,0 %

SCP rapportage *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen, 2004; Arcares benchmark 2004.*

Of deze 10% van de ouderen omvattende doelgroep verder relatief zal groeien dan wel afnemen zal afhangen van de algemene welvaartsontwikkeling en van de integratie van de komende generatie allochtone ouderen.

Met het oog op deze onzekerheid zou men een pleidooi kunnen houden om met name de verzorgingshuizen niet al te drastisch terug te snoeien, als dat al zou lukken.

Naast de kernvoorraad die nodig blijft voor de zeer zorgzware groepen, eerder geraamd op ongeveer een kwart van het huidige bestand, zou er nog wel eens een bestand in dezelfde orde van grootte nodig kunnen blijven als maatschappelijke voorziening voor kwetsbare ouderen.

Welk scenario men ook voorstaat, het resterende beste deel van het intramurale park zal in alle gevallen in de toekomst een flinke modernisering behoeven. Ook daar zullen prikkels nodig zijn om te komen tot een andere bejegening, meer huiselijkheid, meer privacy, kleinere groepen, meer scheiding van wonen en dagactiviteiten.

Scheiding van wonen en zorg is slechts een van de middelen om dit doel te bereiken.

## 10. Bronnen

Voor de gebruikte begrippen in dit artikel zie de [begrippenlijst](#) op onze website.

Harkes, D.,A., Stofberg, R.: 'Financiering is knelpunt bouw woonzorgcomplexen' Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2001

Singelenberg, J.P.J.: 'Extramurale zorg, draagvlak voor steunpunten' , Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg 2004

Singelenberg, J.P.J., Harkes, D.A.: 'Nationale survey woonzorgcomplexen', SEV 1999

Welschen, R.W: 'Ouderenzorg met toekomst', Advies van de commissie Modernisering Ouderenzorg, staatsuitgeverij, Den Haag, mei 1994

RIGO: 'Verzorgingshuizen in beeld', achtergrondstudie in opdracht van de commissie-Welschen, Amsterdam, mei 1994

Kam. C.A de: 'Scheiden of niet?' rapport van de commissie Second Opinion Scheiden van wonen en zorg, Den Haag, april 1996

Coolen en Weever: 'Verzorgingshuizen',1998

Risbo: 'Evaluatie woonzorgcomplex Jan Meertenshuis', Rotterdam, 1981

Rigo: 'Verzorgingshuis op eigen benen', 2002

Klerk, M.M.Y. de: 'Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen', Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004

'Tweede test benchmarkinstrumentarium', Arcares, november 2002

Steen der Wijzen, 'Rapport van de werkgroep Etty', AEF, Utrecht 2002