

BOUW EN EXPLOITATIE GROEPSWONEN VOOR  
DEMENTERENDEN NADER BEKEKEN

## **WET ZIEKENHUISVOORZIENINGEN OF SCHEIDEN WONEN EN ZORG?**

**voor**

Aedes - Arcares Kenniscentrum Wonen - Zorg

**auteur**

Henk Nouws

**Ruimte voor zorg bv**

Research en advies in wonen en zorg  
Postbus 2038, 3800 CA AMERSFOORT  
tel 033 - 465 54 51  
fax 033 - 465 34 81  
[www.ruimtevoorzorg.nl](http://www.ruimtevoorzorg.nl)

**15 oktober 2003**

## **INHOUD**

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Kleinschalig wonen voor mensen met dementie .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Bouwen binnen WZV of Volkshuisvesting .....</b>	<b>4</b>
3.1	WZV .....	4
3.2	Scheiden wonen en zorg .....	5
3.3	Varianten .....	5
<b>4</b>	<b>Voor- en nadelen van de verschillende modellen.....</b>	<b>7</b>
4.1	Visie .....	7
4.2	Financiering .....	7
4.3	Projectontwikkeling .....	9
4.4	Kwaliteit .....	11
4.5	Kortom.....	13
<b>5</b>	<b>Waar op te letten tijdens de projectvoorbereiding .....</b>	<b>14</b>
5.1	Bouwen binnen de volkshuisvesting .....	14
5.2	Bouwen binnen de WZV .....	17
<b>6</b>	<b>Lijst van afkortingen.....</b>	<b>20</b>

# 1 INLEIDING

## Inleiding

Kleinschalig wonen voor mensen met dementie is in opkomst. Kleinschalige woonprojecten kunnen op verschillende manieren worden gefinancierd. Dit artikel gaat over deze financiering. Een project kan gebouwd worden binnen de regels van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). De bouw wordt dan betaald uit de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), net als de zorg en overige kosten. Een project kan ook gebouwd worden als gewone woning, door een woningcorporatie, en rechtstreeks verhuurd worden aan de cliënt. Deze wijze van financieren wordt "het scheiden van wonen en zorg" genoemd, omdat de AWBZ in dit geval alleen nog maar de zorg betaalt, en de huur en huishoudkosten door de cliënt zelf worden betaald. Hier gelden de regels van de volkshuisvesting. Beide modellen – WZV en scheiden wonen zorg – hebben hun voor- en nadelen. De voor- en nadelen worden in dit artikel besproken.

## Bouwmaatstaven maken sinds 2002 kleinschalige bouw mogelijk

Scheiden van wonen en zorg is een tijdlang de enige manier geweest om kleinschalige groepswohnungen te realiseren. Dat komt omdat de WZV kleinschalige bouw niet toestond. Wilde een initiatiefnemer toch een kleinschalige voorziening bouwen, dan moest worden uitgezien naar tijdelijke en experimentele regelingen, zoals zwevende bedden, vrije marge, verpleeghuissubstitutie in verzorgingshuizen, zorgvernieuwingsfonds, zorg op maat-gelden enzovoorts. Deze regelingen veranderen met het jaar.

Media 2002 heeft het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), het zelfstandige bestuursorgaan dat belast is met de ontwikkeling van bouwnormen en de regulering van de prijsvorming, nieuwe bouwmaatstaven geïntroduceerd. Daardoor is kleinschalig wonen binnen de WZV ineens interessant geworden. Kleinschalig wonen zit in de lift, en veel organisaties kiezen bij voorkeur voor het WZV-traject.

Toch mag het scheiden van wonen en zorg nog niet worden afgeschreven. Er zijn tal van situaties waarin het voor de hand ligt om een woningcorporatie te betrekken bij de ontwikkeling van de groepswooning, en soms is het aantrekkelijk om de bouw binnen de reguliere volkshuisvesting te laten plaatsvinden. Bovendien verandert de regelgeving van jaar tot jaar en wordt de AWBZ gemoderniseerd. Daardoor wordt in de toekomst het bouwen buiten de WZV mogelijk aantrekkelijker.

## Hulp bij het maken van een goede afweging

Om organisaties in staat te stellen een goede afweging te maken tussen beide modellen, en om hen te helpen met het succesvol overwinnen van de potentiële hindernissen, zullen de voor- en nadelen van de verschillende modellen zodadelijk naast elkaar worden gezet. Beschreven wordt welke zaken men moet regelen als men wonen en zorg financieel scheidt. Twee casebeschrijvingen, Woonhaven II en Wiekslag III, zijn elders te vinden op de website van het Kenniscentrum Wonen-Zorg. Deze beide cases zijn net geen perfecte afspiegeling van hetzij het model WZV hetzij het model scheiden wonen en zorg, maar vertonen wat variaties. Dat maakt deze cases des te interessanter, omdat het illustreert dat er creatief omgegaan kan worden met de regelgeving.

## **Disclaimer**

Tijdelijkheid is het lot van alles, maar in het bijzonder dat van de wet- en regelgeving in de zorg. Wat vandaag opgeschreven wordt over de AWBZ en WZV is morgen gegarandeerd achterhaald. Dat geldt helaas ook voor hetgeen in dit artikel staat beschreven.

De grote lijn blijft over de jaren heen wel intact: je kan kiezen tussen bouwen binnen de WZV of binnen de regels van de volkshuisvesting. Eigenlijk is dit gunstig. Laat deze modellen onderling maar concurreren, de maatschappelijk ondernemer in Leek of Soest vaart er wel bij en de klant plukt de vruchten.

Dit artikel is gebaseerd op een onderzoek dat is verricht voor Antaris te Amsterdam. De rapportage van dat onderzoek – “Uit principe? Afweging Wet Ziekenhuisvoorzieningen versus scheiden wonen en zorg bij kleinschalige projecten voor dementerenden” - is daar te verkrijgen<sup>1</sup>. Het rapport gaat op verschillende aspecten dieper in dan dit artikel en geeft een checklist voor de samenwerking tussen corporaties en zorgaanbieders bij het realiseren van kleinschalige groepswooningen voor mensen met dementie.

---

<sup>1</sup> Antaris, Mw. P. Elmers, De Drie Hoven, L. Bouwmeesterstraat 377, 1065 NS AMSTERDAM, 020 - 449 72 72

## 2 KLEINSCHALIG WONEN VOOR MENSEN MET DEMENTIE

Uitgangspunt in dit artikel is de wens van een zorgaanbieder om een kleinschalige groepswooning voor mensen met dementie te bouwen.

Wat verstaan we precies onder "kleinschalig"? De kern van het model is: huiselijkheid, herkenbaarheid, overzichtelijkheid, eigen ervaringswereld, veilige en vertrouwde omgeving, gewoon. Kleinschalig wonen is een middel om te bereiken dat mensen met dementie zich beter op hun gemak voelen en hun leven kwaliteit heeft. Een huiselijke omgeving bouwen alleen is niet voldoende. Een zorgzame omgeving creëren, waarin aandacht is voor het individu, is minstens zo belangrijk.

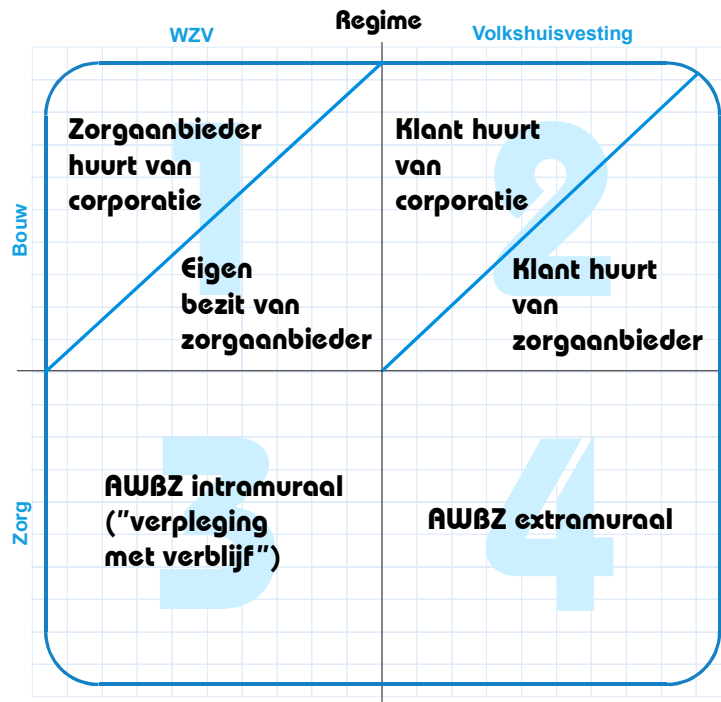
De wijze waarop deze kleinschaligheid wordt vormgegeven, is niet eenduidig te omschrijven. Het is bijvoorbeeld moeilijk een grens te leggen bij de groepsgrootte. Is zes personen de bovengrens? Sommige mensen menen van wel, want grotere groepen dan zes krijg je niet meer kwijt achter een eettafel. Maar anderen bestrijden deze opvatting en zijn van mening dat grotere groepen ook nog prima passen bij het doel. Ook op andere punten – het aantal groepen in de cluster, al of niet koken in de groep, al of niet koppelen van de woonkamers enzovoorts – zijn onderwerp van discussie. Als richtlijn – om toch een beetje houvast te hebben – kunnen de volgende concrete criteria worden genoemd:

- de groep telt circa zes personen;
- er is de hele dag begeleiding aanwezig;
- de wensen van de bewoners zijn bepalend voor de dagindeling;
- de groepswooning is vormgegeven als een gewone woning;
- bewoners hebben een eigen privé zit/slaapkamer, al dan niet met eigen sanitair;
- er is een gezamenlijke woonkamer annex open keuken;
- er wordt gekookt en gegeten in de woning;
- de bewoners kunnen veilig de woning verlaten, bijvoorbeeld naar een besloten binnenruimte.

### 3 BOUWEN BINNEN WZV OF VOLKSHUISVESTING

De vraag is nu waar een initiatiefnemer van een kleinschalig woonproject voor dementerenden verstandig aan doet. Doet hij er goed aan de woning te bouwen binnen de kaders van de Wet ziekenhuisvoorzieningen? Of is het beter om de woning te bouwen binnen de kaders van de volkshuisvesting waarbij de huisvesting op een andere wijze gefinancierd wordt dan de zorg?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het nodig uit te leggen wat precies verstaan moet worden onder deze modellen.



#### 3.1 WZV

De Wet ziekenhuisvoorzieningen regelt hoe intramurale zorgvoorzieningen moeten worden gebouwd en wat het mag kosten. Getracht wordt zowel doelmatigheid als kostprijs te optimaliseren. In de zomer van 2002 heeft het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen – het orgaan dat de bouwrichtlijnen vaststelt – nieuwe bouwmaatstaven uitgebracht. Kleinschalig bouwen is voortaan de norm in deze "Bouwmaatstaven V&V".

De nieuwe bouwmaatstaven gaan uit van groepen van maximaal zeven personen. Bewoners hebben hun eigen zit/slaapkamer, al dan niet met eigen sanitair, en er is een gezamenlijke woonkamer met keuken. De vormgeving wordt redelijk vrij gelaten. Wel moeten bedden verplaatst kunnen worden binnen de woning en het woongebouw. Dat zijn dure extra's waar we nog op terug zullen komen in dit artikel. Onderstaande tabel berekent het aantal vierkante meters dat een project van 4 groepen van ieder 6 bewoners groot mag zijn.

Tabel 1 M2 in de bouwmaatstaven V&V, toegerekend naar een kleinschalig project van vier groepswoningen voor ieder 6 personen

	pp	groep van 6	cluster van 4
1 Wonen	36	216	864
2 Dagbesteding	1,7	10,2	40,8
3 Zorgverlening	0,3	1,8	7,2
4 Ondersteunende functies	2,7	16,2	64,8
Toeslag 2 overbedden			60 +
Totaal nuttig	41	246	1044
Totaal bruto	60	360	1440

Het WZV-model impliceert dat alle kosten – wonen, zorg, hotelkosten – betaald worden uit de AWBZ. De bewoner betaalt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage.

### 3.2 SCHEIDEN WONEN EN ZORG

Het andere model – scheiden wonen en zorg – houdt in dat alleen de zorg uit de AWBZ wordt betaald. De kosten van wonen en huishouding betaalt de cliënt zelf. Daartegenover staat een veel lagere eigen bijdrage, die gelijk is aan wat cliënten moeten betalen voor de thuiszorg. Daardoor blijft er genoeg geld over voor huur en huishouding.

De maatstaven van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen zijn nu niet van toepassing. De AWBZ betaalt het wonen immers niet, dus is het niet nodig om te voldoen aan de Wet ziekenhuisvoorzieningen. In plaats daarvan wordt de woning gebouwd volgens het bouwbesluit, binnen de regels van de woningbouw. Initiatiefnemers zijn vrij om vormgeving, indeling en grootte zelf te kiezen.

In de praktijk is het gebruikelijk dat een woningcorporatie de bouw financiert en het gebouw verhuurt aan de cliënt of aan de instelling die het doorverhuurt aan de cliënt. De vrijheid waar hierboven aan gerefereerd wordt, wordt in de praktijk sterk ingeperkt door de beperkte financiële middelen. Uiteindelijk moet de cliënt wel de huur kunnen betalen. Daarom is er een voortdurende druk om de stichtingskosten van de woning laag te houden.

Cliënten zijn vaak aangewezen op een kale AOW-uitkering zonder aanvullend pensioen. In het WZV-model is dat geen probleem, want de AWBZ betaalt alle kosten. In het model scheiden wonen en zorg is dat wel een probleem. Want hier draait de cliënt zelf op voor de kosten van wonen en huishouding. Om die kosten voor de cliënt binnen de perken te houden moet een beroep worden gedaan op een heel scala aan subsidies en regelingen: huursubsidie, onrendabele investering woningcorporatie, wet voorzieningen gehandicapten, AWBZ voor zorginfrastructuur, ziekenfonds voor ziektekosten, bijzondere bijstand voor inrichtingskosten, subsidies en fondsen, eigen betalingen van de cliënt voor servicekosten, huur, inrichting, medicijnen, huishoudkosten, diensten, persoonlijke kosten.

### 3.3 VARIANTEN

Op de twee modellen zijn variaties mogelijk. We noemen er hier twee.

### **WZV-model, zorgorganisatie huurt van corporatie**

In de praktijk is een woningcorporaties vaak betrokken bij de bouw van intramurale voorzieningen. De voorziening wordt gebouwd binnen de Wet ziekenhuisvoorzieningen en voldoet aan de maatstaven van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. De woningcorporatie verhuurt het vastgoed aan de zorgorganisatie. De huurlasten worden uit de AWBZ betaald; de instelling krijgt deze jaarlijks aan zijn budget toegevoegd.

### **Volkshuisvestingsbouw betaald uit AWBZ**

Een project kan ook integraal uit de AWBZ gefinancierd worden zonder dat de Wet ziekenhuisvoorzieningen van toepassing is. De financiering is in dat geval gebaseerd op een bijzondere regeling. De zorg op maatregeling en de zorgvernieuwingsgelden bijvoorbeeld. Uit deze regelingen kunnen allerlei experimentele, afwijkende, aanvullende voorzieningen worden betaald. In overleg met het zorgkantoor kunnen de zorgvernieuwingsgelden gebruikt worden om ook de huisvestingskosten te betalen. Met de zorg op maatregeling kunnen de zorg- en huishoudkosten worden betaald. Met het zorgkantoor wordt een prijs afgesproken. Omdat nu alle kosten van zorg, huisvesting en levensonderhoud voor de cliënt betaald worden, ligt het voor de hand dat de eigen bijdrage van de cliënt weer een stuk hoger is. De groepswoning hoeft in dit geval niet gebouwd te worden binnen de kaders van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, maar kan binnen het volkshuisvestingsregime gebouwd worden. Per 1 januari 2004 vervallen de zorgvernieuwingsgelden, dus moet er weer iets nieuws worden gevonden.



## **4 VOOR- EN NADELEN VAN DE VERSCHILLENDE MODELLEN**

Uitgelegd is wat precies verstaan moet worden onder kleinschalig wonen, en wat het verschil is tussen het WZV-model en het model scheiden wonen en zorg. Kort gezegd: in het ene model wordt gebouwd volgens de maatstaven van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en worden alle kosten – wonen, zorg, huishouding – betaald uit de AWBZ. In het andere model wordt gebouwd volgens het bouwbesluit, betaalt de AWBZ alleen de zorg, en moet de cliënt zelf de kosten van huisvesting en huishouding betalen.

In dit hoofdstuk worden de voor- en nadelen van deze twee modellen puntsgewijs opgesomd.

### **4.1 VISIE**

#### **4.1.1 Gewoon wonen**

Welk model biedt de beste mogelijkheid om zo huiselijk en vertrouwd mogelijk te bouwen?

*Argumenten voor WZV en tegen scheiden wonen en zorg*

- Volkshuisvestingsmaatstaven zijn niet altijd ideaal voor kleinschalig wonen. In de praktijk is een diepe beuk gewenst om een te langgerekte vorm van de groepswooning te voorkomen.

*Argumenten voor scheiden wonen en zorg en tegen WZV*

- De maatstaven van het bouwcollege vereisen dat bedvervoer mogelijk is. Daarvoor zijn brede gangen, brede deuren en veel draairuimten nodig. Dit kost vierkante meters, die afgaan van het nuttig woonoppervlak, en die een instituutsfeer veroorzaken.

#### **4.1.2 Zelfbeschikking**

Welk model biedt de beste mogelijkheden voor de cliënt om naar eigen wens en inzicht keuzes te maken?

*Neutraal*

- De extra zeggenschap van een cliënt over zijn uitgaven bij het scheiden van wonen en zorg, is zinloos in het geval van mensen met dementie. Zij kunnen hun geld niet beheren en hun omgeving niet beheersen.

### **4.2 FINANCIERING**

#### **4.2.1 Financieringsruimte**

Welk model biedt de meeste financiële ruimte, dus de meeste kwaliteit?

#### *Argumenten voor WZV en tegen scheiden wonen en zorg*

- Binnen de WZV is een grotere investeringsruimte beschikbaar (€ 1.693,- prijspeil mei 2003). Dat betekent een investeringsruimte van € 101.000,- per cliënt, inclusief infrastructuur in de hoofdvestiging. Als je dit bedrag omzet in een huurprijs, betaalt de cliënt € 600,- kale huur per maand, en dit is veel te hoog voor ouderen met een laag inkomen. Het zal altijd nodig zijn om subsidies te vinden om in het geval van scheiden van wonen en zorg de stichtingskosten omlaag te krijgen tot een aanvaardbaar niveau.
- Vastgoed in eigendom van de zorgorganisatie kan rentevoordelen opleveren als de instelling er in slaagt een lagere rente af te sluiten dan de genormeerde vergoeding in het eigen budget.
- De huur die een corporatie rekent, is niet alleen afhankelijk van de stichtingskosten, maar ook van het aanvangsrendement dat de corporatie rekent. Corporaties willen, naar verluidt, nog wel eens aan de hoge kant zitten met hun aanvangsrendement, waardoor de huur hoger uitvalt dan kostentechnisch reëel is.

#### *Argumenten voor scheiden wonen en zorg en tegen WZV*

- De maatstaven van het bouwcollege schrijven voor dat een kleinschalige woning geschikt moet zijn voor bedverplaatsing. Dit kost extra meters verkeersruimte, duurdere deuren, een dure lift. Veelal vinden zorgorganisaties die kleinschalig bouwen voor mensen met dementie deze eisen overdreven.

### **4.2.2 Kosten voor de cliënt**

En de cliënt? Wat is het gunstigste model voor hem of haar?

#### *Neutraal*

- De algemene opvatting is dat het scheiden van wonen en zorg ongunstig is voor cliënten met een laag inkomen. Zij moeten huur en huishoudgeld betalen en houden minder vrij te besteden over dan wanneer zij in een intramurale instelling zouden zijn opgenomen. Het is echter de vraag of dit klopt. Wat is namelijk het geval: de kosten die voor rekening van de cliënt komen hangen vooral af van het uitgavenpatroon van de zorgaanbieder zelf, en niet van dat van de cliënt. De zorgaanbieder moet in staat zijn om deze kosten onder de kritische grens te houden.

De redenering is als volgt: een individuele oudere ontvangt € 844,- aan AOW per maand, netto inclusief vakantiegeld. Hij zou volgens het Nibud € 246,- moeten overhouden voor diverse persoonlijke uitgaven, recreatie en vervoer, bijdragen ziekenfonds en thuiszorg, telefoon, CAI en diverse tijdschriften; dit bedrag is gelijk aan het zakgeld voor verpleeghuis- en verzorgingshuisbewoners. Blijft over € 598,- voor huur, servicekosten, voeding en huishouden. Dit bedrag moet voldoende zijn om van rond te komen, mits:

- a) de bewoner een individuele AOW-uitkering heeft. Een echtpaar moet de mogelijkheid krijgen de AOW-uitkering te splitsen in twee individuele uitkeringen;
- b) de huur bij onder de € 440,- blijft. Dan geldt namelijk de maximale huursubsidie en betaalt onze cliënt € 202,- huur;

- c) er geen exorbitante uitgaven voor de gezondheid zijn die niet vergoedt worden door het ziekenfonds (medicijnen en dergelijke);
- d) de zorgaanbieder een kostendrager heeft voor het grootste deel van de inventaris van de woning;
- e) de inventaris in de woning niet van het dure soort professionele apparatuur is maar het gewone huis- tuin- en keukentype.

Kortom: goed en sober begroten, dan moeten de kosten beheersbaar kunnen blijven en is de cliënt die zelf huur en huishoudkosten moet betalen niet slechter af dan de cliënt die onder de intramurale regeling valt waar een gegarandeerd zakgeld van € 246,- geldt.

### **4.3 PROJECTONTWIKKELING**

#### **4.3.1 Complexiteit van de ontwikkeling en het beheer van het vastgoed**

Welk model is eenvoudiger op het punt van realisatie en beheer van het vastgoed?

*Argumenten voor WZV en tegen scheiden wonen en zorg*

- Scheiden van wonen en zorg brengt een hoop sores met zich mee. De financiering van de extramurale zorg verandert van jaar tot jaar. Er moet veel energie gestoken worden in het vinden van subsidies om de stichtingskosten omlaag te brengen (BWS, ISV, huursubsidie, WVG, onrendabele top corporatie, provinciale subsidies, gemeentelijke bijdragen, fondsen, bijzondere bijstand, betalingen door de cliënt zelf). De inrichtingskosten moeten verhaald worden op de cliënt, en omdat dit vaak op financiële problemen stuit, is het nodig om ook hiervoor fondsen en subsidiegevers te benaderen. De kosten voor de huishouding komen voor rekening van de cliënt. Er moet op worden toegezien dat deze kosten niet de pan uitrijzen. Verschillende zorggebonden kosten die in het tarief voor een verpleeghuisbed zitten, zoals medicijnen, moeten nu verhaald worden op de ziektekostenverzekering.
- Wanneer de cliënt geen familie meer heeft, moet een bewindvoerder worden aangesteld die zich actief bemoeit met cliëntgebonden subsidieaanvragen zoals WVG en bijzondere bijstand.

*Argumenten voor scheiden wonen en zorg en tegen WZV*

- In theorie kan de zorgaanbieder zich toeleggen op zijn kerntaak: zorg verlenen. De woningcorporatie is gespecialiseerd in bouwen. In de praktijk ligt deze zaak wat genuanceerd: de corporatie heeft geen verstand van bouwen voor dementeren en zal toch intensief moeten worden bijgestaan door de zorgaanbieder.
- Een argument dat verband houdt met een variant op het WZV model, namelijk eigendom en exploitatie door een woningcorporatie: in dit geval moeten de woningcorporatie en de zorgaanbieder een goed huurcontract kunnen sluiten. Daar wordt al een tijdje aan gewerkt, maar het model huurcontract is er nog steeds niet.

- De WZV-procedure is tijdrovend. Er moet extra tijd voor worden ingeruimd in de planvoorbereidingsfase. Het bouwen binnen de volkshuisvesting is sneller.
- De bouwmaatstaven van het bouwcollege stellen ingewikkelder eisen aan de bouw. Het bouwen binnen de volkshuisvesting is makkelijker.

#### **4.3.2 Risico's en zekerheden**

Welk model levert de meeste zekerheden op in termen van realisatie en financiering?

##### *Argumenten voor WZV en tegen scheiden wonen en zorg*

- Het nadeel van het bouwen in het volkshuisvestingsregime is de onzekerheid dat men daadwerkelijk subsidies vindt voor het verlagen van de stichtingskosten. De verschillende regelingen – WVG, huursubsidie, stimuleringsubsidies van overheden – bieden geen garanties. Sommige woningcorporaties willen niet onrendabel investeren. Dan houdt een project op, want de huur wordt onbetaalbaar.
- Een belangrijk argument tegen het scheiden van wonen en zorg is de onzekerheid rondom de extramurale financiering van de zorg. De regelingen veranderen van jaar tot jaar. Een erkend verpleeghuisbed biedt veel meer zicht op continuïteit. Daarom bedenken de meeste aanbidders zich wel twee keer voor ze zich inlaten met extramurale financiering. Voor een klein project durven ze hun nek nog wel uit te steken. Grotere projecten brengt men bij voorkeur onder in een solide financiering, het reguliere verpleeghuisbed.

##### *Argumenten voor scheiden wonen en zorg en tegen WZV*

- Als een corporatie betrokken is bij de bouw van de voorziening, kan men nog twee kanten op: de voorziening binnen de WZV bouwen en huren van de woningcorporatie, of de voorziening binnen het volkshuisvestingsregime bouwen zodat de bewoners huren. In het eerste geval zal een woningcorporatie extra kwaliteitseisen opgelegd krijgen vanuit de bouwmaatstaven van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. De tegenprestatie die de woningcorporatie dan vaak verlangt van de zorgaanbieder, is een huurcontract voor lange duur, 20 jaar of langer.

#### **4.3.3 Planologische argumenten**

Met welke planologische randvoorwaarden hebben projecten te maken en betekent dat een voordeel voor het ene dan wel het andere model?

##### *Argumenten voor scheiden wonen en zorg en tegen WZV*

- Grootschalige uitbreidings- of stedelijke vernieuwingsplannen bieden zorgaanbieders goede kansen voor het verwerven van locaties voor nieuwbouw. In de praktijk is het vaak lastig om er tussen te komen. Samenwerking met een woningcorporatie levert vaak meer succes op. Vaak heeft men te maken met een verkaveling en een structuur die weinig ruimte open laat voor een eigen invulling. Het kan lastig zijn om daarbinnen de maatstaven van het bouwcollege te volgen. Het is vaak makkelijker om de handen wat meer vrij te hebben. Dat kan dus een voordeel zijn voor het scheiden van wonen en zorg

- Op een locatie met de bestemming huisvesting is bestemmingswijziging nodig als gebouwd wordt binnen de WZV. Hetzelfde project, gebouwd en verhuurd door een woningcorporatie, wordt aangemerkt als wonen en levert geen probleem. Anders gezegd: het is wat makkelijker om kleine locaties in woongebieden te benutten wanneer men scheiden van wonen en zorg toepast.

#### **4.3.4 Geregeld voor de familie**

Tot slot de vraag: waar is de familie het best mee gediend?

*Argumenten voor WZV en tegen scheiden wonen en zorg*

- Bij het scheiden van wonen en zorg moeten er meer zaken geregeld worden door de cliënt of zijn familie. Het is de vraag of de familie hier op zit te wachten: huursubsidie regelen, bijzondere bijstand, huurcontract, inrichting van de kamer, schoonmaken van de kamer, financiën bijhouden. Het zou best kunnen dat familieleden onder deze omstandigheden liever voor het totaalpakket uit de AWBZ kiezen.

### **4.4 KWALITEIT**

#### **4.4.1 Regelgeving rondom kwaliteit**

Is er verschil in kwaliteitswetgeving tussen de twee modellen?

*Argumenten voor WZV en tegen scheiden wonen en zorg*

- Veel kleinschalige projecten die binnen het model wonen en zorg zijn gebouwd, doen de buitendeur op slot om te voorkomen dat bewoners op een onbewaakt moment de straat op gaan en verdwalen. Dit mag formeel niet, omdat deze projecten meestal geen BOPZ-aanmerking hebben. Het probleem doet zich trouwens ook voor in verzorgingshuizen met een verpleegunit.

*Neutraal*

- Het intramurale regime is onderworpen aan tal van regels die de kwaliteit waarborgen, maar die tegenstrijdig zijn met het streven om zo huiselijk en vertrouwd mogelijk te bouwen. Uit de hoek van initiatiefnemers komen hier regelmatig klachten over. Het is echter de vraag of die regels niet van toepassing zouden zijn bij het scheiden van wonen en zorg. Uitgangspunt van al deze regels is het gegeven dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor een goed en veilig product. De meeste controlerende instanties zullen niet anders omgaan met een project dat binnen de volkshuisvesting is gebouwd dan met een project dat binnen de WZV is gerealiseerd. De brandweer stelt dezelfde eisen; de inspectie voor de volksgezondheid komt gewoon langs; de hygiëncode van het voedingscentrum (een uitwerking van de HACCP toegespitst op groepswonen) is gewoon van toepassing, al komt de keuringsdienst van waren misschien niet op bezoek in het project; de waterleiding wordt gewoon gecontroleerd op legionella; de Arbo-wet gaat er niet anders mee om, enzovoorts.

#### 4.4.2 Zorginfrastructuur

Welk model biedt de beste mogelijkheden om extra ruimten (zorginfrastructuur) te financieren, naast de woning zelf, die gebruikt kan worden voor personeel, kantoor, ontmoeting, therapie, spreekuur?

##### *Argumenten voor WZV en tegen scheiden wonen en zorg*

- Binnen de WZV is er financiële ruimte voor zorginfrastructuur.
- Voorheen was er geld voor zorginfrastructuur beschikbaar, ook bij het scheiden van wonen en zorg. De tijdelijke woonzorgstimuleringsregeling bood soelaas voor instellingen die financiering zochten voor zorginfrastructuur. De regeling is ten einde en het is niet duidelijk of het nieuwe kabinet opnieuw geld beschikbaar zal stellen.
- In de tarieven voor extramurale zorgproducten zit 12,5% aan vastgoedlasten. Dit is mogelijk voldoende voor overheadkosten, maar niet voor de extra zorginfrastructuur voor de bewoners.

##### *Argumenten voor scheiden wonen en zorg*

- Tot dit voorjaar was financiering van zorginfrastructuur bij het scheiden van wonen en zorg geregeld binnen het "referentiekader zorginfrastructuur bij het scheiden van wonen en zorg". Die regeling is met de modernisering van de AWBZ komen te vervallen. Er geldt vanaf 10 juli een overgangsregeling. Het CTG continueert de vergoedingen van de kapitaalslasten en laat zich adviseren door het CBZ over nieuwe aanvragen. Zorginfrastructuur kan dus weer gefinancierd worden uit de AWBZ.

#### 4.4.3 Woningaanpassingen

Welk model biedt de meeste ruimte voor aanpassingen in verband met lichamelijke beperkingen van de bewoners?

##### *Argumenten voor WZV en tegen scheiden wonen en zorg*

- In de bouwmaatstaven van het bouwcollege worden eisen gesteld aan de toegankelijkheid van de voorziening. Daar is in de m2-prijs ook rekening mee gehouden.
- Bij het scheiden van wonen en zorg is het lastiger om extra woningaanpassingen gefinancierd te krijgen. In het bouwbesluit is weliswaar opgenomen dat een woning aanpasbaar moet zijn gebouwd, de feitelijke voorzieningen om de woning toegankelijk en praktisch bruikbaar te maken voor mensen in een rolstoel zijn daarmee nog niet gerealiseerd. Om een woning integraal toegankelijk te maken voor rolstoelen is dus aanvullende financiering nodig. Dat is lastig. WVG aanvragen worden in veel gevallen afgewezen. Andere potjes zijn soms wel, soms niet aanwezig.

##### *Argumenten voor scheiden wonen en zorg en tegen WZV*

- Een nadeel van de WZV is de "overkill" die door velen wordt gesignaleerd. De bouwmaatstaven eisen dat bedverplaatsing mogelijk is. Op zich handig, maar de kosten hiervan zijn hoog. Ligt het project op een verdieping, dan is een extra

ruime lift noodzakelijk. In de groepswooning dienen gangen, deuren en overige ruimten voldoende groot te zijn om met een bed te kunnen manoeuvreren. Die verkeersruimte en extra dure voorzieningen gaan ten koste van het nuttig woonareaal en maken een huis er ook niet knusser op. Voor veel instellingen hoeft deze eis van bedverplaatsing dus niet zo nodig.

#### **4.4.4 Flexibiliteit**

De vraag die hier aan de orde is: welk model biedt de meeste flexibiliteit naar de toekomst toe?

*Argumenten voor scheiden wonen en zorg en tegen WZV*

- Kleinschalige groepswooning die gebouwd zijn volgens de maatstaven van de volkshuisvesting zijn makkelijker te gebruiken voor andere doeleinden. Daardoor kan een corporatie genoeg nemen met een korter huurcontract en kan de zorgaanbieder als hij wil er sneller van af.
- Woningcorporaties vinden het bezwaarlijk dat de voorzieningen die zij bouwen volgens de bouwmaatstaven van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen aan allerlei extra eisen moeten voldoen. De kosten die zij daarvoor maken proberen zij zo snel mogelijk terug te verdienen in de huur. Of zij proberen de zorgaanbieder te binden aan een lange termijn huurovereenkomst.

#### **4.5 KORTOM**

Het overzicht laat zien dat het grote voordeel van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is dat alles binnen (én regime geregeld kan worden. Dat is makkelijk en zeker. Het scheiden van wonen en zorg brengt meer werk en onzekerheden met zich mee. En er moet zeer kostenbewust gehandeld worden. Daarvoor verdien je als initiatiefnemer iets meer vrijheid om een project naar eigen inzicht in te richten.

## **5 WAAR OP TE LETTEN TIJDENS DE PROJECTVOORBEREIDING**

In het vorige hoofdstuk is een opsomming van voor- en nadelen gegeven. In dit hoofdstuk wordt geprobeerd om aan te geven waar allemaal aan gedacht moet worden bij het realiseren van een kleinschalig project binnen de regels van de volkshuisvesting.

### **5.1 BOUWEN BINNEN DE VOLKSHUISVESTING**

Als gekozen wordt voor scheiden wonen en zorg, moeten er in de loop van het planproces een aantal vraagstukken worden opgelost. We lopen hieronder met zeven mijlslaan door een planproces heen.

#### **Locatiekeuze en verkaveling**

Samen met de woningcorporatie wordt een locatie gezocht en gevonden. Het project maakt deel uit van een groter bouwproject, of staat op zichzelf, dat maakt niet uit. Waar van begin af aan op gelet moet worden is of de kavel past bij de structuur van het project. Ga uit van globaal 60 m<sup>2</sup> bruto vloeroppervlak per bewoner. Aangezien een woongroep bij voorkeur gelijkvloers moet zijn, kom je bij 6 bewoners uit op 360 m<sup>2</sup> bvo. Hier moeten de initiatiefnemers even bij stilstaan: in een volkshuisvestingsstramien met een beperkte beukdiepte (bij voorbeeld 10 m) krijg je een langgerekt project (i.c. 36 m<sup>1</sup>). Dit is niet verstandig. Een vierkante of haakse vorm is prettiger. Een standaard woningbouwstramien is dus niet automatisch prettig.

#### **Investeringsruimte**

Volgende stap is kijken hoe de bouw betaald kan worden. Dit probleem hoort op het bord van de woningcorporatie te liggen. Randvoorwaarde is dat de kale huur voor de cliënt niet boven de € 440,- komt. Waarom: omdat deze cliënt in veel gevallen een laag inkomen heeft, en bij een huur van maximaal € 440,- is er een hoge huursubsidie en betaalt de cliënt met alleen AOW netto maximaal € 202,-. Het is aan de woningcorporatie om te kijken hoe ze dit probleem kunnen tackelen, welke subsidies ze kunnen aanboren, hoeveel zij zelf onrendabel willen investeren.

Beschikbare subsidies wisselen van jaar tot jaar. Momenteel zou in ieder geval gekeken kunnen worden naar de ISV, naar grondprijssubsidies van de gemeente, naar stimuleringsmiddelen van gemeente of provincie, wellicht naar de WVG.

#### **Zorginfrastructuur**

Binnen de bouw is de zorginfrastructuur een verhaal apart. Het gaat om de eventuele ruimten voor personeel of multifunctioneel gebruik. Daarvoor is geld beschikbaar uit de AWBZ – ook dus in het geval van het scheiden van wonen en zorg, en dit is aan te vragen op basis van de zorginfrastructuurregeling van het College Tarieven Gezondheidszorg.

#### **Kwaliteit van de bouw**

Volgende punt is het nauwkeurig definiëren van de gewenste kwaliteit van de bouw. Veel zorgaanbieders achten het voldoende als een kleinschalige groepswooning goed toeganke



lijk is voor mensen in een rolstoel. Dit houdt in dat de lat lager wordt gelegd dan wat het Bouwcollege graag ziet: die wil dat bedverplaatsing mogelijk is. Met deze eisen heeft de initiatiefnemer bij het scheiden van wonen en zorg echter niets te maken. Aan de andere kant moet toch goed opgelet worden dat de kwaliteit van de bouw niet te laag wordt. In de volkshuisvesting is het namelijk veelal voldoende als een woning aanpasbaar gebouwd wordt. Dat is voor kleinschalig wonen onvoldoende. De woning moet integraal toegankelijk zijn voor rolstoelen. Hiervoor zijn tal van goede eisenpakketten en hulpmiddelen ontwikkeld, zoals Handboek Toegankelijkheid, NEN 1814, Woonkeur.

### **Huursubsidie**

Huursubsidie voor onzelfstandige woonruimte is mogelijk. Dan moet het project wel aan een aantal eisen voldoen. Het ministerie van VROM hanteert de volgende eisen:

1. Het project dient zoveel mogelijk gericht te zijn op integratie en participatie van cliënten in een woonwijk.
2. Begeleiding moet door een erkende AWBZ instelling geschieden. PGB zou ook moeten kunnen.
3. Huursubsidie krijgen alleen de permanente bewoners. Niet de tijdelijke bewoners in bijvoorbeeld een overbed kamer.
4. Er moet een gescheiden huur- en zorgcontract zijn zodat de scheiding van wonen en zorg kan worden vastgesteld. Een huurcontract is gebonden aan de feitelijke huurder, niet aan de familie.
5. Een bewoner moet een eigen privékamer hebben, en dat moet blijken uit een eigen huisnummer dat staat geregistreerd in de Gemeentelijke Basis Administratie. Dit huisnummer is gekoppeld aan het huurcontract.
6. De ruimte mag niet ook vanuit de AWBZ of andere regelingen worden medegefinancierd.

### **Opstellen schaduwontwerp binnen programma van eisen**

Bij het uitwerken van de bouwplannen is een belangrijk aandachtspunt het maken van een schaduwtekening, naast de tekening van de groepswoningen zelf. De schaduwtekening stelt dan in de meeste gevallen een situatie van zelfstandige (huur- of koop-) woningen voor. Deze "escape" komt van pas wanneer het huurcontract moet worden afgesloten. Door de flexibele opzet van het project kunnen huurprijs en huurtermijn omlaag.

### **Financiering van de zorg**

Vanuit de optiek van de zorgaanbieder is het heetste hangijzer dat van de financiering van de zorg. Zorgorganisaties zijn niet geweldig enthousiast over extramurale zorgproducten of de zorg op maatregeling: de regelingen wijzigen frequent over de jaren of zijn nog in ontwikkeling, er moeten maatwerkafspraken worden gemaakt met het zorgkantoor, het zorgbudget dreigt volgens het principe "uurtje-factuurkje" te moeten gaan, de financiële ruimte kan krap uitvallen. De meeste zorgaanbieders geven daarom de voorkeur aan het "erkende reguliere verpleeghuisbed".

Nu zijn er twee wegen. De eerste is om in overleg met het zorgkantoor deze reguliere erkende verpleeghuis capaciteit in te zetten in een project waar wonen en zorg gescheiden zijn. Dat is namelijk niet verboden. De vastgoedcomponent in het budget moet dan wel aan een nader oordeel worden onderworpen, niet alleen het nacalculeerbare deel,

maar ook het budgettaire deel. Deze constructie heeft het voordeel van de zekerheid op langere termijn.

De tweede weg is om samen met het zorgkantoor uit te pluizen hoe het project op basis van extramurale verpleeghuisproducten of zorg op maatmiddelen kan worden gefinancierd. Het wachten is op de verdere ontwikkelingen van het AWBZ moderniseringstraject.

### **Begroting voor inrichting en huishoudkosten**

Met het doorlopen van de bovenstaande aandachtspunten is een goede basis gelegd voor een succesvol project. Een belangrijke potentiële spelbreker is echter het kostenplaatje voor de cliënt. Het is zaak dat deze kosten laag blijven. De vraag is hoe.

Het advies is: begroot nauwkeurig de kosten voor inrichting en huishouding, zorg dat deze binnen de besteedbare ruimte blijven, probeer voor wat betreft de inrichting via fondsen en dergelijke subsidie te krijgen. NB: het is natuurlijk mogelijk om verschillende kosten van huisvesting af te wentelen naar de servicekosten. Maar dat lost natuurlijk niets op. Want de besteedbare ruimte voor de uitgaven van de bewoners wordt navenant lager.

De besteedbare ruimte voor inrichting en huishoudkosten bedraagt voor een alleenstaande AOW-er maximaal € 598,- per maand. Namelijk € 844,- AOW inclusief vakantiegeld minus € 246,- voor persoonlijke uitgaven. De persoonlijke uitgaven zijn:

*Tabel 2 Nibud budgetadvies alleenstaande 65-plusser*

		Nibud budgetadvies
Huishoudkosten	Telefoon	€ 32,00
	Abonnementen + CAI	29,00
Persoonlijke kosten	Persoonlijke uitgaven (was e.d.)	17,00
	Verzekeringen	11,00
	Kleding	40,00
Dienstverlening	Recreatie	66,00
	Vervoer	18,00
Kosten zorg	Eigen bijdragen thuiszorg	10,00
	Eigen bijdrage ziekenfonds	23,00
Totaal		€ 246,00
Piepgrens (zakgeld)		€ 246,00

Van de resterende € 598,- moet worden betaald:

- Netto huur (= bruto huur minus huursubsidie);
- Servicekosten;
- Gas, water, licht;
- Onderhoud tuin en woning (binnen);

- Kleine woningaanpassingen;
- Inrichting en stoffering;
- Hoog-laag bedden, zusteroproepsysteem;
- Huishoudkosten: maaltijden en overige huishoudkosten.

We gaan er van uit dat kosten van incontinentiemateriaal, medicijnen, paramedische zorg betaald worden uit het ziekenfonds. De eigen bijdragen zitten inbegrepen in het eerder genoemde bedrag van € 246,-.

Gewapend met deze kennis moet een zorgaanbieder in staat zijn een begroting op te stellen voor genoemde kostenposten die de financiële vermogens van de cliënten niet te boven gaat. En als de kosten hoger zijn, is het duidelijk dat er sponsors moeten worden gezocht. In theorie kan de zorgaanbieder ook proberen iets over te houden van het eigen zorgbudget en dat besteden aan de huishoudkosten.

Een aantal tips om binnen de beschikbare middelen te blijven:

- Gebruik huis- tuin en keukenapparatuur. Scheelt tot tienmaal de kosten ten opzichte van professionele instellingsapparatuur;
- Ga met de bewoners boodschappen doen in de plaatselijke supermarkt;
- Laat het appartement van de bewoners schoonhouden door de familie;
- Laat het team het budget beheren en kweek kostenbewustzijn.

## **5.2 BOUWEN BINNEN DE WZV**

De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) regelt de bouw van ziekenhuisvoorzieningen. Dat zijn niet alleen ziekenhuizen, zoals de term doet vermoeden, maar ook verpleeg- en verzorgingshuizen en tal van andere voorzieningen voor de GGZ en gehandicaptensector. Een (zeer) korte introductie, voor hen die de WZV niet kennen, is hier op zijn plaats.

De wet is gericht op doelmatigheid en het voorkomen van hoge kosten. De wet past slecht in de huidige tijdsgeschiedenis van "kwaliteit naar keus van de klant". De volksgezondheid is immers een collectief systeem gebaseerd op solidariteit en dit uitgangspunt is vooral gebaat bij het strak in de hand houden van de collectieve kosten en daarmee de collectieve lastendruk. Door recente aanpassingen van de WZV en de AWBZ probeert de overheid te stimuleren dat er kwalitatief betere oplossingen komen, maar zonder de strakke regie uit handen te geven.

Om de beoogde doelmatigheid en betaalbaarheid te bereiken, orkestreert de WZV het bouwproces van ziekenhuisvoorzieningen. Enerzijds door het opleggen van normen waaraan de bouw minimaal moet voldoen en door het opleggen van investeringsbedragen waar de bouw onder moet blijven. Anderzijds door de procedure van ontwerp, aanbesteding en bouw nauwkeurig voor te schrijven en te monitoren.

### **Modernisering AWBZ**

De modernisering van de AWBZ wil bereiken dat het zorgaanbod beter de vraag volgt. De aanpassingen van de AWBZ hebben ook gevolgen voor de WZV.

Het nieuwe functiegerichte stelsel binnen de AWBZ maakt het makkelijker dat mensen een beroep doen op allerlei extramurale zorgproducten. Zorgorganisaties kunnen kiezen voor een intramuraal aanbod, waarbij de cliënt verblijft in een "ziekenhuisvoorzie-

ning" zoals de WZV bedoeld, of voor een semi-/extramuraal aanbod, waarbij de cliënt zelfstandig woont. In het eerste geval moet de zorgorganisatie bouwen binnen de kaders van de WZV. In het tweede geval spreken we over het scheiden van wonen en zorg, en is de WZV niet van toepassing.

Een zorgaanbieder hoeft voor het verstrekken van *extramurale* zorgproducten geen "erkende" plaatsen of capaciteit te hebben om deze zorgvragers te helpen. Hij kan de zorg bieden, en rekent af op basis van productie. De cliënten wonen in dat geval niet in een ziekenhuisvoorziening. Echter, op dit moment is de financiering van deze functiegerichte zorg nog in ontwikkeling. In de ouderenzorg is nog weinig ervaring opgedaan met deze nieuwe extramurale producten. Het persoonsgebonden budget (PGB) is in de ouderenzorg momenteel van weinig betekenis. Extramurale productie is vooral in de verpleeghuissector nog relatief zeldzaam. Dat is precies wat we zien bij kleinschalig wonen voor dementerenden: het is allemaal nog te onzeker, te ingewikkeld. Met de tijd zal dit mogelijk veranderen.

## **Keuzes**

Los van de modernisering van de AWBZ, is binnen de WZV zelf de laatste jaren sprake van een verlichting van de administratieve druk. Inhoudelijk zijn de bouwmaatstaven globaler en soepeler geworden. Deze ontwikkeling gaat door, want de nieuwe maatstaven voor 2004 zullen sectorbreed zijn, dus niet meer specifiek voor de verpleeghuizen, GGZ-inrichtingen, voorzieningen voor gehandicapten enzovoorts.

Ook zijn de procedures van de WZV versoepeld. Initiatiefnemers van nieuwbouwprojecten hebben in zekere mate keuze uit verschillende trajecten, de gewone aanvraagprocedure of budgettair bouwen.

Binnen ieder van deze routes zijn de afgelopen jaren vereenvoudigingen aangebracht. Toch zal menig woningcorporatie vreemd opkijken van deze regels en procedures, die hem waarschijnlijk zullen doen denken aan lang vervlogen tijden. In zorgland is het gewoonte om gespecialiseerde bureaus in te huren voor het doorlopen van de WZV-procedure; alleen grote zorgorganisaties hebben de kennis zelf in huis.

Hier volgt een korte beschrijving van de standaard procedure en het budgettair bouwen.

### **1. Gewone procedure**

Deze procedure valt uiteen in verschillende fasen: aanvraag verklaring, goedkeuring programma van eisen en goedkeuring schetsontwerp, volgt verlening vergunning, goedkeuring bestedingsgerede stukken en goedkeuring van de eindafrekening. Aan ieder van deze fasen hangen indienings- en beoordelingstermijnen, rapportages, adviezen van andere instanties en overheden, enzovoorts. Ook zijn er varianten mogelijk. De opdracht voor de bouw moet via een aanbestedingstraject tot stand komen. Gedurende de bouw moeten er kwartaalrapportages worden opgesteld. De initiatiefnemer loopt financieel geen risico, want overschrijdingen zijn voor rekening van de AWBZ.

### **2. Budgettair bouwen**

De start van de procedure is gelijk als bij de gewone of verkorte procedure. Na het verlenen van de vergunning en het vaststellen van het vergunningsbudget houdt de bemoeienis van de College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen vrijwel op. De zorgaanbie

der kan zijn eigen tempo bepalen en mag eventuele meevallers in de aanbesteding of bouw zelf houden. Tegenvallers zijn echter ook voor eigen rekening. Wel komen loon- en prijsstijgingen voor nacalculatie in aanmerking, vanaf een jaar voor de start van de bouw tot en met het eind van de bouw. Ook krijgen deze projecten een extra 4% toelage waarmee eventuele programma- en bestekwijzingen zijn op te vangen. Projecten kleiner dan € 1,5-miljoen móeten via deze budgettaire systematiek worden gebouwd.

Hoewel de uitkomsten van de aanbestedingsprocedure in het geval van budgettair bouwen niet meer door het Bouwcollege worden beoordeeld, wil het Bouwcollege niet afwijken van het principe van het aanbesteden 'an sich'. Het bouwcollege wijst het werken met een bouwteam en het al in een vroegtijdig stadium betrekken van aannemers en installateurs in principe af.

Voor verzorgingshuizen of kleine projecten geldt voorts een verkorte procedure: de verklaring/vergunningfasen zijn ineen geschoven tot één fase. De procedures voor aanbesteding en bouw zijn gelijk als hierboven. Voor instandhouding van bestaande bouw gelden weer andere regels.

### **Huren of eigen bezit**

Tegenwoordig wordt niet meer zo moeilijk gedaan over de betrokkenheid van woningcorporaties bij het realiseren van ziekenhuisvoorzieningen. Dat is wel eens anders geweest. De woningcorporatie mag optreden als bouwer en het vastgoed overdoen aan de zorgorganisatie. Maar ook mag de woningcorporatie het vastgoed in bezit houden en verhuren aan de zorgorganisatie. De regels voor huur worden opgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Er gelden verschillende varianten om huur te berekenen. Een woningcorporatie moet wel beseffen dat de vrijheid om eigen parameters te hanteren beperkt is.

## **6 LIJST VAN AFKORTINGEN**

AWBZ	Algemene wet bijzonder ziektekosten
BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
bvo	bruto vloeroppervlak
BWS	Besluit woninggebonden subsidies
CBZ	College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
ISV	Investeringsbudget Stedelijke Vernieuwing
PGB	Persoonsgebonden Budget
V & V	Verzorging en verpleging
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen