



Op maat voor later

*Maatschappelijke initiatieven op de
snijvlakken van wonen, zorg en pensioenen*

*Cor van Montfort, Henk Griffioen, Meike Bokhorst,
Wendy Asbeek Brusse en Marianne de Visser*



Op maat voor later

De serie 'Verkenningen' omvat studies die in het kader van de werkzaamheden van de WRR tot stand zijn gekomen en naar zijn oordeel van zodanige kwaliteit en betekenis zijn dat publicatie gewenst is. De verantwoordelijkheid voor de inhoud en de ingenomen standpunten berust bij de auteurs.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Buitenhof 34
Postbus 20004
2500 EA Den Haag
Telefoon 070-356 46 00
E-mail info@wrr.nl
Website www.wrr.nl

Op maat voor later

MAATSCHAPPELIJKE INITIATIEVEN
OP DE SNIJVLAKKEN VAN WONEN,
ZORG EN PENSIOENEN

*Cor van Montfort, Henk Griffioen, Meike Bokhorst, Wendy Asbeek Brusse,
Marianne de Visser*

Rapporten aan de Regering nrs. 68 t/m 93 zijn verkrijgbaar in de boekhandel of via Amsterdam University Press (www.aup.nl).
Alle *Rapporten aan de Regering* en publicaties in de reeksen *Verkenningen* en *Working Papers* zijn beschikbaar via www.wrr.nl.

Vormgeving binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Omslagafbeelding: cimon communicatie
Figuren en tabellen: WRR

ISBN 978 90 8964 971 3
e-ISBN 978 90 4852 876 9 (pdf)
e-ISBN 978 90 4852 877 6 (e-Pub)
NUR 759 / 754

WRR/Amsterdam University Press, Den Haag/Amsterdam 2014

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j^o het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

INHOUD

Samenvatting		7
Voorwoord		13
1	Inleiding	15
1.1	Wonen, zorg en pensioenen onder druk	15
1.2	Beleidsreactie	15
1.3	Maatschappelijke reactie	16
1.4	Vraagstelling en afbakening	18
2	Beweging aan de basis: initiatieven van burgers en bedrijven	19
2.1	Inleiding	19
2.2	Pensioenfondsen en de sectoren wonen en zorg	19
2.3	Maatschappelijke initiatieven: nieuwe combinaties van wonen en zorg	23
2.4	Conclusie	34
3	Initiatieven in het licht van kernwaarden	39
3.1	Inleiding	39
3.2	Autonomie	42
3.3	Inclusiviteit	47
3.4	Robuustheid	49
3.5	Effectiviteit	51
4	Conclusies en aanbevelingen	57
4.1	Een actieve rol voor marktpartijen gewenst: ondersteunen, investeren	58
4.2	Een actieve rol voor de overheid gewenst: duidelijkheid bieden, stimuleren en monitoren	58
4.3	Borgen van de eigenheid van maatschappelijke initiatieven is noodzakelijk	61
Literatuur		63
Bijlage 1	Beleidsagenda kabinet Rutte II met betrekking tot langer zelfstandig wonen	67
Bijlage 2	Langer zelfstandig wonen in België en Duitsland	71

SAMENVATTING

Er ontstaan allerlei innovatieve vormen van financiering, dienstverlening en organisatie op het snijvlak van wonen, zorg en pensioenen, zoals de ontwikkeling van woontechnologie voor ouderen en de oprichting van zorgcoöperaties van en voor burgers. Ook investeren institutionele beleggers zoals pensioenfondsen en verzekeraars soms – zij het nog heel beperkt – in (woning)zorgvastgoed. Deze ontwikkelingen staan niet op zichzelf. We staan aan het begin van een grote herschikking van verantwoordelijkheden tussen de overheid en de samenleving op de terreinen van werk, zorg, wonen en welzijn.

Om de financiële houdbaarheid van de stelsels ook op de lange termijn veilig te stellen neemt de overheid maatregelen in de sfeer van bezuinigingen, versoering van aanspraken, verhoging van eigen bijdragen en versterking van marktwerking (met name in de zorg). Ook doet zij een beroep op de zelfredzaamheid en het eigen initiatief van burgers (de ‘participatiesamenleving’) en krijgen decentrale overheden en zorgverzekeraars een grotere verantwoordelijkheid in het ‘op maat’ aanbieden van woon- en zorgvoorzieningen.

De overheid probeert via stapsgewijze ingrepen en een beroep op de eigen verantwoordelijkheid en veerkracht van burgers de ‘gaten en kieren’ binnen elk van de stelsels te dichten. Maar de maatschappelijke onderstroom van praktische initiatieven die aan kracht lijkt te winnen blijkt in de praktijk in veel gevallen meer domeinoverstijgend van karakter dan het officiële beleid, en voegt zich ook overigens niet vanzelfsprekend in het verwachtingspatroon van de overheid.

Deze verkenning laat zien welke typen domeinoverstijgende maatschappelijke initiatieven op het gebied van wonen, zorg en pensioenen vanuit de maatschappij zelf ontstaan, vooruitlopend op, of als reactie op het overheidsbeleid (hoofdstuk 2). Hierbij gaat het om het brede scala van kleine bewonersinitiatieven in de wijk of de straat tot enkele initiatieven waar grote pensioenfondsen en zorgverzekeraars bij zijn betrokken.

Deze maatschappelijke initiatieven belichten en waarderen we vanuit een afwegingskader dat bestaat uit vier waarden (hoofdstuk 3). Twee waarden hebben betrekking op de wenselijkheid van een initiatief: autonomie en inclusiviteit, en twee waarden op de bestendigheid van een initiatief: robuustheid en effectiviteit.

In hoofdstuk 4, ten slotte, reflecteren we op de mogelijke consequenties van zo’n wegging voor het overheidsbeleid en voor de rol die marktpartijen kunnen spelen. We doen dit om maatschappelijke spelers en beleidsmakers attent te maken op een

aantal dilemma's en afwegingen die zich op de langere termijn aandienen bij het hervormen, ontschotten en verbinden van wonen, zorg en pensioenen op centraal en decentraal niveau.

De inventarisatie heeft geleid tot twee hoofdconclusies:

1. De marges voor het flexibel benutten van pensioenen zijn voornamelijk klein en de rol van pensioenfondsen is in combinatie met wonen en zorg beperkt.
2. De meeste innovatieve verbindingen tussen wonen en zorg ontstaan op vier terreinen: (collectief) particulier opdrachtgeverschap, levensloopbestendig (her)bouwen, verzorgd wonen en zorgcoöperaties.

Onze waardering van deze initiatieven aan de hand van het afwegingskader levert het volgende beeld op.

AUTONOMIE

De initiatieven in de categorieën verzorgd wonen, levensloopbestendig bouwen en woontechnologie zijn heel expliciet gericht op het vergroten van de autonomie in de betekenis van 'langer zelfstandig wonen' van mensen. Initiatieven in de sfeer van 'collectief particulier opdrachtgeverschap' en de 'zorgcoöperaties' zijn voorbeelden van een tweede invulling van het begrip autonomie waarbij burgers zelf de touwtjes in handen nemen en voor een groep gelijkgestemden of gelijkbehoevenden *voorzieningen* creëren. Zo bezien passen deze initiatieven prima in de beleidsagenda van het huidige kabinet.

Toch zien we vanuit de waarde van autonomie ook voor de langere termijn een aantal risico's.

Het grote belang dat momenteel door de politiek aan 'autonomie' wordt gehecht in beide betekenissen van het woord (zelfregie en zelforganisatie) gaat nog onvoldoende gepaard met een diepgaande analyse van de verschillen die ontstaan aan de aanbod- en vraagkant als gevolg van individuele keuzevrijheid, decentralisatie van voorzieningen en marktwerking bij aanbieders.

Ook is nog onvoldoende duidelijk hoever die autonomie reikt in de praktijk: worden ook politiek en maatschappelijk minder gewenste keuzes ('zorgmijders', 'mensen die een zorginstelling prefereren boven thuis wonen') geaccepteerd?

Het is tevens een risico dat alle energie wordt gestoken in voorzieningen die inspelen op de huidige vraag en dat er onvoldoende oog is voor mogelijke veranderingen in de vraag bij de aankomende generatie.

Tot slot zien we het als een risico dat het huidige beleid om de regie heel sterk bij burgers zelf te leggen, onvoldoende aansluit bij wat we weten van de beperkingen in menselijk keuzegedrag, zoals keuze-aversie en gerichtheid op korte termijn.

INCLUSIVITEIT

De maatschappelijke initiatieven kunnen tot een spanning leiden tussen solidariteit en uitsluiting. Ook kan het risico optreden dat initiatieven uit de leefwereld (burgerinitiatieven) te enthousiast worden omarmd als manieren om tekortkomingen in het systeem van een terugtrekkende overheid op te lossen. Rondom de waarde van inclusiviteit is een aantal vragen nog onbeantwoord: hoe inclusief moeten, of hoe exclusief mogen maatschappelijke initiatieven zijn, in welke mate zijn zij een vervanging van of 'slechts' een aanvulling op bestaande voorzieningen, en kan het maatschappelijke initiatief als de uitvoering van een beleidsagenda worden gezien?

ROBUUSTHEID

De arrangementen van de 'oude' verzorgingsstaat zijn vanuit de afnemer bezien onmiskenbaar robuust. In hoeverre bieden de maatschappelijke initiatieven een alternatief dat net zo bestendig is? Dat wil zeggen initiatieven die voldoende leveringszekerheid kunnen bieden, financieel stabiel zijn, bestuurlijk verantwoord in elkaar zitten, kwalitatief goede diensten bieden en een bestendige groep afnemers hebben. Burgerinitiatieven vormen in een aantal gevallen een aanvulling op de bestendige voorzieningen van de verzorgingsstaat. Maar een aantal burgerinitiatieven is wel erg afhankelijk van goede wil, enthousiasme en vrijwilligers. Daarmee zijn ze veel minder bestendig dan de professionele en soms wat verbureaucratiseerde basisvoorzieningen van de verzorgingsstaat. Ook de financiering is lastig rond te krijgen en eenmaal rond, ook lastig vast te houden. Onvoorspelbare (vastgoed)risico's en onzekerheden op de financiële markten en de vastgoedmarkten weerhouden potentiële investeerders nog vaak van deelname in dit soort initiatieven.

EFFECTIVITEIT

De vraag naar de effectiviteit van maatschappelijke initiatieven is heel voor de hand liggend maar tevens moeilijk te beantwoorden. Er kunnen persoonlijke of situationele preferenties zijn en er is vooralsnog geen eenstemmigheid over meetmethoden en uitkomstmaten.

Het monitoren en uitwisselen van initiatieven, successen en mislukkingen is in deze leer- en experimenteerfase belangrijker dan het afrekenen op productie of doelmatigheid. Door initiatieven secuur te volgen krijgen we meer zicht op wat werkt, voor wie en onder welke omstandigheden. De uitdaging zal zijn om een balans te vinden tussen de beoordeling van effectiviteit volgens het klassieke kwaliteitsdenken – dat sterk leunt op verantwoordelijkheden en controle – versus vraagsturing waarbij de blik gericht is op vraag-georiënteerde effectiviteit en de bijdrage van een initiatief aan de kwaliteit van het dagelijks leven.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Om het innovatieve potentieel van de maatschappelijke initiatieven volledig tot wasdom te laten komen zouden marktpartijen zoals zorgverzekeraars, banken en pensioenfondsen een actieve rol op zich kunnen nemen, bijvoorbeeld door het bieden van administratieve en juridische ondersteuning ('helpdeskfunctie'), het doen van kleine investeringen of het organiseren van platforms voor het delen van ervaringen en het verkennen van mogelijkheden en beperkingen. Door de handen ineen te slaan – bijvoorbeeld in lokale of regionale *Innovatiefondsen Wonen, Zorg en Pensioenen* – zouden woningcorporaties, zorgverzekeraars, banken, pensioenfondsen en gemeenten domeinoverschrijdend maatschappelijk initiatief kunnen faciliteren.

De WRR ziet voor de overheid een tweeledige rol in deze transitiefase: 'kansen bieden' (ondersteunen van maatschappelijke initiatieven) en 'waarborgen verschaffen' (bewaken van de waarden van de sociale rechtsstaat). Voor de nationale en de lokale overheid is er een duidelijke rol bij het versterken van de robuustheid van de initiatieven, bijvoorbeeld door experimenteerruimte te bieden, door in beperkte mate garant te staan voor bepaalde risico's die verbonden zijn aan een initiatief, of door verdere professionalisering te ondersteunen. In deze fase van ontwikkeling zou de overheid ook kunnen bijdragen aan het stimuleren van kennisuitwisseling en het monitoren en uitwisselen van ervaringen, bijvoorbeeld door het faciliteren van een *Kennisbank Wonen, Zorg en Pensioenen*. Bij de concrete vormgeving zou aansluiting gezocht kunnen worden bij bestaande initiatieven, zoals het Kenniscentrum Wonen-Zorg van Aedes-Actiz. Deze monitoring is noodzakelijk voor het kunnen borgen van inclusiviteit en effectiviteit. Tot slot zou de nationale overheid zich duidelijker kunnen uitspreken over de gewenste mate van differentiatie in het aanbod en de manier waarop zij denkt de waarden van inclusiviteit en autonomie tezamen te borgen.

Het potentieel van de maatschappelijke initiatieven kan pas volledig worden benut als ze een steuntje in de rug krijgt vanuit de overheid en de marktpartijen. Tegelijkertijd is de grootste valkuil dat de maatschappelijke initiatieven die vanuit de leefwereld zijn ontstaan het beleidsdiscours worden binnengezogen en op een dag plots ontwaken als paradepaard van de politiek gewenste participatiesamenleving. Vanuit de markt is het risico niet minder groot: commercialisering en het afhankelijk worden van geld en kennis van marktpartijen kunnen op den duur een risico vormen voor het maatschappelijke karakter van dergelijke initiatieven.

De grootste opgave voor de overheid en de marktpartijen zou daarom wel eens kunnen zijn om het maatschappelijk initiatief te stimuleren en te ondersteunen maar tegelijkertijd ook werkelijk bij de samenleving te laten.

VOORWOORD

Deze verkenning is opgesteld door een projectgroep onder leiding van gast van de raad prof.dr. Cor van Montfort, met medewerking van dr. Wendy Asbeek Brusse, dr. Meike Bokhorst, mr. Henk Griffioen, prof.dr. Marianne de Visser en met ondersteuning van Danielle van Arkel en Annemiek de Jonge.

In december 2012 bracht de WRR de bundel *Wonen, zorg en pensioenen: hervormen en verbinden* uit. Daarin stonden bijdragen over de kansen en risico's van de 'ontschotting' van deze domeinen. Met de voorliggende verkenning kijkt de WRR vooral naar de maatschappelijke initiatieven die in de praktijk ontstaan, zowel vanuit burgers als vanuit institutionele actoren. Deze inventarisatie van maatschappelijke initiatieven is gebaseerd op literatuurstudie, webanalyse en gesprekken met direct betrokkenen. Ook is dankbaar gebruik gemaakt van de inbreng van vele deskundigen op het WRR-symposium 'Innovatieve praktijken in wonen, zorg en pensioenen' van 13 maart 2014.¹

Tijdens het project zijn diverse presentaties gehouden over de voorlopige bevindingen (o.a. voor de Stuurgroep WZP, een platform waar uiteenlopende actoren zoals zorgverzekeraars, pensioenbeheerders en ministeries elkaar treffen). Het commentaar daarop is verwerkt in de voorliggende tekst. Een concepttekst is aan vier externe reviewers voorgelegd. We zijn ir. Sandra Kessels (senior beleidsadviseur ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties), drs. Niels Kortleve (innovatiemanager PGGM en voorzitter van de Stuurgroep WZP), drs. Daniëlle Harkes (manager Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg) en dr. Jasper Klapwijk (strateeg Espria) erkentelijk voor hun commentaren en suggesties bij de conceptversie.

NOOT

- 1 Zie voor een verslag en de bijdragen van de sprekers www.wrr.nl/projecten/project/article/wonen-zorg-en-pensioenen-1.

1 INLEIDING

1.1 WONEN, ZORG EN PENSIOENEN ONDER DRUK

We staan aan het begin van een grote herschikking van verantwoordelijkheden tussen de overheid en de samenleving op de terreinen van werk, zorg, wonen en welzijn (Troonrede 2013; Putters 2014; WRR 2012b, 2013; Van Twist et al. 2014). De voornaamste drijvende krachten achter deze ontwikkeling zijn bekend: de vergrijzing en ontgroening, het stijgende opleidingsniveau van de bevolking, de internationalisering en flexibilisering van de arbeidsmarkt, de privatisering van delen van de economie en – sinds 2007 – de financiële en economische crises die de samenleving en de politiek voor grote opgaven en keuzen stellen. Hoe houden we de stijgende kosten van de zorg in toom? Wat betekent dit voor hoe wij als samenleving met solidariteit omgaan (WRR 2012b) en waarmee zal Nederland in de toekomst zijn brood verdienen (WRR 2013)?

Betaalbaar wonen, toegankelijke en kwalitatief goede zorg en een goed pensioen behoren tot de belangrijkste pijlers van de verzorgingsstaat. Eerder al heeft de WRR laten zien dat bij uitstek deze drie pijlers onder het gebouw van de verzorgingsstaat bloot staan aan toenemende druk tot hervormen, vernieuwen en verbinden (WRR 2012b).

1.2 BELEIDSREACTIE

Om de financiële houdbaarheid van de stelsels ook op de lange termijn veilig te stellen neemt de overheid maatregelen in de sfeer van bezuinigingen, versobering van aanspraken, verhoging van eigen bijdragen en versterking van marktwerking (m.n. in de zorg). Ook doet zij een beroep op de zelfredzaamheid en het eigen initiatief van burgers (de ‘participatiesamenleving’) en krijgen decentrale overheden en zorgverzekeraars een grotere verantwoordelijkheid in het ‘op maat’ aanbieden van woon- en zorgvoorzieningen. Forse ingrepen in het pensioenstelsel staan nog op stapel na een aantal ‘kleinere’ ingrepen zoals de overgang naar een middelloonstelsel, de verhoging van de minimale dekkingsgraad voor pensioenfondsen en een verlaging van de jaarlijkse pensioenopbouw.

Het kabinet lijkt met de decentralisaties en met het beroep op zelfredzaamheid in de domeinen wonen, zorg en pensioenen terug te grijpen op het klassieke politieke compromis dat aan de basis staat van de naoorlogse Nederlandse verzorgingsstaat (WRR 1996). Enerzijds spreekt er de wens uit om ruim baan te bieden aan de eigen initiatieven en persoonlijke verantwoordelijkheid van individuen, ondernemingen en maatschappelijke organisaties. Anderzijds klinkt de ambitie door om

de zwakkeren te beschermen en bestaanszekerheid voor allen te garanderen. Behalve dit klassieke compromis formuleert het kabinet echter ook lessen uit het verleden en concrete hervormingsambities:

“De omslag naar een participatiesamenleving is in het bijzonder zichtbaar in de sociale zekerheid en in de langdurige zorg. De klassieke verzorgingsstaat uit de tweede helft van de twintigste eeuw heeft juist op deze terreinen regelingen voortgebracht die in hun huidige vorm onhoudbaar zijn en ook niet meer aansluiten bij de verwachtingen van mensen. In deze tijd willen mensen hun eigen keuzes maken, hun eigen leven inrichten en voor elkaar kunnen zorgen. Het past in die ontwikkeling zorg en sociale voorzieningen dicht bij mensen en in samenhang te organiseren. Om dit te bereiken, decentraliseert de regering overheidstaken op drie gebieden.” (Troonrede 2013)

In dit kader wil het kabinet heel concreet het langer zelfstandig wonen stimuleren en heeft voor dit doel een transitieagenda opgesteld. Deze is vooral gericht op het versterken van regionale samenwerking tussen lokale overheden, woningcorporaties, zorgaanbieders en zorgkantoren. Ook is het kennis- en experimentenprogramma *Langer thuis!* opgezet en wordt de inzet van informatie- en communicatietechnologie (ICT) bij het langer zelfstandig wonen gestimuleerd (zie Bijlage 1).

1.3 MAATSCHAPPELIJKE REACTIE

De regering probeert via stapsgewijze ingrepen en een beroep op de eigen verantwoordelijkheid en veerkracht van burgers de ‘gaten en kieren’ binnen elk van de stelsels van wonen, zorg en pensioenen te dichten. Van burgers wordt meer dan voorheen verwacht dat ze vooruit denken en handelen, om niet tegen negatieve verrassingen aan te lopen als de woon-, zorg- of pensioenbehoefte klemmend wordt. Dit vergt bewustwording van de *individuele* burger. Maar daarnaast wordt ook de *collectieve* kracht van (groepen) burgers aangesproken. De maatschappelijke onderstroom van praktische initiatieven die intussen aan kracht lijkt te winnen blijkt echter meer domeinoverstijgend van karakter dan het officiële beleid, en voegt zich ook overigens niet vanzelfsprekend in het verwachtingspatroon van de overheid. De WRR wees er in het rapport *Vertrouwen in burgers* (WRR 2012a: 107 e.v.) al op dat maatschappelijke initiatieven vaak botsen met het perspectief van beleidsmakers.

Wie kijkt naar wat zich buiten ‘Den Haag’ in de samenleving afspeelt, ziet vrijwillige particuliere initiatieven ontstaan, deels onder druk van beleidsmatige veranderingen, en vaak ook als min of meer spontane reactie op de nieuw ontstane mogelijkheden en de wil zelf de regie te voeren over het eigen leven. Waar de collectief georganiseerde zorg voor ouderen onvoldoende maatwerk levert, richten burgers steeds vaker zorgcoöperaties op. De groeiende groep zzp’ers die zich ziet uitgesloten van het collectieve pensioenstelsel, neemt in sommige gevallen een toevlucht tot eigen ‘broodfondsen’ en pensioenarrangementen. En op tal van plekken waar de stadsvernieuwing door gemeentebesturen en woningcorporaties

sinds de crisis is gestagneerd, creëren ondernemers, buurtbewoners en bestuurders bewonersondernemingen en broedplaatsen (Uitermark 2014). We zien kortom dat er, onder andere door het vertrek van voorzieningen uit de buurt of ontevredenheid over de kwaliteit of de prijs van bestaand aanbod, op tal van plaatsen nieuwe maatschappelijke initiatieven ontstaan.

Sommige initiatieven verkeren nog in een plan- en oriëntatiefase, andere in een experimentele fase en weer andere transformeren langzamerhand tot geïnstitutionaliseerde praktijken. De initiatiefnemers en meest betrokken andere spelers zijn divers, net als hun motieven en prikkels. Denk aan buurtbewoners en ouderen die zorg op maat aan huis willen regelen via woonzorgcoöperaties, zorgverzekeraars die uit overwegingen van preventie en ter bevordering van de zelfredzaamheid investeren in de leefbaarheid van de woonomgeving (bijv. door bij te dragen aan de ontwikkeling van zorgcoöperaties), of pensioenfondsen en banken die proberen met nieuwe producten (zoals de ‘omkeerhypotheek’) andere markten aan te boren. Alle initiatieven hebben een prikkel om over de grenzen van de bestaande stelsels, sectoren en instellingen heen te zoeken naar verbindingen die meer doelmatigheid, winst, maatwerk, keuzevrijheid of eigen regie bieden. Innovaties blijken vooral te ontstaan op de snijvlakken van twee of meer domeinen die in het dagelijks leven van mensen en de praktijk van maatschappelijke organisaties en ondernemingen al nauw met elkaar samenhangen (PGGM et al. 2013).

Volgens velen zijn we getuige van een grootschalige ‘vermaatschappelijking’: een toenemende rol voor initiatieven vanuit de samenleving en marktpartijen in het voortbrengen en borgen van publieke belangen (Van der Steen et al. 2013: 17; Kooiker en Hoeymans 2014: 24). Menig beleidsmaker en wetenschapper concludeert dat de collectieve arrangementen van de verzorgingsstaat inderdaad zichtbaar terrein verliezen aan de particuliere en maatschappelijke initiatieven van de door de politiek gewenste participatiesamenleving.

We bevinden ons daarmee in een *transitiefase* van relatief gestolde stelsels met duidelijke rollen en verantwoordelijkheden naar nieuwe configuraties tussen overheid, marktpartijen en samenleving waarin partijen nog zoeken naar hun nieuwe rollen en verantwoordelijkheden. Deze tussenfase biedt ruimte aan maatschappelijke partijen om te experimenteren met nieuwe vormen van financiering, organisatie en dienstverlening. Sommige daarvan zullen een kort leven beschoren zijn, terwijl andere het voorland blijken te zijn van een nieuwe orde.

1.4 VRAAGSTELLING EN AFBAKENING

BESCHRIJVING: WELKE INITIATIEVEN OP DE GRENSVLAKKEN VAN WONEN, ZORG EN PENSIOENEN ONTSTAAN ER?

In deze verkenning brengen we in de eerste plaats in beeld welke domeinoverschrijdende maatschappelijke initiatieven op het terrein van wonen, zorg en pensioenen ontstaan (hoofdstuk 2). We laten grote vraagstukken over hoe de *stelsels* van wonen, zorg en pensioenen beter en levensloopgerichter op elkaar kunnen worden afgestemd buiten beschouwing (zie hiervoor WRR 2012b). Ook financiële scenario's of macro-economische verkenningen voor de lange termijn komen niet aan bod.

We beperken ons tot initiatieven op de grensvlakken van wonen, zorg en pensioenen die vanuit de maatschappij zelf, vooruitlopend op of als reactie op het overheidsbeleid ontstaan. Het begrip 'maatschappij' vatten we breed op: van kleine bewonersinitiatieven in de wijk of de straat tot initiatieven van grote pensioenfondsen en zorgverzekeraars.

De pensioenkant komt beperkt aan bod, omdat de pensioenfondsen en -beheerders zich nog weinig bewegen in de andere domeinen.

WEGING: HOE KUNNEN DEZE INITIATIEVEN WORDEN GEWAARDEERD IN HET LICHT VAN EEN AANTAL KERNWAARDEN?

Na de beschrijving van de praktijk staan we stil bij de vraag hoe we perspectiefrijke en gewenste initiatieven kunnen onderscheiden van minder beloftevolle en minder gewenste initiatieven (hoofdstuk 3). We doen dat aan de hand van een afwegingskader dat bestaat uit vier waarden: autonomie, inclusiviteit, robuustheid en effectiviteit.

Initiatieven zijn *gewenst* als ze aansluiten bij de maatschappelijk en politiek gewenste waarden zoals autonomie en keuzevrijheid, en als ze niet leiden tot maatschappelijk ongewenste vormen van uitsluiting. Initiatieven zijn *bestendig* als zij een zekere robuustheid kennen en effectief zijn, dat wil zeggen 'doen waar ze voor zijn bedoeld'.

AANBEVELING: WAT KUNNEN MARKTPARTIJEN EN OVERHEID DOEN OM MET BEHOUD VAN EEN AANTAL KERNWAARDEN DE MAATSCHAPPELIJKE INITIATIEVEN ZO GOED MOGELIJK TOT HUN RECHT TE LATEN KOMEN?

In hoofdstuk 4, ten slotte, reflecteren we op de mogelijke consequenties van zo'n weging voor het overheidsbeleid en voor de rol die marktpartijen kunnen spelen. We doen dit niet vanuit de wens op de stoel van het kabinet of 'de politiek' plaats te nemen, maar om maatschappelijke spelers en beleidsmakers attent te maken op een aantal dilemma's en risico's die zich op de langere termijn kunnen aandienen bij het hervormen, ontschotten en verbinden van wonen, zorg en pensioenen op centraal en decentraal niveau.

2 BEWEGING AAN DE BASIS: INITIATIEVEN VAN BURGERS EN BEDRIJVEN

2.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk beschrijven we onze inventarisatie van maatschappelijke initiatieven op de terreinen wonen, zorg en pensioenen. We hebben ons bij die inventarisatie beperkt tot initiatieven waarbij minimaal twee van de drie domeinen zijn betrokken en met elkaar worden verbonden. We hebben voor deze focus op ‘verbinding’ gekozen omdat deze domeinen voor mensen in hun dagelijks leven – zeker op latere leeftijd – sterk met elkaar samenhangen, maar die verbondenheid beleidsmatig buiten beeld blijft. Deze keuze betekent dat bijvoorbeeld duurzaam bouwen of technische zorginnovaties buiten de scope van deze verkenning vallen.

De inventarisatie heeft geleid tot twee hoofdconclusies:

1. Er is nog veel discussie over het flexibel benutten van pensioenen, en de rol van pensioenfondsen en andere investeerders is in combinatie met wonen en zorg nog beperkt (par. 2.2).
2. De meest voorkomende en meest innovatieve verbindingen tussen wonen en zorg ontstaan op vier terreinen: (collectief) particulier opdrachtgeverschap, levensloopbestendig (her)bouwen met inzet van woontechnologie, verzorgd wonen en zorgcoöperaties (par. 2.3).

In de volgende paragrafen werken we deze hoofdconclusies uit.

2.2 PENSIOENFONDSEN EN DE SECTOREN WONEN EN ZORG

De verbinding van de pensioensector met de sectoren wonen en zorg kan langs twee kanten tot stand komen. Ten eerste door flexibiliteit in het pensioensysteem in te bouwen die het mogelijk maakt voor burgers om een deel van hun opgebouwde pensioen te besteden aan wonen of zorg (par. 2.2.1). En ten tweede door pensioenfondsen een deel van hun vermogen te laten aanwenden voor investeringen in zorg en wonen (par. 2.2.2).¹

2.2.1 FLEXIBEL BENUTTEN VAN PENSIOENEN

Er gaan steeds meer stemmen op om mensen hun pensioen flexibeler te laten benutten voor bijvoorbeeld levenslang leren, zorg- of woonuitgaven.

Ten eerste oefenen grote groepen jongeren en flexwerkers op de arbeidsmarkt steeds meer druk uit om het bestaande pensioensysteem met zijn zogenoemde doorsneepremie te hervormen.² Deze systematiek pakt in de meeste gevallen immers nadelig uit voor jongeren. Zij kunnen weliswaar hun afgedragen premies langer laten renderen dan ouderen maar dit hogere rendement niet verzilveren als

ze als zelfstandige aan de slag willen gaan of flexibele contracten krijgen aangeboden. De jongerenafdelingen van PvdA, D'66 en VVD en het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA pleitten recent dan ook voor een geleidelijke transitie naar een collectief uitgevoerd pensioenstelsel dat weliswaar de solidariteit tussen de generaties behoudt maar meer ruimte biedt voor een eigen pensioenaandeel dat flexibel kan worden ingezet gedurende de levensloop (Wetenschappelijk Instituut voor het CDA 2014; Trouw 2014).

Ten tweede past een flexibeler inzet van pensioengeld in het streven van het kabinet om de veerkracht van mensen te vergroten, onder meer door hun de mogelijkheden te bieden om zelf invulling te geven aan levenslang leren en duurzame inzetbaarheid. Hoewel het hier gaat om een ambitie voor de langere termijn geeft dit een extra impuls aan het debat over de flexibilisering van de collectieve pensioenvoorzieningen.

Het kabinet heeft dan ook een brede dialoog aangekondigd over de toekomst van het pensioenstelsel en de Sociaal-Economische Raad (SER) advies gevraagd over mogelijkheden tot een integrale benadering voor vermogensopbouw voor pensioen, zorg en eigen woning (Ministerie van SZW 2014a).³ Ook ligt er een toezegging om uiterlijk in het najaar van 2014 te komen met een verkenning van de mogelijkheden om werknemers hun pensioenpremie te laten gebruiken voor het aflossen van hun hypotheek. Dit kan een oplossing bieden voor mensen die veel geld 'in stenen' hebben zitten maar liquide middelen tekort komen, of die een hypotheek hebben die hoger is dan de waarde van hun huis ('onder water staan').⁴

De stapsgewijze overgang naar een nieuw pensioenstelsel zal naar verwachting enkele decennia vergen. Daar staat tegenover dat de trends van toenemende vergrijzing, flexibilisering en internationalisering van de arbeidsmarkt vragen om meer individuele veerkracht van huishoudens, meer investeringen in onderwijs gedurende de levensloop en een grotere schokbestendigheid van de economie (WRR 2013). Door deze trends zal de druk tot het flexibiliseren en 'ontschotten' van de pensioenen alleen maar toenemen.

2.2.2 DE ROL VAN PENSIOENFONDSEN EN ANDERE INVESTEERDERS IN RELATIE TOT WONEN EN ZORG

De tweede lijn waarlangs een verbinding kan worden gelegd tussen de pensioensector enerzijds en zorg en wonen anderzijds loopt via de investeringen van pensioenfondsen. Pensioenfondsen beleggen tot dusver een relatief groot deel van hun vermogen in het buitenland. Uit onderzoek van De Nederlandsche Bank blijkt dat Nederlandse pensioenfondsen tot dusver 14 procent van hun totale vermogen, ongeveer 135 miljard euro, in Nederland beleggen.⁵ Daarvan wordt ongeveer 20 procent belegd in vastgoed. In tabel 1 is dit belegd vermogen uitgesplitst naar

soort belegging en regionale spreiding. Regionale spreiding van investeringen is essentieel om risico's te spreiden en voldoende rendement te kunnen behalen in delen van de wereld die niet door de economische crisis worden getroffen.

Tabel 1 Uitsplitsing belegd vermogen Nederlandse pensioenfondsen (bedragen in mrd €, per ultimo maart 2013)

	Nederland	Euro-zone (excl. NL)	Rest van de wereld	Totaal
Participaties en deelnemingen	10,3	47,8	323,0	381,1
<i>waarvan aandelen</i>	7,1	39,3	251,1	297,4
<i>waarvan private equity</i>	2,7	8,2	40,4	51,4
<i>waarvan hedgefonds</i>	0,4	0,3	31,5	32,2
Vastrentende waarden	87,1	210,4	133,0	430,6
<i>waarvan staatsobligaties</i>	43,5	172,0	33,4	248,9
<i>waarvan hypotheken</i>	12,7	2,1	15,9	30,6
<i>waarvan bedrijfsobligaties</i>	14,0	33,1	75,2	122,2
<i>waarvan cash en kortlopende vorderingen</i>	16,9	3,3	8,6	28,8
Vastgoedbeleggingen	21,7	21,3	48,3	91,3
Overig	15,8	0,3	40,5	56,6
Totaal beleggingen	134,9 (14,1%)	279,8	544,8	959,6

Bron: DNBulletin, 27 augustus 2013

Een aantal pensioenfondsen (en verzekeraars) heeft aangegeven wel meer te willen investeren in Nederland, maar dan wel met garanties van de overheid. Tegen deze achtergrond heeft het kabinet Rutte II samen met deze spelers besloten een Nederlandse Investeringsinstelling (NII) op te richten die onder meer kleine initiatieven voor in potentie rendabele projecten weet te bundelen tot grotere investeringspakketten. Daarmee worden het interessante projecten voor onder meer pensioenfondsen. De kans op financiering van (kleine) initiatieven in wonen en zorg zou door de NII kunnen worden vergroot. Ook een nog op te richten Nederlandse Hypotheekinstelling zou deel gaan uitmaken van de NII. Inmiddels hebben zich dertien pensioenfondsen, pensioenuitvoerders en verzekeraars geïnteresseerd aan de oprichting van de NII.⁶

Op dit moment zijn er nog andere belemmeringen voor pensioenfondsen. Immers, zij opereren binnen de smalle marges van wet- en regelgeving, zoals dekingsgraden, rekenregels en -rente of prudentiële eisen die in de Pensioenwet of door De Nederlandsche Bank, de Europese Commissie of het kabinet zijn geformuleerd.

Toch is er ook een voorbeeld van een pensioenfondsbeheerder die wel een inbreng in met name het zorgvastgoed heeft. Zo investeerde het Zorgfonds van Syntus Achmea sinds 2008 voor 100 miljoen euro in zorgvastgoed, met de ambitie door te groeien naar 500 miljoen in 2015.⁷ Vaak gaat het om (kleinschalige) combinaties van zorg- en woonvoorzieningen. De complexen worden gehuurd door de zorgaanbieders. Het Zorgfonds vervult een intermediaire rol tussen de kapitaalverschaffers (pensioenfondsen) en de huurders van de objecten (zorginstellingen).⁸ In de *Transitieagenda Langer Zelfstandig Wonen* wijst het kabinet er op dat institutionele beleggers zoals pensioenfondsen en verzekeraars nog terughoudend zijn om te investeren in woonzorgvastgoed. Dat komt volgens het kabinet doordat het beleggers tijd kost “om kennis op te bouwen in deze voor hen nieuwe en complexe markt. Bovendien verandert er momenteel veel in de langdurige zorg, zodat het niet eenvoudig is om de dynamiek ervan te doorzien en de langetermijnconsequenties te beoordelen.” (Ministerie van BZK 2014: 6).

Ook andere institutionele beleggers ontmoeten belemmeringen om hun investeringsaandeel in wonen en zorg te verhogen. Ziekenhuizen en instellingen voor gehandicapten- en ouderenzorg weten zich immers ook aan regels op dit vlak gebonden. Zo mogen ze (nog) geen winst uitkeren, waardoor “een zekere cashflow op de beleggingen van de fondsen” ontbreekt.⁹ Op 26 juni 2014 nam de Tweede Kamer een wetsvoorstel aan dat ziekenhuizen onder strenge voorwaarden (onder meer aan de financiële positie) de mogelijkheid biedt winst te maken en die winst uit te keren aan investeerders.¹⁰ Het wetsvoorstel moet de ziekenhuizen minder afhankelijk maken van bankfinanciering door het interessanter te maken voor private investeerders (zoals pensioenfondsen) om te investeren in de zorg. Het is nog onzeker of het ook op voldoende steun kan rekenen in de Eerste Kamer. Tot slot lijkt de geringe schaalgrootte van de lokale initiatieven belemmerend voor institutionele beleggers en banken. Als reactie hierop worden steeds meer financieringsconstructies ‘opgeschaald’ (een bundeltje initiatieven tegelijk) en ‘coöperaties van coöperaties’ opgericht. Deze hebben meer massa dan de afzonderlijke coöperaties en blijken zo eenvoudiger externe financiering te kunnen krijgen. De NII moet aan die ‘opschaling’ een substantiële bijdrage gaan leveren.

De markt voor zorgvastgoed (vastgoed van zorginstellingen en vastgoed waarin wonen en zorg kan worden gecombineerd) zal de komende jaren alleen maar interessanter worden voor pensioenfondsen en andere investeerders. Door de vergrijzing, het overheidsbeleid gericht op het financieel scheiden van wonen en zorg voor de lichtere zorgcategorieën, en door het veranderde financieringsregime voor

zorginstellingen zal de vraag naar (zelfstandig) wonen immers alleen maar toenemen. Daarbij zijn de zorginstellingen anders dan voorheen (deels) zelf verantwoordelijk voor het beheer en de exploitatie van hun vastgoed.

2.3 MAATSCHAPPELIJKE INITIATIEVEN: NIEUWE COMBINATIES VAN WONEN EN ZORG

Zoals in paragraaf 2.2 aan de orde kwam, is er nog weinig ruimte om pensioentegoeden flexibel te besteden en zijn de investeringen van pensioenfondsen en andere investeerders in (het vastgoed van) zorg en wonen nog relatief beperkt. Het aantal projecten neemt weliswaar gestaag toe, maar de bedragen waar het om gaat zijn relatief bescheiden.

Er zijn daarentegen wel veel nieuwe initiatieven op het snijvlak van zorg en wonen opgekomen. Die initiatieven kunnen van burgers zijn, maar ook van professionele zorgaanbieders of woningcorporaties. Groepen burgers nemen steeds vaker een actievere rol op de woningmarkt door zelf hun (levensloopbestendige) huis te bouwen of daartoe opdracht te geven in de vorm van (collectief) particulier opdrachtgeverschap. In groepsverband richten zij ook steeds meer (coöperatieve) verenigingen op voor wonen en/of zorg. Ook professionele aanbieders doen aan meer levensloopbestendig bouwen waarbij vaak ook allerlei nieuwe vormen van woontechnologie worden ingezet. Het aanbod varieert van een woning voor zelfstandig wonen tot voorzieningen voor volledige zorg.

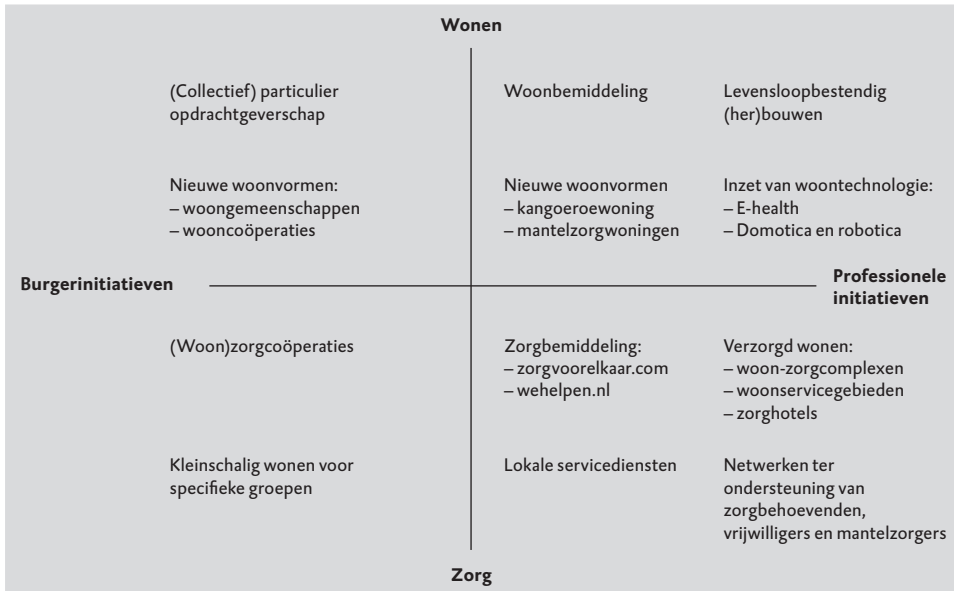
De opkomst van al deze initiatieven lijkt naadloos aan te sluiten bij het uitgangspunt in het ouderenbeleid dat steeds meer mensen hun eigen oudedagsvoorzieningen willen, kunnen en moeten gaan regelen. Als mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen en zo veel mogelijk voor elkaar zorgen, zal er minder beroep worden gedaan op publieke middelen, zo is de redenering.

In figuur 1 is een aantal initiatieven waarbij wonen en zorg worden gecombineerd schematisch weergegeven. Deze toont het brede spectrum van burgerinitiatieven aan de ene kant en professionele initiatieven aan de andere kant met alle mengvormen daar tussenin (horizontale as). Ook het object van initiatieven is op te vatten als een continuüm, namelijk van wonen tot zorg (verticale as).

In elk kwadrant springt een type als meest verbreid en meest innovatief eruit:

1. (collectief) particulier opdrachtgeverschap (par. 2.3.1);
2. levensloopbestendig (her)bouwen met inzet van woontechnologie (par. 2.3.2);
3. verzorgd wonen (par. 2.3.3);
4. zorgcoöperaties (par. 2.3.4).

Figuur 1 Het spectrum van woon-zorginitiatieven van burgers en professionals



Bij de ontwikkeling van de initiatieven spelen verschillende kansen en belemmeringen een rol die we hierna bespreken.

2.3.1 (COLLECTIEF) PARTICULIER OPDRACHTGEVERSCAP

(Collectief) particulier opdrachtgeverschap is geen nieuw verschijnsel maar staat de laatste jaren wel weer meer in de belangstelling.¹¹ Het sluit aan bij de toenemende verschillen in de wijze waarop mensen in hun woningbehoefte en woonwensen voor de oude dag willen voorzien (VROM-raad 2005, 2009). Mensen grijpen de mogelijkheid aan zelf hun eigen woning(complex) te laten bouwen door samen met hun toekomstige burens de rol van projectontwikkelaar op zich te nemen. De schaalvoordelen van projectmatig ontwikkelen, zoals het collectief dragen van de risico's en de financiële lasten, zijn op die manier te combineren met de voordelen van grotere keuzevrijheid en maatwerk. Belemmeringen zijn er echter ook, waardoor de ontwikkeling van het opdrachtgeverschap beperkter van de grond komt.

Collectief opdrachtgeverschap vraagt om gemeenten die bereid zijn locaties aan te bieden, variatie toe te staan, ruimte te geven aan uiteenlopende spelers en in sommige gevallen garanties te bieden voor het opvangen van risico's. Nog niet veel gemeenten zijn daartoe bereid, hoewel hun aantal wel toeneemt sinds de financiële crisis vraagt om creatievere manieren om bouwlocaties te benutten en leegstand te bestrijden. Collectief particulier opdrachtgeverschap vraagt ook om een andere organisatie van het bouwproces en een herinrichting van de bouwkolom, die nu

nog voornamelijk aanbodgericht is en een klein aantal dominante spelers kent die vaak in standaardoplossingen denken of voor veel geld variatie en maatwerk aanbieden (VROM-raad 2009: 8).

Voor particulieren zijn er soms ook drempels. Er kunnen forse voorinvesteringen nodig zijn voor bouwbegeleiders, architecten en de aankoop van bouwgrond zonder dat de hypotheekverstrekkers over de brug komen. Bouwprojecten kunnen hierdoor erg lang duren of uiteindelijk zelfs helemaal niet van de grond komen.

Collectief particulier opdrachtgeverschap: Stichting Initiatieven Realisatie 55+ woningbouw (SIR-55)

Deze stichting is twintig jaar geleden opgericht door drie echtparen die ontevreden waren over het woningaanbod voor 55-plussers. De woningen waren te klein, te duur en er was geen ruimte voor inbreng van eigen wensen. Bij SIR-55 zijn meer dan 120 vrijwilligers actief en er zijn meer dan 500 woningen gerealiseerd. SIR-55 is een consumentenorganisatie die samen met senioren en medioren woonwensen realiseert door particulier en collectief particulier opdrachtgeverschap. SIR-55 adviseert en begeleidt de medioren en senioren.¹²

2.3.2 LEVENSLOOPBESTENDIG (HER)BOUWEN

Veel woningcorporaties maken werk van levensloopbestendig bouwen of passen bestaande woningen aan. ‘Levensloopbestendige woning’ is volgens het Kenniscentrum Wonen-Zorg “het overkoepelende begrip voor een woning die geschikt is of eenvoudig geschikt is te maken voor bewoning tot op hoge leeftijd, ook in geval van fysieke handicaps of chronische ziekten van bewoners”. Het kan gaan om nul-tredenwoningen, levensloopgeschikte woningen, luxe serviceflats, MIVA-woningen (minder validen), Fokuswoningen (huisvesting en ondersteuning voor ernstig gehandicapten), rolstoelwoningen of kangoeroewoningen (aan elkaar gekoppelde, zelfstandige wooneenheden met een in pandige verbinding voor ouderen en hun familie).¹³

Voorbeelden zijn Insulinde in Nijmegen, Zonnestein-Eemstein in Zwijndrecht en het Bergwegcomplex Humanitas in Rotterdam.¹⁴ Bij deze projecten hebben woningcorporaties bestaande complexen waar veel ouderen woonden intensief gerenoveerd om langer thuis wonen mogelijk te maken.

Bij levensloopbestendig herbouwen speelt de inzet van woontechnologie en ICT ter ondersteuning of verbetering van de gezondheidszorg een steeds grotere rol. Overheid en vertegenwoordigers van het zorgveld hebben de overtuiging dat de reguliere toepassing van e-health bijdraagt aan betaalbare, toegankelijke zorg van hoge kwaliteit en meer eigen regie voor patiënten. Domotica omvat alle apparaten en infrastructuren in en rond woningen, die elektronische informatie gebruiken voor het meten, programmeren en sturen van functies voor bewoners en dienst-

verleners. Veel toepassingen werken via iPads, die voor ouderen en zorgmedewerkers makkelijk in het gebruik zijn. Het woord ‘Domotica’ is een samentrekking van domus (woning) en telematica. De Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (Rli) stelt dat er heel wat veelbelovende pilotprojecten zijn, maar dat grootschalige invoering nog niet lukt (Rli 2014). De huidige generatie ouderen en zorgmedewerkers zijn nog niet voldoende vertrouwd met de technologie. Veel technologie is nog niet uitontwikkeld of gebruiksvriendelijk, vergt relatief hoge investeringskosten en levert maar beperkt voordeel op. Het zorgproces en de financiering houden nog weinig rekening met telkens veranderende technologieën (Rli 2014: 12). Een knelpunt voor innovaties zoals e-health is de overgang van de pilotfase naar implementatie en opschaling in de dagelijkse gezondheidszorg, waardoor bewezen succesvolle e-health-diensten blijven liggen. De e-health-innovatie moet ingepast worden in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg en de dagelijkse praktijk moet zich aanpassen aan nieuwe mogelijkheden.¹⁵ Innovaties die effectiviteit en werkgemak van zorgmedewerkers verhogen, hebben de meeste kans om te worden ingepast.

Levensloopbestendig bouwen en domotica: Bösdal

Het project Bösdal in Reuver laat zien dat met een doordachte inzet van domotica inwoners van deze wijk langer thuis kunnen blijven wonen. Domotica ondersteunt het zorgpersoneel om de juiste zorg op het juiste moment bij mensen thuis te leveren. Van alarmering, zorg bieden (onder meer via beeldscherm) en deurontgrendeling tot dwaaldetectie, looppadverlichting en indien nodig cameratoezicht. Er is gekozen voor een omvangrijk domoticapakket. Vooral de alarmering en de interactieve wijze van zorg bieden zijn een succes. Andere onderdelen worden veel minder gebruikt.¹⁶

2.3.3 VERZORGD WONEN

Tientallen zorginstanties bieden vormen van verzorgd wonen. De overheid bekostigt doorgaans de zorg waar de bewoners een indicatie voor hebben en waar zij dus recht op hebben. Komende jaren sluiten veel verpleeginstellingen en bejaardenhuizen hun deuren omdat zij door strengere indicatiestelling en door het scheiden van de financiering van woon- en zorgdiensten niet meer rendabel zijn.¹⁷ Als alternatief voor deze instellingen kunnen bewoners een kamer huren of kopen in een woonzorgcomplex; zij betalen gescheiden voor de zorg die zij afnemen. Bewoners kunnen huursubsidie krijgen, mits de huur van hun woning binnen de daarvoor geldende grenzen valt. Woningcorporaties en het Waarborgfonds Sociale Woningbouw zijn terughoudend geworden met risicovolle investeringen in gemengde woonzorgcomplexen vanwege de politieke eis om terug te keren naar de kerntaken (ABF Research 2014: 4).

Mensen hebben de keus uit verschillende woonzorgvormen als alternatief voor de reguliere instellingen. De woning of leefomgeving wordt zo aangepast dat mensen langer zelfstandig kunnen wonen. Dit kan in een 'gewoon' huis zijn, een aanleunwoning of in een zorgvilla of -boerderij, maar ook binnen een instelling.

Er zijn verschillende vormen van verzorgd wonen, zoals woonzorgcomplexen, woonservicegebieden, kleinschalig wonen en zorghotels.

Woonzorgcomplexen

In woonzorgcomplexen kunnen bewoners zorg op maat krijgen. Sommige initiatieven zijn exclusief voor zorgbehoevende ouderen bestemd. Andere initiatieven richten zich juist op bredere groepen. Naast gespecialiseerde voorzieningen zijn er dus ook gemengde voorzieningen waar zieken en gezonden, jongeren en ouderen samenleven.

Een probleem voor de organisatie die de woon- en zorgvoorzieningen levert kan zijn dat er door de gescheiden financiering van wonen en zorg geen directe financiering meer is voor algemene voorzieningen en ruimtes. Het aanbod kan dan juist weer versralen, wat het minder aantrekkelijk maakt om in zo'n woonzorgcomplex te wonen.

Woonzorgcomplex: Trisor

Trisor is een woon- en zorgcomplex in Leiden. Woningcorporatie Portaal en drie zorgpartijen leverden het complex met 375 appartementen in 2012 op. Een deel is bestemd voor zorg (verstandelijk gehandicapten, psychiatrische patiënten, senioren) en de rest bestaat uit 'gewone' vrije sector, huur- en koopappartementen. Veel verschillende doelgroepen dus. In een fietsenwerkplaats werken psychiatrische patiënten; verstandelijk gehandicapten runnen een lunchcafé. De diversiteit aan doelgroepen maakt het soms lastig om echt contact met elkaar te krijgen. Het organiseren van ontmoetingen levert wel veel sociale contacten op. Door open huis te houden worden de banden met de buurt versterkt.¹⁸

Woonservicegebieden

Een woonservicegebied is een wijk in een stad of dorp waar kwetsbare mensen zoals ouderen en gehandicapten zo zelfstandig mogelijk wonen. Binnen zo'n wijk is sprake van wonen, welzijn en zorg op maat, variërend van aanpassingen aan de woning tot 24-uurszorg. Gemeenten, corporaties, zorg-, welzijns- en bewonersorganisaties werken samen, en blijven dat doen, om tot een goed afgestemd aanbod te komen.

Kenmerken van woonservicegebieden zijn:¹⁹

- gewoon woongebied waarin de zorg niet domineert;
- integrale zorg- en dienstverlening in multifunctionele wijkcentra;
- levensloopgeschikte woningen en woonomgeving met een goed voorzieningenniveau.

Er zijn verschillende varianten. In de Databank Woonservicegebieden zijn ruim 100 projecten in heel Nederland te vinden.²⁰ In de jaren negentig zijn de eerste woonservicegebieden ontstaan. Uit onderzoek onder leiding van prof. George de Kam bleek dat ouderen er minder snel achteruit gaan en langer zelfstandig blijven wonen dan ouderen in een ‘gewone’ wijk.²¹ Ze functioneren er beter omdat ze aandacht krijgen van elkaar en gekend worden door professionals en hun sociale omgeving. Woonservicegebieden doen dus waar ze voor zijn bedoeld: ouderen zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen.

Een probleem bij dit soort initiatieven is de financiering. De gemeente bekostigt het project, de aangepaste woningen en de investeringen in welzijn, maar andere partijen, met name de zorgverzekeraars, profiteren financieel van het project. Zij hoeven namelijk minder zorg te vergoeden. Ook de samenwerking met andere zorgverleners kan stroef verlopen door concurrentie tussen de organisaties. Een ander punt ter verbetering is dat het hele gebied overkomt als een zorginstelling. Hierdoor lopen mensen minder makkelijk naar binnen om van de diensten gebruik te maken.

Positief aan het initiatief is dat ouderen langer in hun omgeving blijven, dat er goed naar hun wensen geluisterd wordt en dat ze langer gezond blijven. De combinatie van voorzieningen voor gezonde en minder gezonde ouderen in een klein gebied is zeker navolgenswaardig. Een risico is het slechter worden van de voorzieningen buiten het gebied, door de grote focus op het woonservicegebied.²²

Kleinschalig wonen

Naast de woonzorgcomplexen vanuit woningcorporaties of commerciële aanbieders zijn er ook allerlei oude en nieuwe organisaties die landelijk of lokaal kleinschalige woonvormen aanbieden.

Zorghotels

Een zorghotel biedt een tijdelijk verblijf, waarbij een goede service voorop staat. De zekerheid van 24 uur zorg en vaak diensten zoals fysiotherapie en ergotherapie maken dat mensen rustig kunnen herstellen of van een vakantie kunnen genieten. Zorghotels dienen voor herstel of revalidatie na een operatie in het ziekenhuis, voor overbruggingszorg, tijdelijke ontlasting van mantelzorgers of vakantie met zorg.

Zorghotel: Residence Haganum

“Zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen méér zorg, comfort en kwaliteit bieden aan herstellende patiënten tegen gelijke of lagere kosten door zorghotels in te zetten”, stelt Frank Vogel, initiatiefnemer en investeerder van zorghotel Residence Haganum. “Elke dag beperking van de ligduur in een ziekenhuis na behandeling verhoogt de kosteneffectiviteit namelijk voor de zorgverzekeraar of het ziekenhuis met minimaal 400 euro tot 2000 euro. Door herstellende patiënten sneller te laten doorstromen naar een comfortabel zorghotel wordt bovendien de productiviteit van een ziekenhuis vergroot.”²³

2.3.4 ZORGCOÖPERATIES

Een relatief nieuwe, maar in omvang zeer snel groeiende groep initiatieven zijn de zorgcoöperaties. Burgers en in toenemende mate ook sociale ondernemers hebben al vele tientallen zorgcoöperaties opgericht in vooral dorpen en oude stadswijken, waarbij actieve leden vrijwillig zorg leveren, ontvangen en/of kopen. Veel van de zorgcoöperaties zijn net opgericht of verkeren nog in de oprichtingsfase. Tussen 2013 en 2014 is het aantal zorgcoöperaties explosief gestegen van 30 naar 100, al heeft minder dan de helft de coöperatieve vereniging als rechtsvorm gekozen (Van Beest 2014).

Inmiddels proberen ook sommige wethouders en politieke partijen de oprichting van zorgcoöperaties te stimuleren. Zo roepen zij op tot onderzoek naar de mogelijkheden daartoe in hun gemeente.²⁴

Er is dus een flink aantal initiatieven op dit gebied, maar vele verkeren nog in een zeer prille fase, waardoor over hun bestendigheid nog niet veel valt te zeggen. Ze verschillen onderling sterk in het palet van dienstverlening aan de leden, variërend van informatievoorziening tot gezamenlijk wonen. Een coöperatie als Tot uw dienst in Laarbeek biedt alleen bemiddeling in diensten. Stadsdorp Zuid in Amsterdam biedt ook lijsten aan de leden met betrouwbare klussers, organiseert gezamenlijke activiteiten en onderling vrijwilligerswerk en heeft voor de leden een contract met de thuiszorg. Hoogeloon heeft daarnaast woningen gerealiseerd.

Figuur 2 **Activiteiten zorgcoöperaties**



Wat een coöperatie precies is, is niet nauwkeurig afgebakend in de mondiale literatuur. Er bestaan verschillende definities. Zij delen echter een aantal kenmerken:²⁵

- zij is een onderneming;
- de organisatie is autonoom, kan zelfstandig functioneren;
- de organisatie is in eigendom van leden;
- de leden hebben zeggenschap over de koers van de organisatie;
- het belangrijkste doel is niet winst maken, maar voorzien in de (economische, sociale of culturele) behoeften van de leden.

Gezien de explosieve groei van de (woon)zorgcoöperaties gaan we iets uitgebreider in op de achtergronden van hun opkomst en op de belemmeringen die verdere ontwikkeling nu nog in de weg staan.

Achtergronden opkomst zorgcoöperaties

In toenemende mate komt zorg tot stand in coöperatief verband. Behalve het beleid gericht op het langer zelfstandig laten wonen van ouderen en zorg-behoevenden zijn er verschillende andere factoren die hieraan bijdragen.

Een eerste factor is ontevredenheid met grootschalige, onpersoonlijke centrale zorginstellingen, waar soms onvoldoende persoonlijke aandacht is voor mensen (Van Beest 2014; Bruinsma 2012; De Jong 2008). De grote zorginstellingen sluiten vaak niet aan bij de toenemende behoefte aan (uiteenlopende combinaties en gradaties van) maatwerk, kleinschaligheid, sociale cohesie, eigen regie en keuzevrijheid van steeds meer groepen in de samenleving.

Een tweede factor is de behoefte aan samenwerking om de leefbaarheid, sociale cohesie en veiligheid in dorpen en wijken te waarborgen en vervreemding en eenzaamheid tegen te gaan. Zorgcoöperaties als in Loppersum, Elsendorp, Austerlitz, Hoogeloon en Helenaveen zijn opgericht om mensen zo lang mogelijk in het dorp te kunnen houden (Dictus 2013; Luyendijk 2013).²⁶ Ook stadsdorpen beogen mensen zo lang mogelijk in hun eigen buurt te kunnen laten wonen.

Een derde factor is de bestuurlijke en organisatorische vaardigheid van vitale zestigers die gewend zijn voor zichzelf en voor anderen voorzieningen goed te regelen (Bruinsma 2012). De oprichters van een aantal bekende zorgcoöperaties zijn hoogopgeleide mensen met een professionele belangstelling voor het onderwerp.²⁷

Een vierde factor, ten slotte, zijn de succesvolle voorbeelden in binnen- en buitenland, die bewoners inspireren om een eigen coöperatie op te richten.

Inspiratie uit succesvolle voorbeelden

Een presentatie over een Zweedse zorgcoöperatie inspireerde de inwoners van Hoogeloon tot het opzetten van een lokale zorgcoöperatie (Kleijne 2007). Veel Brabanders zijn van oudsher bekend met landbouwcoöperaties, wat bijdraagt aan de vertrouwdheid met deze organisatie-

vorm (De Jong 2008). Hoogeloon was weer een inspirerend voorbeeld voor veel andere initiatieven. In Austerlitz werden de aanvankelijk sceptische dorpsbewoners enthousiast na een presentatie van Ad Pijnenborg uit Hoogeloon. De zorgcoöperatie Austerlitz heeft haar model overgenomen van Elsendorp en haar statuten gekopieerd van Hoogeloon.²⁸ Warfum heeft zich laten inspireren door de succesvolle voorbeelden in Hoogeloon, Elsendorp en Amsterdam-Zuid (Luyendijk 2013).

Om de kans op succes te vergroten en een serieuze gesprekspartner te zijn voor grote organisaties organiseren zorgcoöperaties zich soms in overkoepelende verbanden, zoals het Platform Zorgcoöperatieve Ontwikkelingen Brabant (Bruinsma 2012).

Zorgcoöperatie Hoogeloon

De inwoners van het Brabantse dorp Hoogeloon startten in het voorjaar van 2005 hun eigen zorgcoöperatie. Zorgcoöperatie Hoogeloon is de oudste in haar soort en staat bekend als een succes.²⁹ De 230 vooral oudere leden vormen zo'n 10 procent van het dorp. Voor 20 euro per jaar hebben ze stemrecht op de halfjaarlijkse ledenvergadering en voorrang bij activiteiten, zoals een eetgroep of dagopvang. Voor de zorgcoöperatie zijn 40 vrijwilligers actief. Zij zetten zich in voor de eetgroep, begeleiding van de dagbesteding, websitebeheer, onderhoud en uitleen van scootmobielen, de adviesgroep en de werkgroep kleinschalig wonen en het bestuur. Hoogeloon beoogt ouderen en mensen met een beperking zo lang mogelijk in het dorp te laten wonen. Dorpelings willen hun leven zo normaal mogelijk voorzetten met maximale keuzevrijheid voor het individu. De coöperatie begon als een eetclub en breidde haar activiteiten uit naar dagopvang, hulploket, huishoudelijke hulp en zorgvilla's. De coöperatie doet niet alles zelf, maar werkt samen met partijen zoals een zorginstelling en een instelling voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten. De coöperatie koopt namens de leden zorgvoorzieningen in.

Belemmeringen en aandachtspunten voor verdere ontwikkeling zorgcoöperaties

Door hun korte bestaan is nog weinig bekend over de factoren die een succesvolle ontwikkeling of voortijdige ondergang van zorgcoöperaties bepalen. Van de koplopers valt tot nu toe vooral te leren dat het succes bepaald wordt door de mate waarin zij bewoners weten te mobiliseren. Er is voldoende aansluitingsgraad nodig van betalende leden en actieve vrijwilligers (draagvlak en participatie). Ook het verwerven van startkapitaal of startsubsidie is noodzakelijk en er is een duurzame financiering van dienstverlening nodig via ledencontributie, het persoonsgebonden budget (pgb) en de zorgverzekering. Verder wordt de ontwikkeling bepaald door de mate waarin zorgcoöperaties erin slagen om culturele, juridische en financiële belemmeringen te overwinnen.³⁰ Deels komen die belemmeringen voort uit de omgeving, maar deels liggen die ook bij de organisaties zelf.

Culturele belemmeringen

Het overheidsbeleid gaat uit van het idee van een participatiesamenleving. Maar het centraal stellen van de wensen en mogelijkheden van hulpbehoevende burgers staat haaks op de praktijk van de afgelopen 50 jaar waarin de zorg vooral aanbod-gestuurd was.³¹ Ook kampen veel mensen met 'vraagverlegenheid': zij vinden het moeilijk om toe te geven dat hulp van anderen nodig is (Verhoeven 2013).

Ook bij de lokale overheden zitten culturele belemmeringen om zorgtaken over te laten aan burgercoöperaties en hen als volwaardige samenwerkingspartners te benaderen. Gemeenten gaan eerder in zee met bekende, meer grootschalige zorg-dienstverleners. Zo ervaren sommige zorgcoöperaties weinig erkenning van de gemeente, terwijl dat juist in de opstartfase belangrijk is.³² Bovendien wil de overheid concurrentie, toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg bevorderen. Dat kan op gespannen voet staan met de praktijk van samenwerking en exclusiviteit van zorgcoöperaties.

Juridische belemmeringen

Bij burgerinitiatieven verloopt de zorg volgens de opvattingen en normen van burgers (regelgeving 'zoals thuis') en is het de vraag in hoeverre de overheid eisen kan stellen aan de kwaliteit van de zorg zonder het eigen initiatief te sterk in te perken. Bij zorgcoöperaties ligt de zeggenschap bij de leden, maar de organisaties opereren in een geprofessionaliseerd veld met verregaand ontwikkelde kwaliteitsnormen.

Tussen droom en daad...

Het ideaal van huiselijkheid kan botsen met voorschriften om gecertificeerde vis te kopen in plaats van vis van de markt, om brandblussers in de woonkamer op te hangen en vier bordjes met verwijzingen naar de nooduitgang. Het geven van de huissleutel zodat een lichtdementere oudere een wandeling kan maken, botst met regels in de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. En de inzet van domotica voor de veiligheid botst volgens de inspectie soms met het recht op privacy.³³

De vraag is wie bepaalt welke afweging van belangen (zoals die tussen veiligheid en vrijheid) redelijk is. De vraag is ook of de zorgcoöperaties gaan inbinden als er een incident heeft plaatsgevonden en media en politiek kritische vragen gaan stellen over de risico's van informeel georganiseerde zorg.

Financiële belemmeringen

De beschikbaarheid van startkapitaal en het creëren van continuïteit in de financiering zijn knelpunten bij een deel van de initiatieven. Deels ligt daar een keuze van de initiatiefnemers achter. Sommigen zweren bij financiële onafhankelijkheid van de overheid.³⁴

Financiële onafhankelijkheid van de gemeente: Stadsdorp Zuid

Het Amsterdamse Stadsdorp Zuid is een particulier initiatief dat financieel onafhankelijk is van de overheid. Stadsdorp Zuid heeft wel fondsen aangeschreven waaronder het RCOAK, een rijk ouderenfonds voor arme katholieken. Stadsdorp Zuid was vanaf oktober 2010 een proefproject van het landelijke burgerinitiatief ILC-Zorgvoorlater (ZVL), dat zich onder meer richt op het bevorderen van nieuwe vormen van woonzorg en dienstverlening voor ouderen (www.ilczorgvoorlater.com). ILC-ZVL ziet Stadsdorp Zuid als een eerste initiatief in een grote stad in Nederland, dat vergelijkbaar is met de *Village Movement* in de Verenigde Staten. Daarnaast ontving Stadsdorp Zuid startsubsidie van enkele fondsen en steun van zorginstelling PuurZuid en de Rabobank.

Andere partijen geven juist expliciet aan dat ze, zeker in de opstartfase, een startsubsidie van de overheid goed kunnen gebruiken. Zo hebben volgens Léon Deben (stadssocioloog en voorzitter van zorgcoöperatie Amsterdam Centrum Oost) Amsterdamse stadsdorpen een startsubsidie nodig, geld voor de continuïteit in de eerste drie jaar om 500 leden te kunnen werven en voor een vergoeding aan vrijwilligers.

Voor de financiële continuïteit is overigens niet alleen geld van de overheid belangrijk, maar kunnen ook (a) eigen bijdragen, (b) ondersteuning door en kennisuitwisseling met andere organisaties of (c) verplichte winkelnering uitkomst bieden.

(a) De meeste zorgcoöperaties vragen een bescheiden ledencontributie van enkele tientjes per jaar. Leden betalen de zorgkosten zelf via de verzekeraar of uit hun pgb's. Vanwege bezuinigingen schroeft de overheid de omvang van de pgb's terug voor persoonlijke verzorging en begeleiding van lichte zorgvragers. Daardoor kan die bron van financiering onder druk komen te staan voor zorgcoöperaties.³⁵

(b) Om tot duurzame financiële relaties te komen, is een aantal vooroplopende zorgcoöperaties in Noord-Brabant en Limburg in gesprek met zorgverzekeraars over het oprichten van een faciliterende organisatie (een 'coöperatie van zorgcoöperaties') of andere vormen van wijk- en dorpsgerichte samenwerking.³⁶ Ook in Amsterdam proberen stadsdorpen kennis uit te wisselen en samen te werken om meer voor elkaar te krijgen bij financiers, zoals de gemeente en de zorgverzekering. De gemeente Amsterdam vindt bij monde van portefeuillehouder Roeland Rengeling dat veel ouderen veel zaken prima zelf kunnen regelen zonder subsidie. Hij erkent dat een zorgcoöperatie in rijkere buurten de grootste kans van slagen heeft. De gemeente wil dat ook andere, minder bedeelde buurten dergelijke initiatieven kunnen nemen. Als daar een eventuele bijdrage van de overheid voor

nodig is, dan zou dat geen belemmering mogen zijn. Een gezamenlijke subsidieaanvraag van meerdere stadsdorpen van 30.000 euro heeft wel meer kans van slagen dan wanneer ieder stadsdorp apart 7500 euro vraagt.³⁷

(c) Een lidmaatschap van een zorgcoöperatie is niet vrijblijvend. Als de leden zich uitspreken voor het behoud of creëren van bepaalde diensten, dan moeten ze zich daaraan ook committeren door die diensten af te nemen. Zo was er in Austerlitz behoefte aan een spreekuur van een dorpsdokter. Maar zoiets kan alleen als dorpe-lingen ook in groten getale overstappen naar de praktijk van de dorpsdokter (Dictus 2013). Dit type commitment vormt de achilleshiel van de coöperatie. Het kan leuk zijn om lid te zijn en aangenaam om vergaderingen te bezoeken, maar voor een houdbaar businessmodel moet er vooral veel gebruik worden gemaakt van de diensten, ook als dat leden even niet zo goed uitkomt (De Jong 2008).

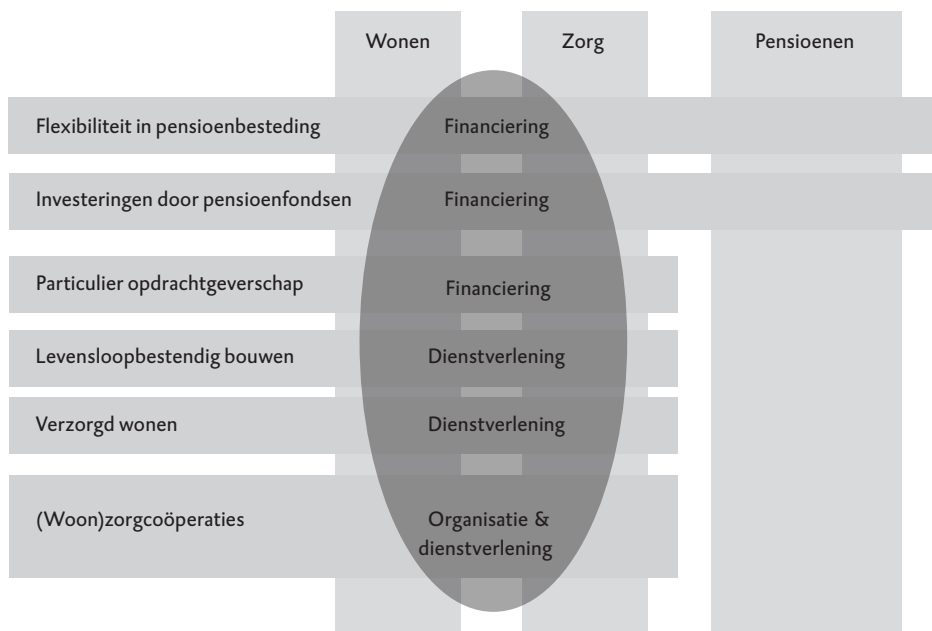
Organisatorische belemmeringen

De kracht van vrijwilligers is het saamhorigheidsgevoel en de directe solidariteit die zij tot stand brengen. Een valkuil is dat vrijwilligersorganisaties lang niet altijd in staat zijn om zichzelf langdurig goed te organiseren. Een ervaring van zorgcoöperatie Austerlitz Zorgt en Stadsdorp Zuid is dat het werven van nieuwe vrijwilligers en leden makkelijker is dan het vinden van nieuwe bestuursleden. Een ander probleem van vrijwilligers(organisaties) is dat ze niet altijd opgewassen zijn tegen professionals en hun organisaties. Professionele organisaties hanteren meestal strengere normen voor kwaliteit, rechtsgelijkheid en privacy, hetgeen kan leiden tot knelpunten in de samenwerking. Zorgcoöperaties hebben vaak eigen opvattingen over goede zorg en zijn meer gericht op de wensen van mensen dan op professionele normen en protocollen.

2.4 CONCLUSIE

Samenvattend zien we een in omvang beperkte toenadering van de pensioensector tot de zorg en het wonen. In de verbinding van wonen en zorg zijn er talloze initiatieven. Vier soorten springen in het oog: (collectief) particulier opdrachtgeverschap, levensloopbestendige woningen, verzorgd wonen en zorgcoöperaties. Daarnaast zijn er nog tal van andersoortige projecten, vooral in woon- of zorgbemiddeling en de inzet van domotica (zie figuur 1).

In figuur 3 zijn de initiatieven weergegeven, waarbij ook te zien is of het domeinoverschrijdende karakter van het betreffende initiatief betrekking heeft op financiering, dienstverlening of organisatie.

Figuur 3 **Initiatieven in beeld**

NOTEN

- 1 Zie ook het blog van Niels Kortleve, innovatiemanager bij PGGM, via www.pggm.nl/wat-vinden-we/Paginas/Pensioengeld-anders-inzetten.aspx.
- 2 Het aantal werknemers dat voorstander is van de verplichte deelname aan het pensioenfonds van de sector of onderneming, is gedaald van 70 procent in 2007 naar 60 procent in 2011 (Ministerie van SZW 2014b: 26; 38-39).
- 3 De vragen luiden: In hoeverre is een integrale benadering van vermogensopbouw voor pensioen, zorg en eigen woning wenselijk en mogelijk? Wat zijn de voor- en nadelen? Welke mogelijkheden zijn er om een dergelijke benadering te organiseren? Wat is al mogelijk binnen de huidige kaders en komt al voor in de praktijk? Waar zitten de belemmeringen? Wat is er nodig om tot een integrale benadering van vermogensopbouw voor pensioen, zorg en eigen woning te komen?
- 4 Kamerbrief Wijzigingsvoorstellen Witteveen 2015, 18 december 2013, www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/12/18/kamerbrief-over-wijzigingsvoorstellen-witteveen-2.html; Kamerbrief Verkenning voorstel RMU, 17 juni 2014, <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/06/17/kamerbrief-verkenning-rmu.html>.
- 5 DNBulletin 27 augustus 2013.
- 6 Zie kabinetsreactie op rapportage kwartiermaker Nederlandse Investeringsinstelling, 22 mei 2014, en reactie Aedes op de oprichting van de NII via www.aedes.nl/content/artikelen/financien/financien/aedes--nationale-investeringsinstelling-impuls-cor.xml.
- 7 Het totale zorgvastgoed vertegenwoordigt nu een waarde van zo'n 20 miljard euro (zie www.achmeavastgoed.nl/beleggen/beleggen-in-de-zorg/zorgfonds/paginas/default.aspx).
- 8 Bron: www.syntrusachmea.nl.
- 9 Het Financieele Dagblad 11-2-2013.
- 10 Handelingen Tweede Kamer 2013-2014, nr. 99-12.
- 11 Bekende pleitbezorgers voor meer variatie en particulier opdrachtgeverschap zijn architect Carel Weeber die zich eind jaren negentig keerde tegen de 'staatsarchitectuur' van de VINEX-locaties, Adri Duivesteyn die eveneens eind jaren negentig aandrong op een particulier woningbezit van minimaal 30 procent en oud-staatssecretaris Johan Remkes, die in 2000 diezelfde ambitie neerlegde voor het jaar 2005 in zijn nota *Mensen, wensen, wonen. Wonen in de 21e eeuw* (Van Gameren 2013; Duivesteyn 2013a, 2013b).
- 12 Zie www.ouderenwegwijs.nl/seniorenwoning en www.sir55.nl.
- 13 Zie <http://kennisbank.platform31.nl/pages/26470/Vraag-en-antwoord/Wat-houdt-levensloop-bestendig-wonen-in.html>.
- 14 Zie www.stichtinghumanitas.nl/site/index.php/locaties/bergweg/.
- 15 Zie www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/actieplan-ehealth/algemeen/.
- 16 Zie www.aedes.nl/binaries/downloads/wonen-en-zorg/111215--compact-52-slim-wonen-welzijn-en-zorg.pdf.

- 17 W. te Meerman in *Zorgvisie Executive* van 24 januari 2013, 'Sluiting dreigt voor ruim 800 ouderenzorglocaties'. Er is nog discussie over hoeveel instellingen uiteindelijk gaan sluiten. In de praktijk sluiten er nu veel minder dan organisatieadviesbureau Berenschot heeft berekend. Volgens het ministerie van VWS heeft Berenschot niet de juiste parameters gebruikt. Zie ook <http://kcwz.nl/extramuralisering/onderzoek-naar-sluiting-verzorgingshuizen>.
- 18 Zie www.aedes.nl/content/artikelen/aedes/100-jaar-aedes/huiskamerdebatten/huiskamerdebat-leiden.xml.
- 19 Zie www.kcwz.nl/dossiers/woonservicegebieden.
- 20 Zie www.databankwonenzorg.nl/databank.
- 21 Zie voor een overzicht www.wonenouderen.nl.
- 22 Zie www.wonenouderen.nl.
- 23 Zie www.zorginstellingen.nl/nieuws/zorghotels-verlagen-kosten-en-verhogen-kwaliteit-15034.
- 24 Zie ook www.cda.nl/noord-brabant/s-hertogenbosch/actueel/geselecteerd-bericht/cda-vraagt-onderzoek-naar-zorgcoöperatie/. En: oostgelre.pvda.nl/2013/07/04/zorgcoöperatie-oost-gelre/.
- 25 Gebaseerd op de definities van de International Co-operative Alliance, Cooperatives UK, COOP FR, Cooperatives Europe.
- 26 Zie www.ouderenadviesraad-amsterdamcentrum.nl/bestanden/Verslag-Symposium-Stadsdorpen-in-Amsterdam-Centrum-7-november-2013%20.pdf.
- 27 Zo is de oprichter van Stadsdorp Zuid, Jacques Allegro, voormalig hoogleraar Arbeid en Gezondheid (Bruinsma 2012). De oprichter van de zorgcoöperatie Hoogeloon, Ad Pijnenborg, is voormalig directeur van een verzorgingstehuis (De Jong 2008), de oprichter van Stadsdorp Centrum Oost is de net gepensioneerde stadssocioloog Léon Deben. De oprichter van Tot uw Dienst in Laarbeek, Don van Sambeek, was jarenlang directeur van de koepel van verzorgings- en verpleeghuizen van Noord-Brabant (Wittenberg 2012).
- 28 Interviews zorgcoöperatie Austerlitz Zorgt, website Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, http://www.kcwz.nl/doc/lokale_kracht/Interviews_zorgcoöperatie_austerlitz_zorgt.pdf; themanummer 'Burgercoöperaties in opkomst' van het tijdschrift *Tijd voor samen*, zonder jaartal, nr. 4, p. 12. Zie ook Dictus 2013.
- 29 Zie www.zorgcoöperatie.nl voor actueel overzicht van artikelen.
- 30 Platform Zorgcoöperatieve Ontwikkelingen Brabant (2013), brieven aan Minister en Staatssecretaris van VWS, Minister van BZK, Tweede Kamer, Brabantse gemeenten, VNG, SRE, provincie Noord-Brabant, zorgverzekeraars, PRG, maatschappelijke organisaties, ACTAL, 'Maak 'doe-het-zelf-zorg' voor en door burgers écht mogelijk', brief van 24 april 2013 en vervolgbrief 3 december 2013; http://www.provincialeraadgezondheid.nl/actueel/nieuws/Maak_doe_het_zelf_zorg_voor_en_door_burgers_écht_mogelijk_vervolgbrief_.html?id=704.
- 31 Interview Ad Pijnenborg en Guus van Montfort tijdens Zorgconferentie Burgerinitiatief in de zorg op 11 april 2013 in Hoogeloon, www.youtube.com/watch?v=Wk-I-ICKhKU.

- 32 Achtergrondgesprek met de oprichters van een zorgcoöperatie voor een presentatie op WRR-symposium over innovatieve praktijken in wonen, zorg en pensioenen op 13 maart 2014 in Den Haag.
- 33 Interview Ad Pijnenborg en Guus van Montfort tijdens Zorgconferentie Burgerinitiatief in de zorg op 11 april 2013 in Hoogeloon, www.youtube.com/watch?v=Wk-I-lCKhKU.
- 34 Zie www.skipr.nl/blogs/id1421-zorgcooperatie-doet-solidariteit-herleven-.html.
- 35 Zie www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zijn-de-veranderingen-in-de-zorg-op-1-januari-2014.html.
- 36 Platform Zorgcoöperatieve Ontwikkelingen, Maak 'doe-het-zelf-zorg' voor en door burgers écht mogelijk', vervolgbrief 3 december 2013.
- 37 Zie www.ouderenadviesraad-amsterdamcentrum.nl/bestanden/Verslag-Symposium-Stadsdorpen-in-Amsterdam-Centrum-7-november-2013%20.pdf.

3 INITIATIEVEN IN HET LICHT VAN KERNWAARDEN

3.1 INLEIDING

In het voorgaande hebben we laten zien dat zich vooral op het grensvlak van wonen en zorg veel vernieuwende maatschappelijke initiatieven voordoen. Los van de overheid ontstaan er burgerinitiatieven of experimenteren gevestigde marktpartijen en maatschappelijke instellingen met nieuwe vormen van dienstverlening. De motieven variëren van ‘elkaar helpen’, ‘het aanboren van nieuwe markten’ tot ‘kiezen voor luxe uit eigen portemonnee’ (zorgvilla’s). Met het scheiden van de financiering van wonen en zorg in combinatie met de grote decentralisatieoperaties zal er ongetwijfeld de komende jaren een nieuwe markt komen voor maatwerkpakketten met huishoudelijke hulp, woonvoorzieningen, zorg en soms ook amusement of onderhoudsdiensten.

De huidige initiatieven zijn tot nu toe niet het voorland van een ingrijpende ontwikkeling die de verzorgingsstaat een compleet nieuw uiterlijk geeft. Ze raken immers (nog) niet aan de kern van het systeem van rechten, plichten en aanspraken van de verzorgingsstaat, maar hebben primair betrekking op de uitvoeringskant: kan de dienstverlening beter, klantgerichter, zuiniger of slimmer? Ze vormen vooralsnog een aanvulling op de versoberde collectieve voorzieningen van de verzorgingsstaat en geen alternatief. Als er géén maatschappelijke initiatieven zoals zorgcoöperaties of collectief opdrachtgeverschap zouden ontstaan, zou er immers nog altijd het reguliere aanbod van voorzieningen zijn, ook al is dat soms inflexibel of verkokerd.

Toch zijn de maatschappelijke initiatieven ook weer niet helemaal los te zien van het debat over de herziening van de verzorgingsstaat. Het beleid van de overheid zet immers in op een veranderde verhouding tussen collectieve en particuliere verantwoordelijkheid. Maatschappelijk initiatief door burgers en bedrijven past prima in die beleidsagenda.

Aan die veranderende verhouding tussen collectieve en particuliere verantwoordelijkheid zit een serieuze waardedimensie waar ook initiatieven voor verzorgd wonen, sparen voor toekomstige zorg of pensioeninvesteringen mee te maken hebben. Zo zal de balans tussen ‘oude waarden’ als solidariteit en gelijkheid en ‘nieuwe waarden’ zoals maatwerk en eigen verantwoordelijkheid veranderen. Deze waardedimensie zal alleen maar in belang toenemen als de nieuwe verhoudingen echt getest worden: hoeveel ongelijkheid (in betalingen of diensten) accepteren we, waar ligt de grens tussen eigen verantwoordelijkheid en het aan hun lot overlaten van kwetsbare mensen?

In dit hoofdstuk bezien we de maatschappelijke initiatieven op het terrein van wonen, zorg en pensioenen vanuit verschillende waardeperspectieven, die tezamen iets zeggen over hun wenselijkheid en over hun kansen en risico's voor de langere termijn ('bestendigheid'). We zullen zien dat in het krachtenveld tussen overheid en samenleving over geen van deze waarden eenduidige opvattingen bestaan. Dit maakt dat we ook in de waardering van de maatschappelijke initiatieven geen eindoordeel kunnen geven, en hooguit waarschuwingen en suggesties kunnen meegeven. Dat geeft deze beschouwing vooral het karakter van een beleidsagenda en een agenda voor verder onderzoek en debat.

Wenselijk: initiatieven sluiten aan bij het streven naar autonomie en inclusiviteit

Maatschappelijke initiatieven op het gebied van wonen, zorg en pensioenen zijn wenselijk als ze aansluiten bij behoeften en waarden die in de maatschappij breed zijn geaccepteerd. We lichten er hier twee waarden uit die niet onomstreden zijn, maar die naar ons idee wel de kern raken van het publieke debat over de wenselijkheid van maatschappelijke initiatieven: autonomie en inclusiviteit.

- Autonomie (par. 3.2). Deze waarde zien de meeste mensen, zeker in relatie tot gezondheid, als heel essentieel (zie o.a. Kooiker en Hoeymans 2014: 57 e.v.). Daarbij gaat het vooral om autonomie in de zin van zelfregie (regie over het eigen leven kunnen houden en langer zelfstandig kunnen wonen). De overheid zet daarnaast in op vergroting van de autonomie in de betekenis van 'het nemen van eigen verantwoordelijkheid' (zoals bij de inkoop van professionele zorg of het regelen van mantelzorg).
- Inclusiviteit (par. 3.3). Zeker de maatschappelijke initiatieven voor de combinatie wonen en zorg zijn te framen als nieuwe uitingen van solidariteit tussen groepen mensen die een bepaalde opvatting van kwaliteit, een bepaalde behoefte of ervaring met elkaar delen en gezamenlijk optrekken. Deze vormen van collectieve actie kunnen leiden tot innovatieve, effectieve en kostenbesparende nieuwe diensten, maar kunnen ook leiden tot ongewenste verschillen en uitsluiting. Ook dreigt het risico dat de maatschappelijke initiatieven die vanuit de leefwereld starten langzaam de beleidsagenda worden binnengezogen en daarmee onderdeel gaan uitmaken van het politiek-bestuurlijke systeem. Dat kan een bedreiging vormen voor het enthousiasme, het barmhartig samaritanisme en de ondernemingszin waarop de initiatieven voor een belangrijk deel zijn geënt.

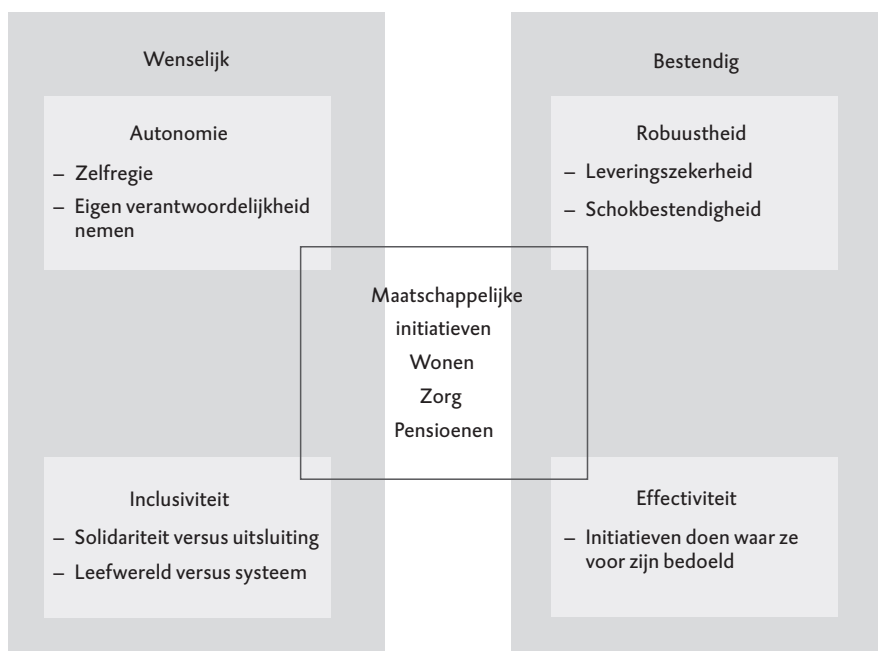
Bestendig: initiatieven zijn robuust en effectief

Stel dat de maatschappelijke zoektocht naar nieuwe vormen van organisatie, financiering en dienstverlening in het sociale domein de komende jaren aanhoudt, dan is het belangrijk dat deze praktijken ook een zekere bestendigheid kennen. Dat wil zeggen, robuust en effectief zijn.

- Roubuustheid (par. 3.4). Hiermee bedoelen we dat de maatschappelijke initiatieven de gebruikers ook op de wat langere termijn de nodige leveringszekerheid bieden en schokbestendig zijn in die zin dat ze financieel tegen een stootje kunnen, meebewegen met veranderingen in de vraag en niet omvallen bij personele wisselingen.
- Effectiviteit (par. 3.5). Hiermee bedoelen we dat praktijken ‘doen waar ze voor zijn bedoeld’, zoals een goed alternatief bieden voor reguliere zorg of inkoopvoordelen behalen.

In figuur 4 is het afwegingskader schematisch weergegeven.

Figuur 4 Afwegingskader



Tezamen vormen deze begrippen zeker geen uitputtende staalkaart voor toekomstbestendige arrangementen, maar wel kernelementen voor een zinvol debat over de verhouding tussen overheid, markt en samenleving.

Robuustheid en *inclusiviteit* zijn twee waarden die intrinsiek zijn aan de verzorgingsstaat en als zodanig niet passé lijken, maar die minder goed passen bij de diversificatie die ontstaat door een combinatie van decentralisatie vanuit de overheid en initiatieven vanuit de samenleving.

Aan de andere kant staat de waarde van *autonomie*, die immers juist een belangrijke motivatie vormt om de uniformiteit van collectieve voorzieningen terug te dringen.

Daar ergens tussen beweegt zich de kernwaarde van *effectiviteit*: de verwachting is weliswaar dat de nieuwe verhoudingen beter zullen werken – of moeten we zeggen ‘maatwerken’ – maar juist op dit punt zijn er ook kennislacunes over wat werkt en over de maatstaven voor kwaliteit.

3.2 AUTONOMIE

Autonomie, zeker opgevat als ‘regie over je eigen leven’ lijkt een onomstreden waarde te zijn. Toch zitten er bij de maatschappelijke initiatieven uit hoofdstuk 2 haken en ogen aan de praktische consequenties van deze waarde.

Autonomie wordt door een belangrijk deel van de huidige ouderen als een van de belangrijkste waarden gezien (zie o.a. Kooiker en Hoeymans 2014) en hierop wordt vanuit het kabinet sterk ingezet. Voor het kabinet betekent autonomie naast ‘eigen regie kunnen houden’ ook ‘eigen verantwoordelijkheid nemen voor de organisatie van zorg’ (Rutte 2013; Ministerie van VWS 2013; Ministerie van BZK 2014). Deze laatste opvatting van autonomie kan op aanzienlijk minder enthousiasme bij burgers rekenen die de verantwoordelijkheid voor een goede zorg toch vooral zien als een overheidstaak (Kooiker en Hoeymans 2014: 57 e.v.).¹

De financiële scheiding van wonen en zorg maakt in principe vraaggestuurde variatie in zelfstandig wonen mogelijk via een op maat gemaakt aanbod van woningaanpassingen, verhuizing, beveiliging, onderhoud, huishoudelijke hulp en zorg aan huis.² Verzorgingshuizen, gemeenten, zorgverzekeraars en ook woningcorporaties zijn inmiddels druk doende om te komen tot aantrekkelijke, betaalbare en vraaggerichte voorzieningen nieuwe stijl.

Ook verschillende van de door ons beschreven initiatieven, zoals verzorgd wonen, levensloopbestendig bouwen en zorgcoöperaties, zijn onderdeel van deze dynamiek. Waar voorheen burgers conform het verzorgingsstaatmodel vanaf een bepaalde leeftijd en met bepaalde gebreken ‘recht’ hadden op een plek in een verzorgingshuis zien we nu dat ‘gelijkgestemden’ of groepen burgers met eenzelfde aandoening elkaar – al dan niet geholpen door de woning- of zorgaanbieder –

weten te vinden in kleinschalige voorzieningen of slimme financieringsconstructies. Daarmee zien we een wat paradoxale ontwikkeling: juist doordat groepen burgers autonoom optreden door zelf de zorg te organiseren – iets wat de meerderheid van de bevolking als een overheidstaak ziet – kunnen er voorzieningen en financieringsvormen worden gecreëerd die de maatschappelijk gewenste individuele autonomie bevorderen (bijv. door nieuwe serviceconcepten of nieuwe woonzorgvormen).

3.2.1 GEWENSTE EN ONGEWENSTE VERSCHILLEN

Als we autonomie opvatten als zelf kunnen en willen beslissen ('zelf de regie nemen'), veronderstelt autonomie ook keuzevrijheid. En keuzevrijheid betekent dat er vanuit de vraagkant grotere verschillen ontstaan tussen gewenste serviceniveaus, dienstverlening enzovoort.

Parallel daaraan zien we dat ook aan de aanbodkant de verschillen toenemen. Door de decentralisatie van voorzieningen voor ouderenzorg (en jeugdzorg) naar de gemeenten en de toenemende concurrentie tussen zorgverzekeraars gedreven door marktwerking, ontstaan er grote verschillen in het aanbod van diensten en de condities waaronder mensen van die diensten gebruik kunnen maken. Daarmee wordt het woonzorg(-welzijn)palet – en in mindere mate het woonzorgpensioenpalet – gevarieerder. Dit palet kunnen we duiden als een vorm van door de politiek 'gewilde ongelijkheid': het wordt als positief gewaardeerd dat niet alle mensen dezelfde wensen hebben, dat zij naar hun uiteenlopende voorkeuren kunnen handelen en ook op uiteenlopende manieren worden bediend.

Deze individuele insteek levert, betrokken op het historische gedachtegoed van de verzorgingsstaat, wel een paradox op. De arrangementen van sociale bescherming die vooral in de eerste helft van de twintigste eeuw ontstonden hadden immers (mede) een emancipatoir doel: het doorbreken van afhankelijkheden, of dat nu was tussen werknemer en werkgever, gepensioneerden en hun kinderen, weduwen/weduwenaars en hun sociale netwerk of ga zo maar door (zie ook WRR 2006). Oftewel, er vond standaardisering plaats in dienst van de autonomie. Op dit moment zien we een radicale omkering van deze gedachtelijn: in het verlengde van een veranderende verhouding tussen de overheid en haar burgers is nu juist de behoefte aan diversificatie in dienst van de vrijheid van ontplooiing leidend.

Het gevaar dat bij zoveel gelijktijdige bewegingen aan zowel de vraag- als aanbodkant dreigt, is dat de consequenties van het streven naar maatwerk, marktwerking en vermaatschappelijking in termen van gewenste en ongewenste, en bedoelde en onbedoelde diversificatie niet goed doordacht zijn.

Hoe groot mogen de verschillen in voorwaarden en in dienstverlening in het sociale domein worden tussen gemeenten? Diversiteit en lokaal maatwerk zijn beoogd in het huidige kabinetsbeleid van decentralisaties in het sociale domein en

ook een logisch gevolg van marktwerking. Daarbij is het cruciaal dat de individuele rechten van kwetsbare burgers goed bewaakt worden om te voorkomen dat er niet-beoogde vormen van ongelijkheid of uitsluiting ontstaan ('perverse effecten'). Het maatschappelijke en politieke debat over de vraag hoeveel verschil we in de participatiesamenleving gerechtvaardigd en gewenst vinden begint eigenlijk nu pas goed op gang te komen. Het gaat daarbij om het zoeken naar een nieuwe mix van standaarden (gewaarborgde gelijkheid) en diversiteit (gewilde ongelijkheid), zonder het vangnet van de 'oude' verzorgingsstaat op te geven.

Te veel uniformiteit in het verlangen naar meer verschil is niet alleen gevaarlijk voor de rechtsstaat maar ook voor de sociale cohesie en onderlinge verbondenheid tussen burgers. Het is dan ook wenselijk om pleidooien voor 'meer verschil' en 'minder rechtsgelijkheid en rechtszekerheid' (zie RMO 2013) in te kaderen door duidelijke opvattingen over *de mate waarin* verschillen wenselijk zijn, *de terreinen* waarop verschillen wenselijk zijn en *het moment waarop* de overheid aanspreekbaar is op haar verantwoordelijkheid.

3.2.2 GEWENSTE EN ONGEWENSTE VRAAG

Niet alleen is de gewenste verhouding tussen autonomie en gelijkheid nog onvoldoende doordacht, ook is het maar de vraag of het uitgangspunt van autonomie wel goed is doordacht. Wat doen we met 'zorgmijders', 'zij die niet in staat zijn zelf te kiezen' en met hen die bewust voor een plaats in het verzorgingshuis kiezen? Zo wordt al enige tijd gesignaleerd dat veel 'uithuizige' patiënten in de geestelijke gezondheidszorg maar al te graag weer een plekje binnen de oorspronkelijke muren zouden willen krijgen (Kwekkeboom 2004; Trappenburg 2009). Een pure vraag-oriëntatie – die wellicht niet haalbaar is maar waarover wel discussie nodig is – zou behelzen dat het vrij staat om te bedanken voor thuis blijven wonen.

3.2.3 DE VRAAG VAN NU OF DE VRAAG VAN MORGEN?

Het is van belang om de daadwerkelijke verwachtingen en percepties die mensen hebben van de verzorgingsstaat – en die van generatie tot generatie kunnen verschillen – nauwgezet te volgen zodat de overheid de arrangementen en de *opt outs* die daarin vervat zijn zo veel mogelijk kan laten aansluiten bij die voorkeuren (vgl. Svallfors 2012; Van Oorschot 2006). Een voorbeeld is de woonbehoefte van ouderen. De ouderen van nu geven massaal aan zo lang mogelijk in hun vertrouwde woning en wijk te willen blijven wonen. Maar wellicht vindt er over niet al te lange tijd een kanteling plaats als de ouderen van straks, die in hun leven veel vaker zijn verhuisd, veel minder zijn geworteld op een plek en vaak ver van hun kinderen wonen, aangeven dat ze liever met 'lotgenoten' een woonzorgcoöperatie vormen en gaan samenwonen in een kleinschalige woongemeenschap dan in de setting van een 'ouderwets' verzorgingshuis. Voorzieningen en systemen hebben een lange incubatietijd. De investeringen om langer thuis te kunnen wonen zullen pas over een paar jaar hun vruchten afwerpen. Het risico bestaat dat tegen die tijd alweer

een ‘nieuw type oudere’ aan het ontstaan is met andere behoeften. De maatschappelijke initiatieven uit hoofdstuk 2 zijn in dit opzicht interessant omdat zij een indruk geven van datgene waarmee de ‘voorlopers’ bezig zijn, waaraan zij behoefte hebben en welke tekortkomingen zij ervaren in de huidige arrangementen. Om het enigszins gechargeerd te zeggen: waar de overheid bezig is om de verzorgingsarrangementen in te richten op de behoeften van nu, lichten de maatschappelijke initiatieven wellicht een tipje op van de sluier waarmee de behoeften van morgen zichtbaar worden, zoals nieuwe collectieve woonvormen of woonvormen waarbij diensten gezamenlijk worden ingekocht.

3.2.4 RATIONELE OF IRRATIONELE VRAAG?

Aparte aandacht verdient, vanuit de nadruk die op autonomie wordt gelegd, het beperkt rationele keuzegedrag van de gemiddelde mens. Met het complexer worden van zowel markt- als overheidsomgevingen is er steeds meer aandacht gekomen voor de beperkingen in de rationaliteit van het menselijk keuzegedrag (bijv. WRR 2009). De WRR tekende in 2006 al op dat de burger niet zit te wachten op “al te veel keuzemogelijkheden op terreinen als pensioenen, verzekeringen en zorg” (WRR 2006: 71). Ook is het voor mensen vaak lastig om toe te geven dat ze hulp van anderen nodig hebben of dat ze eenzaam zijn (Verhoeven 2013). Uit focusgroeponderzoek van het Verwey-Jonker Instituut blijkt dat vragen om hulp in onze samenleving nog niet gewoon is. “Mensen moeten de psychologische barrière doorbreken en veel eerder naar buiten treden met hun zorgvraag” (De Gruijter et al. 2014: 21).

In de gedragswetenschap is al lange tijd bekend dat veel mensen niet altijd weloverwogen en goed geïnformeerd kiezen, vaak een voorkeur hebben voor de status quo en niet alleen worden gedreven door financieel eigenbelang. Mensen hebben regelmatig de neiging geringe voordelen op korte termijn zwaarder te wegen dan grote winsten op lange termijn. Ook zijn ze gevoelig voor wat anderen doen en kunnen factoren in de omgeving een rol spelen in het keuzegedrag. Deze kennis is zowel van belang voor de beleidsanalyse als voor de keuze van concrete beleidsinstrumenten. Beleidsmakers die de moeite nemen zich erin te verdiepen, verkleinen de kans op beleidsmislukkingen, en vergroten de kans op nieuwe en effectieve beleidsoplossingen (zie WRR 2014b). Kennis van menselijk keuzegedrag en effectieve interventies zijn temeer van belang omdat de ‘keuzebelasting’ van burgers per saldo significant is toegenomen door de brede beleidswijzigingen in de domeinen van wonen, zorg en pensioenen. Burgers dienen zich er al vroegtijdig van bewust te zijn dat ze zelf meer zullen moeten ‘uitstippelen’ dan voorheen.

Doorbreken van uitstelgedrag: Stadsdorp Centrum Oost

Uit een enquête van een platform voor 60+ uit Amsterdam Centrum-Oost bleek dat ouderen hoge eisen stellen aan veilig en comfortabel wonen, maar niet graag met elkaar willen socialiseren, wellicht omdat niemand graag toegeeft dat hij eenzaam is. Tijdens enkele door het platform georganiseerde workshops bleek dat veel ouderen keuzes en beslissingen over hun oude dag maar voor zich uitschuiven. De vraag ‘hoe wil ik prettig oud worden?’ heeft veel bewoners wel aangezet tot nadenken over de toekomst en dat heeft uiteindelijk geleid tot oprichting van Stadsdorp Centrum Oost.³

3.2.5 TUSSENCONCLUSIE ‘AUTONOMIE’

Terugblikkend op de maatschappelijke initiatieven uit hoofdstuk 2 kunnen we stellen dat de initiatieven in de categorieën ‘verzorgd wonen’ en ‘levensloopbestendig bouwen’ heel expliciet gericht zijn op het vergroten van de autonomie in de betekenis van ‘langer zelfstandig wonen’ van mensen. Initiatieven in de sfeer van ‘collectief particulier opdrachtgeverschap’ en ‘zorgcoöperaties’ zijn voorbeelden van de tweede invulling van het begrip autonomie waarbij burgers samen de touwtjes in handen nemen en voor een groep gelijkgestemden of gelijkbehoevenden zorgvoorzieningen creëren. Zo bezien passen de initiatieven prima in de beleidsagenda van het huidige kabinet. Een beleidsagenda die – in ieder geval voor zover deze het streven naar ‘zolang mogelijk regie over het eigen leven houden’ betreft – vooralsnog ook lijkt te passen bij de wensen van de meeste burgers (zie ook Rli 2014).

Toch zien we vanuit de waarde van autonomie ook voor de langere termijn een aantal risico’s.

- Het grote belang dat de overheid hecht aan autonomie in beide betekenissen van het woord (zelfregie en zelforganisatie) gaat nog onvoldoende gepaard met een diepgaande analyse door de overheid van de gewenste balans tussen verschillen die mede onder invloed van de marktwerking aan de vraag- en aanbodkant ontstaan, en hoeveel verschil we in de participatiesamenleving gerechtvaardigd en gewenst vinden.
- Ook is nog onvoldoende duidelijk in hoeverre die autonomie en keuzevrijheid geaccepteerd worden wanneer die leiden tot politiek en maatschappelijk minder gewenste keuzes (‘zorgmijders’, ‘mensen die een zorginstelling prefereren boven thuis wonen’).
- We zien het ook als een risico dat alle energie wordt gestoken in het creëren van voorzieningen die inspelen op de huidige vraag en dat er onvoldoende oog is voor veranderingen in de vraag bij aankomende generaties ouderen. Som-

mige kleinschalige maatschappelijke initiatieven (zoals zorgcoöperaties) zouden wel eens indicatoren van het begin van een veranderende behoefte kunnen zijn.

- Tot slot zien we het als een risico dat het huidige beleid, waarbij de regie heel sterk bij burgers zelf wordt gelegd, onvoldoende aansluit bij wat we weten van de beperkte rationaliteit in hun keuzegedrag.

3.3 INCLUSIVITEIT

Het tweede onderdeel van de weg van de wenselijkheid van maatschappelijke initiatieven heeft betrekking op de vraag naar inclusiviteit. We benaderen dit vraagstuk op twee manieren:

1. We zien een mogelijke spanning tussen solidariteit en uitsluiting. Hoe inclusief (of hoe exclusief) zijn spontane vormen van zelforganisatie? Zijn het vooral specifieke groepen die er van profiteren (par. 3.3.1)?
2. We zien een mogelijk risico als initiatieven uit de samenleving (burgerinitiatieven) te enthousiast worden omarmd als een manier om tekortkomingen in het politiek-bestuurlijke systeem (een verzorgingsstaat die te duur en te aanbodgericht is) op te lossen (par. 3.3.2).

3.3.1 SOLIDARITEIT OF UITSLUITING?

Parallel aan de terugtrek van de overheid moet worden gedefinieerd welke ruimte voor gewenste ongelijkheid wordt opengehouden.⁴ Tegelijkertijd moet ook worden voorkomen dat er *ongewenste* vormen van ongelijkheid ontstaan. De inclusiviteit ('gelijke rechten voor gelijke gevallen') die als waarde in de traditionele publieke arrangementen van de verzorgingsstaat ligt besloten is namelijk niet een automatisch gegeven bij spontanere en groepsgebonden vormen van solidariteit. Groepen sluiten nu eenmaal mensen uit.

In de verzorgingsstaat waren universaliteit in aanspraken en rechten gekoppeld aan een pluriform aanbod. Nu die universaliteit afbrokkelt is de vraag of het aanbod wel dekkend genoeg blijft, of dat er gaten in het aanbod ontstaan waardoor mensen tussen wal en schip raken. De inclusiviteit die als waarde in publieke arrangementen besloten ligt is niet een automatisch gegeven bij spontanere vormen van solidariteit. Als complement van een terugtrek van de overheid (in welke mate dan ook) moet extra zorg worden besteed aan het voorkómen van ongewenste uitsluiting.

De afgelopen eeuw heeft een overheid laten zien die zich met steeds meer aspecten van het maatschappelijk leven ging bezighouden. De opbouw en uitbreiding van de verzorgingsstaat hadden in die ontwikkeling een groot aandeel. Gaandeweg omarmde de overheid steeds meer voorzieningen die vanuit de (verzuilde) civil society waren gecreëerd, en transformeerde de betreffende organisaties zodoende

tot uitvoerders van beleid (WRR 2014a). Twee hoekstenen van deze ordening verdienen het te worden uitgelicht, omdat ze een lastige erfenis vormen voor de herijking van dit moment.

Een eerste hoeksteen is de universaliteit van aanspraken. Eenmaal vervat in wetgeving en omschreven als een ‘sociaal vangnet’ zijn het eigenaar- en afnemerschap van de voorzieningen collectief geworden, en kon er nauwelijks meer sprake zijn van een gerichtheid op de ‘eigen mensen’ of van willekeur in letterlijke zin. Een tweede hoeksteen is de hybriditeit die de stelsels van meet af aan (sinds de collectivisering) heeft gekenmerkt. De genoemde universele aanspraken werden grotendeels gebouwd op een bestaand pluralistisch fundament van privaatrechtelijke organisaties, met hun eigen histories, doelstellingen en governance.

Door deze duale karakteristieken van universaliteit en hybriditeit was het inclusieve karakter van voorzieningen – het feit dat iedereen er zonder aanzien des persoons gebruik van kon maken – in principe geborgd. De uitvoering vond altijd plaats in een sfeer van afstemming, overleg en coördinatie, kortom in het ambigue gebied tussen staat, markt en samenleving. Echter, aan dat tussengebied worden nu steeds hogere eisen gesteld. De overheid wil meer overlaten aan het maatschappelijk initiatief en zich terugtrekken in een regierol. Daarmee komt er weer substantiële zeggenschap bij individuele burgers en dienstverleners ‘op straatniveau’ (mantelzorg en andere vormen van vrijwillige dienstverlening) te liggen. De vraag blijft vooralsnog onbeantwoord in hoeverre nieuwe maatwerkinitiatieven – variërend van mantelzorg tot nieuwe collectiviteiten (zoals zorgcoöperaties) en het ontstaan van nieuw aanbod door marktpartijen – op den duur geacht worden het inclusieve reguliere verzorgingsstaataanbod voor specifieke groepen te vervangen dan wel aan te vullen. Hetzelfde geldt voor de rol van de overheid: moet die voorkomen dat maatschappelijke initiatieven té exclusief worden en dat alleen specifieke groepen toegang hebben en er baat bij hebben?

Ook in de huidige transitiefase blijven er overigens arrangementen bestaan waarvan de eis van inclusiviteit onverkort gesteld wordt. Voor erkende zorgaanbieders geldt immers een acceptatieplicht, om een belangrijk voorbeeld te noemen. Maar daarnaast en daartussen ontstaan steeds meer verbanden waarvoor de waarde (of eis) van inclusiviteit nog niet is uitgekristalliseerd.

3.3.2 BURGERINITIATIEF OF BELEIDSAGENDA?

Er bestaat niet alleen onzekerheid over de status en de gewenste mate van inclusiviteit van maatschappelijke initiatieven, maar ook over de vraag hoever het beroep dat de overheid doet op maatschappelijke initiatieven en vrijwilligerswerk mag en kan gaan bij het herdefiniëren van de aanspraken in de verzorgingsstaat.

Over de mantelzorg begint een debat op gang te komen met vragen als ‘hoever mag het beslag op burens en familie ter vervanging van betaalde professionele hulp gaan?’ en ‘in hoeverre is het gerechtvaardigd dat onderdelen uit de leefwereld, zoals burenhulp en naastenliefde, het politiek-bestuurlijke systeem in worden gezogen?’

De stap naar het monetariseren van privéverhoudingen kunnen we zien als een ‘zero-sum game’ die in latere beleidswijzingen (na de Wet maatschappelijke ondersteuning van 2007) alleen nog maar belangrijker is geworden. De som houdt in dat iemand slechts aanspraak kan maken op die publiek gefinancierde voorzieningen die zijn of haar omgeving niet kan opbrengen.

Dit beleidsuitgangspunt leidt er in de praktijk onder meer toe dat taxatie, registratie, stimulering en soms zelfs surveillance (vgl. Meershoek et al. 2010) van het zorgvermogen van naasten een overheidsactiviteit zijn geworden. Paradoxaalwijs leidt daarmee de terugtred van de overheid tot een steeds verdergaande invlechting van de leefwereld (de spontane zorg voor de ander, de zelforganisatie door burgers) in het politiek-bestuurlijke systeem.

3.3.3 TUSSENCONCLUSIE ‘INCLUSIVITEIT’

Over de waarde ‘inclusiviteit’ is een aantal vragen nog onbeantwoord: hoe inclusief moeten, of exclusief mogen maatschappelijke initiatieven zijn; in hoeverre zijn zij een vervanging van of ‘slechts’ een aanvulling op bestaande voorzieningen, zodat het gevaar van uitsluiting kan worden opgevangen, en in hoeverre kan het maatschappelijke initiatief als de uitvoering van een beleidsagenda worden gezien? Een duidelijk antwoord van de kant van de overheid op deze vragen zou de status van de maatschappelijke initiatieven in wonen, zorg en pensioenen kunnen verduidelijken en daarmee de verwachtingen helder maken tegenover initiatiefnemers en gebruikers.

3.4 ROBUUSTHEID

De derde waarde van waaruit we de ‘vermaatschappelijking’ van de organisatie van wonen, zorg en pensioenen bezien, is ‘robustheid’. Zoals gezegd regardeert deze waarde niet zozeer de wenselijkheid als wel de bestendigheid van een initiatief. De arrangementen van de ‘oude’ verzorgingsstaat zijn vanuit de afnemer bezien onmiskenbaar robuust. Als de overheid zegt dat bepaalde voorzieningen onder bepaalde condities beschikbaar zijn, dan kunnen we daar als burgers op rekenen. Daar doet de eventuele onhoudbaarheid van de financiële dekking op stelselniveau niet aan af, want de afnemer weet dat dit pas consequenties heeft als de stelsels zelf volgens de regelen der democratische besluitvorming gewijzigd zijn. De vraag die nu aan de orde is, is in hoeverre de maatschappelijke initiatieven een alternatief of complement bieden dat net zo robuust is. Het elan waarmee nieuwe initiatieven in gang worden gezet stimuleert in veel gevallen de onderlinge verbondenheid en solidariteit tussen de deelnemers. Aan de andere kant is het belangrijk dat dit

enthousiasme ook neerslaat in robuuste arrangementen. Dat wil zeggen in arrangementen die voldoende leveringszekerheid kunnen bieden, financieel stabiel zijn, bestuurlijk verantwoord in elkaar zitten, kwalitatief goede diensten bieden en een bestendige groep afnemers hebben. De vraag naar de robuustheid is relevant, aangezien maatschappelijke initiatieven in wonen, zorg en pensioenen geen *Spielerei* zijn, alleen al omdat ze wel degelijk klanten (meestal tevens leden) hebben die afhankelijk zijn van de geleverde diensten.

3.4.1 ROBUUSTHEID IN EEN KRACHTENVELD

Robuustheid is voor de verschillende initiatieven op een andere manier aan de orde.

Voor de (vastgoed) investeringen door pensioenfondsen (par. 2.2.2), het collectief particulier opdrachtgeverschap (par. 2.3.1), het levensloopbestendige wonen (par. 2.3.2) en het verzorgd wonen (par. 2.3.3), zijn met name het wettelijk en juridisch kader, de bereidheid van gemeenten om ruimte te bieden of mee te investeren en de situatie op de vastgoedmarkten en financiële markten essentieel voor de robuustheid – in de betekenis van leveringszekerheid en schokbestendigheid – van het aanbod. Deze randvoorwaarden bepalen immers het speelveld waarop voorzieningen, investeringen en innovaties tot stand kunnen komen en in stand kunnen blijven. Onzekerheden in het beleid, in de wetgeving of op de financiële of vastgoedmarkt hebben directe gevolgen voor het rendement van de investeringen en de levensvatbaarheid van de voorzieningen.

In paragraaf 2.3.4 kwam een aantal belemmeringen en aandachtspunten aan de orde die potentieel risicovol kunnen zijn voor de organisatorische, kwalitatieve en financiële robuustheid van maatschappelijke initiatieven die voorzieningen creëren:

- *culturele belemmeringen*: gemeenten zien bijvoorbeeld zorgcoöperaties niet altijd als volwaardige samenwerkingspartners;
- *juridische belemmeringen*: de praktijk van informele zorg botst soms met professionele en juridische kwaliteitseisen;
- *financiële belemmeringen*: er blijken aanzienlijke hobbels te bestaan om een initiatief te starten en ook financieel levensvatbaar te houden;
- *organisatorische belemmeringen*: het werven en vasthouden van nieuwe vrijwilligers en de professionalisering van dienstverlening blijken in de praktijk lastig te realiseren.

Voor de robuustheid van de zorgcoöperaties is het belangrijk dat deze belemmeringen, die deels extern bepaald zijn en deels intrinsiek zijn aan de organisatievorm, zo veel mogelijk worden weggenomen. Dat zal overigens bij met name de juridische en organisatorische belemmeringen niet altijd het geval kunnen zijn. Daar is sprake van inherente risico's ten aanzien van de robuustheid.

3.4.2 TUSSENCONCLUSIE ‘ROBUUSTHEID’

Concluderend kunnen we stellen dat de maatschappelijke initiatieven een aanvulling vormen op de robuuste voorzieningen van de verzorgingsstaat. Maar met name de door burgers opgezette zorgcoöperaties zijn wel erg afhankelijk van goede wil, enthousiasme en vrijwilligers. Ook de financiering is lastig rond te krijgen en eenmaal rond, ook lastig vast te houden. Onzekerheden op de financiële markten en de vastgoedmarkten weerhouden potentiële investeerders nog vaak van deelname aan dit soort initiatieven. Daarmee is dit type initiatieven veel minder robuust dan de professionele en soms wat verbureaucratiseerde overheidsvoorzieningen.

3.5 EFFECTIVITEIT

Het vierde en laatste zoeklicht dat we willen laten schijnen op de maatschappelijke initiatieven is dat van de effectiviteit. De eerste vraag die bij nieuwe initiatieven opkomt is toch ‘werkt het ook?’ of ‘wat levert het op?’ Deze vragen zijn heel voor de hand liggend maar tevens moeilijk te beantwoorden.

- Wat effectief in de ene situatie en voor die ene persoon is, hoeft niet effectief te zijn in een andere situatie of voor een andere persoon.
- Afhankelijk van de meetlat die we hanteren kan een initiatief wel of niet effectief zijn. Wat is de meetlat: autonomie, omzet, kwaliteit, vraaggerichtheid, empowerment? De criteria kunnen op gespannen voet met elkaar staan.
- Hoe hard meetbaar moeten we het (willen) maken: hebben innovatie, enthousiasme, symboliek ook een waarde in zichzelf?

3.5.1 SITUATIONELE EFFECTIVITEIT

Van de initiatieven uit hoofdstuk 2 zijn verzorgd wonen en levensloopbestendig bouwen het verst ontwikkeld. Al jaren investeren woningcorporaties in nauwe samenwerking met zorginstellingen, gemeenten en de geestelijke gezondheidszorg in woonvormen met zorg voor ouderen, geestelijk gehandicapten of mensen met een lichamelijke beperking. Ontwikkelingen in zorgtechnologie en domotica moeten zorg op afstand mogelijk maken, terwijl de recente herwaardering van de wijkverpleegkundige juist leidt tot meer nabijheid van de zorgaanbieder. Juist in dit type voorzieningen waarbij de specifieke omstandigheden en wensen van mensen zo’n grote rol spelen is het van belang om maatwerk te kunnen leveren. De vraag naar effectiviteit zal dan ook nooit in algemene termen beantwoord kunnen worden maar zal altijd gespecificeerd moeten worden naar: wat werkt voor wie onder welke omstandigheden (zie ook Pawson en Tilley 1997). De ene oudere put veel voldoening uit regelmatig Skype-contact met kinderen, familie of vrienden, terwijl voor de andere oudere de fysieke nabijheid van naasten essentieel is voor een gevoel van welbevinden. De ene oudere of lichamenlijk gehandicapte zal er alles aan doen om zo lang mogelijk zelf dingen te kunnen, terwijl anderen al in een vroeg stadium liever optimaal gebruikmaken van het recht op zorg. In dat lastige

begrip 'effectiviteit' zit dan ook de zoektocht besloten naar de precare balans tussen enerzijds luisteren naar de wensen van mensen en anderzijds het stimuleren van mensen om al hun mogelijkheden te benutten en nieuwe mogelijkheden te verkennen.

3.5.2 MONITORING AAN DE HAND VAN WELKE MEETLAT?

Tegelijkertijd moeten de 'softe' indicatoren die iets zeggen over de kwaliteit van leven niet te veel de aandacht afleiden van zaken die wel degelijk hard te maken zijn en ook iets zeggen over de kwaliteit van de geleverde zorg of veiligheid van de woonvoorziening, zoals de registratie van medicatiegebruik, klachten of valincidenten. De monitorende taak van de rijksoverheid wordt onder meer door de komende decentralisaties alleen maar belangrijker (Putters 2014: 47), zeker in het licht van het precare onderscheid tussen gewenste en ongewenste ongelijkheid dat we hiervoor bespreken. Die monitoring staat in het teken van kwaliteit en daarmee ook van effectiviteit: lukt het de nieuwe spelers om hoogwaardige, voldoende inclusieve en vraaggerichte voorzieningen te leveren? De stapeling van criteria die in deze vraag vervat is, duidt direct op een moeilijkheid met effectiviteitsmonitoring. De vraag langs welke meetlat iets al dan niet effectief is, valt niet te vermijden maar ook niet van een uniform antwoord te voorzien.

Afhankelijk van de meetlat die we hanteren – autonomie, omzet, kwaliteit en veiligheid, vraaggerichtheid, empowerment – kan een initiatief wel of niet effectief zijn. Op de vraag welke meetlat op welk moment doorslaggevend zou moeten zijn is geen sluitend antwoord te geven, maar uitleg over de gehanteerde normen door zowel aanbieders als 'toezichthouders' brengt ons een stuk in de richting van zinvolle kwaliteitsbewaking. Dit zal in een enkel geval ook relatief eenvoudig zijn, zoals bij het (collectief) particulier opdrachtgeverschap. Als via collectief particulier opdrachtgeverschap diensten goedkoper georganiseerd en voor een breder publiek leverbaar kunnen worden is er simpelweg sprake van een geslaagd initiatief.

Een beoordeling van de effectiviteit in termen van kwaliteit en veiligheid van de geleverde diensten volgens het traditionele toezichtmodel kan op gespannen voet staan met een nieuwer kwaliteitsdenken dat veeleer van kwaliteit van leven uitgaat. Een al te formele toezichtbenadering, eenzijdig gericht op risicoreductie, kan de ontwikkeling van nieuwe burgerinitiatieven zoals zorgcoöperaties hinderen (WRR 2014c: 117). Inspectienormen en veiligheidsprotocollen zijn nog maar beperkt toegesneden op kleinschalige burgerinitiatieven. Het kan zijn dat burgers een andere afweging maken tussen veiligheid en kwaliteit of veiligheid en privacy dan grootschalige zorginstellingen.

3.5.3 MULTIVARIABELE EFFECTIVITEIT

Nog ingewikkelder ligt het bij de zorgcoöperaties, omdat vraagstukken van financiering, organisatie en doelstelling tegelijkertijd om een effectieve aanpak vragen. De opkomst van zorgcoöperaties is een nog recente ontwikkeling en er is nog weinig bekend over de factoren die een succesvolle ontwikkeling of voortijdige ondergang bepalen. Onderzoek naar succes- en faalfactoren van coöperaties (Bokhorst en De Hoog 2014) wijst uit dat (zorg)coöperaties om succesvol te kunnen zijn een duidelijk doel, een goed businessmodel en een goed georganiseerde ledenbetrokkenheid moeten hebben (vgl. ook Van Oorschot et al. 2013). Specifiek voor de zorgcoöperaties geldt dat zij succesvol samenwerking moeten kunnen aangaan met andere organisaties, zoals gemeenten en zorginstellingen. Van de koplopers valt tot nu toe vooral te leren dat het succes bepaald wordt door de mate waarin zorgcoöperaties bewoners weten te mobiliseren voor een gezamenlijk doel. Er is voldoende aansluitingsgraad nodig van betalende leden en actieve vrijwilligers (draagvlak en participatie). Ook het verwerven van startkapitaal of startsubsidie is noodzakelijk en er is een duurzame financiering van dienstverlening nodig via ledencontributie, pgb's en de zorgverzekering. Verder worden de ontwikkelingskansen bepaald door de mate waarin zorgcoöperaties erin slagen om de genoemde culturele, juridische, financiële en organisatorische belemmeringen te overwinnen.

3.5.4 TUSSENCONCLUSIE 'EFFECTIVITEIT'

Het antwoord op de vraag naar de effectiviteit, of beter werkzaamheid, van de nieuwe initiatieven vraagt op dit moment om een creatieve en open benadering. Het monitoren en uitwisselen van initiatieven, successen en mislukkingen is in deze leer- en experimenteerfase belangrijker dan het afrekenen op doelmatigheid en uitkomstmaten. In deze pionierstijd bestaat het risico dat succesformules ('Hoogeloon') klakkeloos worden uitgerold over andere doelgroepen en in andere contexten. Juist door initiatieven heel secuur te volgen krijgen we meer zicht op wat werkt, voor wie en onder welke omstandigheden. Dat soort kennis voorkomt zowel telkens opnieuw het wiel uitvinden als klakkeloos kopieergedrag. De uitdaging zal zijn om een balans te vinden tussen enerzijds het klassieke kwaliteitsdenken dat sterk leunt op verantwoordelijkheden en controle, en anderzijds vraagsturing waarbij de blik gericht is op vraagegeïntende effectiviteit en de bijdrage van het initiatief aan de kwaliteit van het dagelijks leven leidend is. Vraagsturing levert echter weer een spanning op met de kernwaarde van inclusiviteit. De nieuwe constellatie maakt namelijk van 'vragen' een kerncompetentie: wie uit bescheidenheid of zelfrelativering niet vragen lopen het risico te worden overgeslagen (Trappenburg 2009).

Multivariabele effectiviteit, situationele effectiviteit en constante monitoring gaan er alle vanuit dat resultaten toch op de een of andere manier zichtbaar en tastbaar gemaakt kunnen worden. Toch kunnen ook initiatieven waarbij die resultaten

(nog) niet zichtbaar en tastbaar zijn hun waarde hebben. Vaak is alleen al het gezamenlijk aanpakken van een probleem, of het enthousiast omarmen van een nieuw idee voldoende om daar voor enige tijd weer vertrouwen, hoop, zingeving of kracht uit te putten. Voorbeelden zijn het gezamenlijk beheer van openbaar groen in de wijk, lotgenotencontacten of collectief een klacht indienen tegen de overheid of tegen overlast bezorgende burgers of bedrijven. Burgerinitiatief kan echter ook problemen opleveren, als het professioneel aanbod verdringt. Zo werkt het door de overheid gestimuleerde vrijwilligerswerk in de mantelzorg, in combinatie met lage tarieven voor huishoudelijke hulp in de Wet maatschappelijke ondersteuning, verdringing in de hand van de banen van professionele zorgverleners.

De symbolische en anderszins immateriële waarde van maatschappelijke initiatieven moet – zeker in de beginfase van initiatief – niet worden onderschat. Het kan net die versneller zijn die een initiatief in de opstartfase nodig heeft en de wervende kracht kan groter zijn dan die van een kloppend businessplan, een gunstige ex ante evaluatie of slim verdienmodel. Ofwel: effectiviteit is een kernwaarde, maar de vraag naar effectiviteit moet bij nieuwe maatschappelijke initiatieven ook weer niet te snel worden gesteld.

NOTEN

- 1 Overigens is autonomie meer dan een subjectieve waarde. Uit gezondheidsstudies blijkt dat autonomie, in de zin van ‘zelf regie over je eigen leven hebben’, objectief vast te stellen effecten – in positieve en negatieve zin – heeft op het lichamelijk welbevinden van mensen (zie o.a. RVZ 2012).
- 2 Zie ook www.kcwz.nl/actueel/specials/scheiden_wonen_zorg.
- 3 Zie www.ouderenadviesraad-amsterdamcentrum.nl/bestanden/Verslag-Symposium-Stadsdorpen-in-Amsterdam-Centrum-7-november-2013%20.pdf.
- 4 Zie ook Putters (2014: 51-52). Putters wijst op twee dilemma’s die optreden door de decentralisatie van belangrijke taken naar de gemeenten: de spanning tussen solidariteit en eigen verantwoordelijkheid en de spanning tussen maatwerk en gelijke behandeling. Deze dilemma’s zien we ook terugkomen bij de waarden ‘autonomie’ (par. 3.2) en ‘inclusiviteit’ (par. 3.3).

4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De stelsels van wonen, zorg en pensioenen verkeren in een transitiefase: ingrijpende stelselwijzigingen staan op stapel of zijn de afgelopen jaren ingevoerd. De overheid, marktpartijen en maatschappelijke partijen zijn op zoek naar nieuwe rollen op een speelveld waar zowel de vraag van burgers, het aanbod door marktpartijen en lokale overheden, het beleid van de rijksoverheid en de (verhoudingen tussen) onderliggende waarden veranderen. Deze transitieperiode biedt ruimte aan maatschappelijke partijen om op de snijvlakken van de domeinen wonen, zorg en pensioenen te experimenteren met nieuwe vormen van financiering, organisatie en dienstverlening.

Voor deze verkenning hebben we in kaart gebracht welke maatschappelijke initiatieven er in 2013-2014 zijn ontstaan op de grensvlakken van wonen, pensioenen en zorg (hoofdstuk 2). Uit onze inventarisatie komt naar voren dat combinaties waarbij pensioenfondsen als belegger zijn betrokken in aantal niet zo vaak voorkomen. Pensioenfondsen vinden de opbrengsten vanwege de kleine schaal veelal te beperkt en de risico's, vooral vanwege politieke onzekerheden, te groot.

Anders ligt het op het grensvlak van wonen en zorg. Hier hebben we een groot aantal initiatieven gevonden en geordend in de belangrijkste categorieën 'verzorgd wonen', 'levensloopbestendig bouwen', 'collectief particulier opdrachtgeverschap' en 'zorgcoöperaties'. We stelden vast dat zorgcoöperaties sterk in opkomst zijn, maar vaak nog in de startfase verkeren; er zijn relatief weinig bewezen praktijken.

Initiatieven zijn pas kansrijk als ze niet te veel transactiekosten voor burgers met zich meebrengen en als ze aansluiten bij menselijk gedrag dat bijvoorbeeld vaak gericht is op de korte termijn en huidige problemen. Maatschappelijke initiatieven die alleen kunnen slagen als 'de politiek anders gaat functioneren' of als 'burgers zich anders gaan gedragen' hebben naar ons idee weinig toekomstperspectief.

Gezien hun aard en omvang is het belangrijk de maatschappelijke initiatieven niet te framen als vervanging van verzorgingsstaat en ook niet als de invulling van de door dit kabinet zo gewenste participatiesamenleving. Ze zijn in het beste geval wel slimme uitvoeringsmodaliteiten die vraaggericht en efficiënt een dienstenaanbod creëren waarin kennis, geld en menskracht uit de domeinen wonen, zorg (en pensioenen) worden gecombineerd zonder dat dit allerlei stelsel- of wetswijzigingen vereist. Alleen al daarom is het goed een verdere ontwikkeling van maatschappelijke initiatieven op de grensvlakken van wonen, zorg en pensioenen te ondersteunen.

Zowel marktpartijen (par. 4.1) als de overheid (par. 4.2) zouden daarbij afzonderlijk en in onderlinge samenwerking een actieve rol kunnen vervullen. Tegelijkertijd is het belangrijk er voor te waken dat de maatschappelijke initiatieven in de logica van de markt of de logica van de politiek terecht komen en hun eigenwaarde verliezen (par. 4.3).

4.1 EEN ACTIEVE ROL VOOR MARKTPARTIJEN GEWENST: ONDERSTEUNEN, INVESTEREN

Aard en omvang van de initiatieven mogen nu nog beperkt zijn, het potentieel is wel groot: ze kunnen het voorland vormen van een breder, maatschappelijk gedragen en innovatief aanbod van diensten in wonen, zorg en welzijn. Om dit potentieel volledig tot wasdom te laten komen, zouden marktpartijen zoals zorgverzekeraars, banken en pensioenfondsen een actieve rol op zich moeten nemen.¹ Voor hen kan het mes aan twee kanten snijden: zij kunnen door het ondersteunen van deze initiatieven invulling geven aan hun maatschappelijke verantwoordelijkheid én een proeftuin creëren voor nieuwe markten en producten. Het hoeft niet meteen te gaan om grootschalige en omvangrijke financiële investeringen. Ze kunnen ook administratieve en juridische ondersteuning bieden ('helpdeskfunctie'), voorlichting geven om burgers iets meer over de langetermijnbehoeften te laten nadenken, kleine investeringen bundelen of platforms organiseren waar actoren ervaringen kunnen delen en mogelijkheden kunnen verkennen.

4.2 EEN ACTIEVE ROL VOOR DE OVERHEID GEWENST: DUIDELIJKHEID BIJEN, STIMULEREN EN MONITOREN

4.2.1 ROL VAN DE OVERHEID IN RELATIE TOT KERNWAARDEN

In hoofdstuk 3 hebben we de maatschappelijke initiatieven belicht vanuit een aantal kernwaarden: autonomie, inclusiviteit, robuustheid en effectiviteit. We hebben ook gewezen op de inherente spanning die elk van deze waarden in zich draagt.

We zien voor de overheid een rol in zowel het ondersteunen van maatschappelijke initiatieven die de ruimte nemen die deze transitiefase biedt ('kansen bieden') als in het bewaken van de waarden van de sociale rechtsstaat ('waarborgen'). Vanuit deze beschouwingen komen we tot een oproep aan de overheid om op een aantal punten meer duidelijkheid te bieden, een actief stimulerend beleid te voeren en ontwikkelingen goed te monitoren.

Autonomie – Duidelijkheid over de gewenste balans tussen uniformiteit en diversiteit.

De overheid zou zich duidelijker kunnen uitspreken over de gewenste balans tussen uniformiteit in rechten en aanspraken en de wenselijkheid van de verschillen in vraag én in aanbod die gaan ontstaan door de autonomie die politiek en samenleving nastreven. Autonomie, en inherent hieraan keuzevrijheid, zal er op den

duur ongetwijfeld toe leiden dat er ook maatschappelijke initiatieven ontstaan waarin politiek en maatschappelijk minder gewenste keuzes worden gemaakt. De schurende logica's van politiek en samenleving gaan vroeg of laat tot frictie leiden (WRR 2012a: 107 e.v.).

Als de overheid een activerende rol ten aanzien van de maatschappelijke initiatieven op zich wil nemen, dan zal zij ook een aantal belemmeringen uit de weg moeten ruimen. Zo hebben overheden nu soms nog moeite om zorgtaken over te laten aan burgercoöperaties en hen als volwaardige samenwerkingspartners te benaderen. Gemeenten gaan eerder in zee met bekende, grote zorgverleners.² Het Verwey-Jonker Instituut benadrukt het belang van erkenning door gemeenten, instellingen en verzekeraars van de collectieve kracht van burgers om zich te organiseren en als waardevolle gesprekspartner uit de leefwereld in de 'systeemwereld' te kunnen optreden (De Gruijter et al. 2014: 25; WRR 2012a).

Inclusiviteit – Monitoren van in- en uitsluiting

De maatschappelijke initiatieven uit hoofdstuk 2 kunnen op den duur interessante aanvullingen vormen op het reguliere voorzieningenaanbod. Het is van belang om te blijven volgen of het niet vooral initiatieven van en voor mondige en hoogopgeleide burgers betreft. Mocht die *bias* werkelijk gaan ontstaan en mochten er ongewenste vormen van uitsluiting of exclusiviteit ontstaan, dan zou hier in de toekomst een rol voor de overheid kunnen liggen, bijvoorbeeld door ook andere groepen te stimuleren om tot vormen van zelforganisatie over te gaan (via financiering of regulering, vgl. RMO 2013).

Robuustheid – Bieden van experimenteerruimte en beperkte financiële ondersteuning en hulp bij verdere professionalisering

De nationale en de lokale overheid hebben in de ogen van de WRR een duidelijke rol bij het versterken van de robuustheid van de initiatieven. Dat kan de overheid doen door experimenteerruimte te bieden³ of door in beperkte mate garant te staan voor bepaalde risico's. Daarbij is het belangrijk dat de overheid het dossier van 'wonen, zorg en pensioenen' niet ziet als iets dat alleen ouderen raakt, maar accepteert dat ook 'behoefte' of 'gebrek' (bij zowel ouderen als jongeren) een leidend principe kan zijn bij de zoektocht naar bestendige initiatieven (Ministerie van BZK 2014: 2-3). Dat de doelgroep ook jongeren omvat is een logisch uitvloeisel van het feit dat mensen zich eerder en indringender dan tevoren met hun toekomstige behoeften zullen moeten bezighouden.

De overheid kan de robuustheid van de initiatieven versterken door verdere professionalisering te ondersteunen. Dat hoeft niet noodzakelijkerwijs te betekenen dat betaalde professionals het werk gaan overnemen van vrijwilligers.

Niet alleen de overheid, maar ook marktpartijen en woningcorporaties kunnen bijdragen aan de robuustheid van de initiatieven. Hun rol zal primair liggen in de vastgoed sfeer: het tegen een redelijke vergoeding ter beschikking stellen van een gebouw. Door de handen ineen te slaan – bijvoorbeeld in lokale of regionale *Innovatiefondsen Wonen, Zorg en Pensioenen* – zouden woningcorporaties, zorgverzekeraars, banken, pensioenfondsen en gemeenten domeinoverschrijdend maatschappelijk initiatief kunnen faciliteren. Dit voorkomt ook dat risicovolle investeringen eenzijdig bij één partij, zoals in het verleden de woningcorporaties, komen te liggen.

Effectiviteit – Leren van ervaringen centraal stellen

We zien in deze fase van ontwikkeling wel een belangrijke rol voor de overheid in het stimuleren van kennisuitwisseling en het monitoren en uitwisselen van ervaringen, bijvoorbeeld door het faciliteren van een *Kennisbank Wonen, Zorg en Pensioenen*.⁴ Bij de concrete vormgeving zou aansluiting gezocht kunnen worden bij initiatieven zoals het Kenniscentrum Wonen-Zorg van Aedes-Actiz.

Deze monitoring is zinvol om te kunnen vaststellen of er sprake is van gewenste kwaliteit van dienstverlening of van ongewenste exclusiviteit. Ook is monitoring essentieel om de meest kansrijke en succesvolle initiatieven te destilleren en te leren van eerdere ervaringen. Dus zowel vanuit de waarde van inclusiviteit als vanuit de waarde van effectiviteit is het verzamelen en vergelijken van ervaringen nuttig en noodzakelijk. Daarbij is het van belang een balans te vinden tussen leren en controleren.

4.2.2 KABINETSBELEID

Het kabinet heeft in 2013 en 2014 een aantal maatregelen ter bevordering van langer zelfstandig wonen aangekondigd die gedeeltelijk aansluiten bij bovenstaande aanbevelingen. Daarbij wordt vooral ingezet op het stimuleren van regionale samenwerking tussen lokale overheden, woningcorporaties, zorgaanbieders en zorgkantoren. Ook kondigde het kabinet een experimentenprogramma aan en wil het de inzet van ICT (o.m. domotica) stimuleren. (Zie Bijlage 1 voor de aangekondigde maatregelen.)

Een kabinetsbeleid met een duidelijke visie op de gewenste balans tussen ‘eenheid en verscheidenheid’ en een systematische monitoring van initiatieven zou wenselijk zijn. De ambities van het kabinet mogen op dit punt wel hoger liggen. Onderdeel van deze monitoring kan ook zijn om beter zicht te krijgen op de financiële en juridische belemmeringen waar burgers tegenaan lopen en de regelruimte die zij nodig hebben om hun eigen oudedagsvoorzieningen goed te kunnen opzetten. Daarbij kan het zinvol zijn om te leren van ervaringen uit het buitenland waar

burgers al veel langer veel meer zelf moeten regelen en betalen voor hun oude dag. (Zie Bijlage 2 voor 'langer zelfstandig wonen door ouderen' in onze buurlanden België en Duitsland.)

4.3 BORGEN VAN DE EIGENHEID VAN MAATSCHAPPELIJKE INITIATIEVEN IS NOODZAKELIJK

Het potentieel van de maatschappelijke initiatieven is pas volledig te benutten als ze een steuntje in de rug krijgen van de overheid en de marktpartijen. De overheid zou de radicaliteit waarmee zij in hoog tempo ingrijpende stelselwijzigingen doorvoert actiever kunnen koppelen aan het wegnemen van belemmeringen voor het maatschappelijk initiatief dat mede als gevolg van die stelselveranderingen (zoals het financieel scheiden van wonen en zorg of het beroep op het zelforganiserend vermogen van burgers) ontstaat.

Tegelijkertijd is de grootste valkuil dat de maatschappelijke initiatieven die vanuit de leefwereld zijn ontstaan het beleidsdiscours worden binnengezogen en op een dag plots ontwaken als paradepaard van de politiek gewenste participatiesamenleving. Vanuit de markt is het risico niet minder groot: commercialisering en het afhankelijk worden van geld en kennis van marktpartijen kan op den duur een risico vormen voor het maatschappelijke karakter van de initiatieven.

De grootste opgave voor de overheid en de marktpartijen zou daarom wel eens kunnen zijn om het maatschappelijk initiatief wel te stimuleren en ondersteunen maar tegelijkertijd ook werkelijk bij de samenleving te laten.⁵

NOTEN

- 1 Zie voor een aantal initiatieven Ministerie van BZK 2014: 6. Pensioenfondsen zijn overigens geen commerciële partijen die volkomen vrij zijn om nieuwe producten te ontwikkelen of nieuwe markten aan te boren. Vanuit hun maatschappelijke rol zullen zij, meer nog dan puur commerciële partijen, alleen investeren bij voldoende verwacht rendement.
- 2 Zo ervaart de zorgcoöperatie Zoetermeer weinig erkenning van de gemeente, terwijl dat juist in de opstartfase belangrijk is. Achtergrondgesprek met de oprichters voor de presentatie op WRR-symposium over innovatieve praktijken in wonen, zorg en pensioenen op 13 maart 2014 in Den Haag. Zie ook www.youtube.com/watch?v=z0LB3XwM_5I&feature=youtu.be, How citizens & entrepreneurs work together: Willemien Visser at TEDx Damlaan; www.wijzelf.nl.
- 3 Zie ook het kennis- en experimentenprogramma 'Langer thuis!' van Platform 31, Movisie, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, dat wordt ondersteund door de ministeries van VWS en BZK (Ministerie van BZK, 2014, bijlage 2).
- 4 Ook de Regiotafels en het aanjaagteam Langer zelfstandig wonen, die de minister van BZK en de staatssecretaris van VWS opzetten om de transitieagenda vorm te geven, passen in dit streven om kennis en ervaringen te delen (Ministerie van BZK 2014; 12-13).
- 5 Zie ook de oproep aan bestuurders in het WRR-rapport *Vertrouwen in burgers* om te denken vanuit burgers en niet (alleen) vanuit de beleidsagenda (WRR 2012a: 51 e.v.). Of in de woorden van de RMO (RMO 2013: 51): "Maatschappelijk initiatief en burgerschap zijn er niet voor de overheid, maar voor de mensen zelf."

LITERATUUR

- ABF Research (2014) *Volkshuisvestelijke voornemens woningcorporaties 2014 – 2018*, Delft: ABF Research.
- Arntz, M., R. Sacchetto, A. Spermann, S. Steffes en S. Widmaier (2007) *The German Social Long-Term Care Insurance - Structure and Reform Options*, IZA Discussion Paper nr. 2625, geraadpleegd via <http://ssrn.com/abstract=944780>.
- Beest, R. van (2014) *Inventarisatie zorgcoöperaties 2014*, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg en Institutions for Collective Action, 20 juni 2014.
- Bokhorst, A.M. en J. de Hoog (2014) *Opkomst en ontwikkeling van zorgcoöperaties*, paper Seminar series 'Citizenship 3.0' van de Universiteit Utrecht, 28 februari 2014.
- Bruinsma, J. (2012) 'Alles wat we zelf kunnen, doen we ook', *Volkskrant* 30 augustus 2012.
- Dictus, D. (2013) *Enquête burgerinitiatieven*, i.o.v. Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg en Institutions for Collective Action.
- Duivesteijn, A. (2013a) *De wooncoöperatie. Op weg naar een zichzelf organiserende samenleving*, geraadpleegd via www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/09/02/de-wooncooperatie-op-weg-naar-een-zichzelf-organiserende-samenleving.html.
- Duivesteijn, A. (2013b) 'Geen wooncorporaties maar wooncoöperaties', *Socialisme en Democratie* 70, 4: 122-125.
- Gameren, D. van (2013) 'Onderscheid en samenhang. Collectief particulier opdrachtgeverschap in Nederland', *Archined* 18 november 2013.
- Giesen, P. (2013) 'Leerschool Europa. Mevrouw Charlot (87) redt zich wel alleen', *de Volkskrant* 3 april 2013.
- Gradus, R. en E.J. van Asselt (2011) 'De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland', *Economisch Statistische Berichten* 2011, 96(4607): 202-204.
- Gruijter, M. de et al. (2014) *Meedenkers aan het woord. Focusgroepen over 'Zorg voor Gezondheid in 2030'*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Jong, T. de (2008) 'Opinie: De zorgcoöperatie', *Brabants Dagblad* 25 november 2008.
- Kleijne, J. (2007) 'Doe-het-zelfdorp', *de Volkskrant* 16 juni 2007.
- Kooiker, S. en N. Hoeymans (2014) *Burgers en gezondheid*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Kruiter, A.J. en W. van der Zwaard (2014) *Dat is onze zaak. Over eigenaarschap in het publieke domein*, Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Kwekkeboom, R. (2004) *De waarde van vermaatschappelijking*, openbare les Avans Hogeschool.
- Luyendijk, W. (2013) 'Dan doet het dorp het zelf wel', *NRC Handelsblad* 5 april 2013.
- Meershoek, A., Y. Bartholomé en K. Horstman (2010) 'Vitaal en bevlogen: de economisering van de gezondheid van werknemers', *Beleid en Maatschappij* 37, 3: 232-245.
- Ministerie van BZK (2014) *Transitieagenda langer zelfstandig wonen*, Kamerstukken II, 32847, nr. 121.

- Ministerie van SZW (2014a) *Adviesaanvraag Brede maatschappelijke dialoog toekomst pensioenstelsel*, Bijlage Kamerstukken II, 32043, nr. 204.
- Ministerie van SZW (2014b) *Beleidsdoorlichting Pensioenbeleid*, Kamerstukken II, 30982, nr. 16.
- Ministerie van VWS (2013) *Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*, Kamerstukken II, 30597, nr. 296.
- Oorschot, K., et al. (2013) 'The three pillars of the co-operative', *Journal of Co-operative Organization and Management* 1(2): 64-69.
- Oorschot, W. van (2006) 'Making the difference in social Europe: deservingness perceptions among citizens of European welfare states', *Journal of European Social Policy*, 16, 1: 23-42.
- Pawson, R. en N. Tilley (1997, 2003) *Realistic Evaluation*, London: Sage.
- PGGM, Espria en VGZ (2013) *Wonen, zorg en pensioen 2030: Trends, trendbreuken en onzekerheden*.
- Putters, K. (2014) *Rijk geschakeerd. Op weg naar de participatiesamenleving*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rli (2014) *Langer Zelfstandig. Een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn*, Den Haag: Raad voor de leefomgeving en infrastructuur.
- RMO (2013) *Terugtrekken is vooruitzien. Maatschappelijke veerkracht in het publieke domein*, Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- ROB (2012) *Loslaten in vertrouwen*, Den Haag: Raad voor het openbaar bestuur.
- Rutte, M. (2013) *Sterke mensen, sterk land. Over het bezielend verband in de samenleving*. Drees-lezing, Den Haag, 14 oktober 2013.
- RVZ (2012) *Kwaliteit van zorg voor oudere thuis en in het ziekenhuis, aanbevelingen vanuit de wetenschap met accent op de verpleegkunde*, Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Steen, M. van der, et al. (2013) *Pop-up publieke waarde. Overheidssturing in de context van maatschappelijke zelforganisatie*, Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
- Svallfors, S. (red.) (2012) *Contested Welfare States: Welfare Attitudes in Europe and Beyond*, Stanford: Stanford University Press.
- Trappenburg, M. (2009) *Actieve solidariteit*, oratie Universiteit van Amsterdam.
- Troonrede (2013) *Handelingen Verenigde Vergadering 2013-2014*, nr. 1, item 1.
- Trouw (2014) *CDA wil jongeren niet langer extra laten betalen voor pensioen ouderen*, 14 januari 2014.
- Twist, M. van, et al. (red.) (2014) *'Ja, maar...' Reflecties op de participatiesamenleving*, Den Haag: Boom.
- Uitermark, J. (2014) *Verlangen naar Wikitopia*, oratie Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verhoeven, I. (2013) 'Wel duurzame zorg, geen duurzame relaties. Gezocht: vrijwilligers, 2 uur per week, geen verplichting', in T. Kampen et al. (red.) *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid*, p. 204-218, Amsterdam: Van Gennep.

- VROM-raad (2005) *Oude Bomen? Oude bomen moet je niet verplanten. Advies over ouderenbeleid en wonen*, Den Haag: VROM-raad.
- VROM-raad (2009) *Wonen in ruimte en tijd. Een zoektocht naar sociaal-culturele trends in het wonen*, Den Haag: VROM-raad.
- Wetenschappelijk Instituut voor het CDA (2014) *Naar een solide en solidair pensioenstelsel. Bouwstenen voor een hervorming*, Den Haag: Wetenschappelijk Instituut voor het CDA.
- Wittenberg, E. (2012) 'Het werkte gewoon niet, die zorg', *NRC Handelsblad* 28 december 2012.
- WRR (1996) *Tweedeling in perspectief*, Den Haag: Sdu.
- WRR (2006) *De verzorgingsstaat herwogen*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- WRR (2009) *De menselijke beslisser: over de psychologie van keuze en gedrag*, W.L. Tiemeijer, C.A. Thomas en H.M. Prast (red.), Amsterdam: Amsterdam University Press.
- WRR (2012a) *Vertrouwen in burgers*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- WRR (2012b) *Wonen, zorg en pensioenen. Hervormen en verbinden*, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- WRR (2013) *Naar een lerende economie. Investeren in het verdienvermogen van Nederland*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- WRR (2014a) *Van tweeluik naar driehoeken. Versterking van interne checks and balances bij semipublieke organisaties*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- WRR (2014b) *Met kennis van gedrag beleid maken*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- WRR (2014c) *Toezien op publieke belangen*, Amsterdam: Amsterdam University Press.

BIJLAGE 1 BELEIDSAGENDA KABINET RUTTE II MET BETREKKING TOT LANGER ZELFSTANDIG WONEN

TRANSITIEAGENDA LANGER ZELFSTANDIG WONEN

In de *Transitieagenda Langer zelfstandig wonen* (4 juni 2014) kondigen minister Blok en staatssecretaris Van Rijn maatregelen aan om de regionale samenwerking tussen lokale overheden, woningcorporaties en zorgkantoren op het gebied van wonen en zorg te versterken.¹ Als concrete maatregel wordt de instelling van een aanjaagteam Langer zelfstandig wonen genoemd. In de transitieagenda schetsen de bewindslieden de volgende rolverdeling:

“De gemeente krijgt in toenemende mate de rol van regisseur, welke wordt versterkt door de decentralisaties. Daarbij hoort ook het overzicht op de voorzieningen in de wijk ten aanzien van dagbesteding en ontmoetingsplaatsen. Zorgaanbieders, woningcorporaties en zorgkantoren moeten meer dan voorheen met elkaar en met gemeenten overleggen over de aansluiting van vraag en aanbod op het terrein van wonen en zorg. Daarbij hebben woningcorporaties, in samenwerking met de gemeenten, een rol om zorg te dragen voor geschikte woonruimte voor hun huurders. Het Rijk accommodeert de woningmarkt zodat de randvoorwaarden aanwezig zijn om vraag en aanbod op elkaar aan te laten sluiten, ondersteunt de regionale samenwerking, stimuleert de bewustwording en monitort de ontwikkelingen. Ondernemers bieden gespecialiseerde producten en diensten aan die aansluiten bij de wensen van mensen met een zorg- of ondersteuningsbehoefte.”²

EXPERIMENTENPROGRAMMA WONEN EN ZORG (2013-2015)

De ministeries van BZK (Wonen & Rijksdienst) en vws hebben een Experimentenprogramma Wonen en Zorg in het leven geroepen (2013-2015) dat uitgevoerd wordt in samenwerking met Movisie, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg en Platform31. Doel is om de lokale overheid van nieuwe kennis, instrumenten en aanpakken te voorzien om de lokale opgaven vorm te geven. Het programma bestaat uit twee lijnen:

- ‘Voorbij het verzorgingshuis’: welke kansen zijn er in de bestaande woningvoorraad om de behoefte aan verzorgd wonen uit te breiden?
- ‘Het nieuwe samenspel’: welke nieuwe samenwerking is nodig om de lokale opgave op het gebied van wonen, zorg en welzijn te organiseren tussen lokale overheid, sociaal ondernemers en burger(initiatieven)?

STIMULERING VAN E-HEALTH

Staatssecretaris Van Rijn verkent hoe de middelen die nu in de AWBZ-beleidsregel zorginfrastructuur zitten (beeldcommunicatie, oproepcentrales, steunpunten en domotica) te gebruiken zijn om woonzorginnovaties te stimuleren, zoals zorg op afstand en domotica. Een punt van aandacht is dat uit meerdere evaluaties van deze regeling blijkt dat die middelen niet altijd effectief kunnen worden ingezet.

Het ministerie van VWS wil de ontwikkeling stimuleren van ICT-toepassingen die langer thuiswonen voor ouderen mogelijk maken. Daarom subsidieert het jaarlijks het Europese programma *Ambient Assisted Living* (AAL) met 1,9 miljoen euro (periode 2008-2013).

Voorbeeld stimulering ICT-toepassing: *Ambient Assisted Living* (AAL)

Het AAL-programma wil de kwaliteit van leven en zelfstandigheid van ouderen bevorderen. Daarnaast is het doel om met ICT gerichter zorg te verlenen. Aan het programma nemen 23 landen deel. De organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie ZonMw voert namens het ministerie het AAL-programma uit in Nederland. Voorbeelden van domotica binnen het AAL-programma:

- A2E2 is een virtuele coach die inactieve ouderen begeleidt en ondersteunt in dagelijkse activiteiten. Door beweging en activiteiten worden ze minder snel (chronisch) ziek.
- Health hub is een computersysteem dat dementerende ouderen herinnert aan hun afspraken.
- CVN is een scherpe beeldcomputer waarmee ouderen gemakkelijk op afstand sociale contacten kunnen onderhouden.

ACTIEPLAN E-HEALTH

ZonMw heeft het Actieplan e-health opgesteld om implementatie en opschaling van e-health-innovaties te versnellen.³ Het uitgangspunt is dat e-health een middel is ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid of gezondheidszorg. Het plan richt zich op het volledige domein van preventie, gezondheid, zorg en welzijn.

DECENTRALISATIE OUDERENZORG

De rijksoverheid gaat de ouderenzorg voor een groot deel decentraliseren. Het kabinet wil vanaf 2015 de AWBZ gaan vervangen door een nieuwe Wet Langdurige Intensieve Zorg (Wet LIZ), zodat de rijksoverheid alleen nog gaat over de zwaarste, langdurige zorg voor de meest kwetsbare ouderen en gehandicapten in instellingen. Lichtere zorg aan huis gaat dan naar gemeenten en persoonlijke verzorging en medische zorg gaan naar de zorgverzekering.⁴

NOTEN

- 1 Ministerie van BZK 2014.
- 2 Ministerie van BZK 2014: 6.
- 3 Zie <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/actieplan-ehealth/algemeen/>.
- 4 Zie www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/veranderingen-in-de-awbz.

BIJLAGE 2 LANGER ZELFSTANDIG WONEN IN BELGIË EN DUITSLAND

BELGIË

In België is, net als in Nederland, het beleid er op gericht om oudere mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Lukt thuis wonen niet meer, dan kunnen 60-plussers terecht in een rusthuis, een rust- en verzorgingstehuis of een dagverzorgingscentrum. Een rusthuis biedt collectieve diensten (zoals maaltijden), dagelijkse hulp (zoals poetsen), sommige vrijetijdsactiviteiten en verzorging. Voor personen die intensieve verzorging nodig hebben, is er een rust- en verzorgingstehuis. Een dagverzorgingscentrum biedt onder meer (para)medische hulp en hulp bij dagelijkse dingen.¹ De voorzieningen zijn erkend door het agentschap Zorg en Gezondheid.² In Vlaanderen waren er in 2010 zo'n 120.000 bedden waarvan 67.000 plaatsen in een erkend woonzorgcentrum en 36.000 plaatsen voor zwaar zorgbehoevende ouderen in een rust- en verzorgingstehuis.³ Ter vergelijking: in Nederland was het aantal verzorgingshuisplaatsen 84.000 en verpleeghuisplaatsen 74.000, dus totaal 158.000.⁴

Wanneer iemand de hoge kostprijs van een rusthuis niet kan betalen en familie niet kan bijdragen, kan de oudere een beroep doen op het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) van zijn woonplaats. Het OCMW kan een tussenkomst verlenen als na onderzoek blijkt dat de eigen middelen van een oudere niet volstaan. Een oudere moet eerst zijn pensioen, huuropbrengsten en andere periodieke inkomsten aanspreken. Ook wordt gekeken of een oudere vermogen heeft om te benutten (spaargelden, obligaties, enz.). Een oudere kan zijn spaargelden bij de ontvanger van het OCMW vrijwillig in bewaring geven.⁵ Pas als inkomen en eigen vermogen zijn verbruikt kan het OCMW een tussenkomst verlenen. Het OCMW onderzoekt of het de verblijfskosten kan terugvorderen door een hypothecaire inschrijving te nemen op de bestaande onroerende goederen van de oudere. OCMW kan een oudere niet dwingen om zijn huis te verkopen of te verhuren, maar in de praktijk dringen sommige OCMW's daar wel op aan. Ook kan het OCMW de kosten terugvorderen van onderhoudsplichtige familieleden, zoals de echtgenoten en kinderen van de ouderen. De wetgever verplicht de familie tot financiële solidariteit, tenzij hun inkomen te laag is.⁶

Sociale Innovatie België: Het BuurtPensioen

Ook in Vlaanderen werkt de overheid aan sociale innovatie vanwege vergrijzing, toenemende zorgbehoeften en betaalbaarheid. Een project is Het BuurtPensioen waarbij leden in coöperatief verband eenvoudige taken uitvoeren bij ouderen en personen met een handicap. Het gaat om taken waar geen professionele kwalificatie voor vereist is. De vrijwilliger wordt vooraf gescreend

en gecoacht zodat er een goed beeld is van de verwachtingen en mogelijkheden en een correcte matching kan gebeuren met de zorgbehoevende persoon. De tijd die een lid besteedt aan ondersteunende taken wordt geregistreerd als kredieturen op een persoonlijke spaarrekening. Het opgebouwde krediet kan later ingezet worden om hulp te vragen wanneer de persoon zelf hulpbehoevend wordt. Het kan ook worden doorgegeven aan iemand anders (een ouder, partner, kind) om onmiddellijk of later te gebruiken. Een andere mogelijkheid is dat de betrokkene kiest voor louter altruïstisch vrijwilligerswerk en het gespaarde krediet aan de organisatie schenkt. Onderzocht wordt of het bankieren in kredieturen een nieuwe vorm van financiering kan zijn.⁷

DUITSLAND

De druk van de vergrijzing is in Duitsland (nog) groter dan in Nederland,⁸ maar de publieke kosten van de langdurige zorg zijn toch significant lager, en zullen dat naar verwachting ook blijven. Waar we in Nederland 3,5 procent van ons bbp kwijt zijn, komt men in Duitsland rond met een publieke bijdrage van 1 procent van het bbp. De verschillen in stelsel- en incentivestructuur worden als een belangrijke verklaring voor dit verschil gezien, waardoor Duitsland zich aandient als een belangrijk referentiekader (Gradus en Van Asselt 2011). De hoofddoelstelling van het beleid is gelijklopend, namelijk mensen zo lang mogelijk thuis laten wonen, maar het instrumentarium dat de Duitse overheid daarvoor inzet is een stuk indringender. Vijf elementen springen eruit, die we kort zullen aanstippen: de systematiek van het vangnet, de hoogte van de verschillende eigen bijdragen, de organisatie van de mantelzorg, de wijze van contracteren voor extramurale zorg en tenslotte de kwaliteitsborging.

Duitsland kent sinds 1995 een collectieve federale volksverzekering specifiek voor de kosten van de langdurige zorg. Dit is een basisverzekering die bij lange na niet dekkend is voor de normale kosten van wonen en (/met) zorg. Een eerste kenmerk dat relevant is voor de vergelijking met Nederland is de relatieve eenvoud van de systematiek, vooral van zorgcategorieën die de wet onderscheidt. Het is een veel minder fijnmazig, en daardoor in de uitvoering veel goedkoper, arrangement dan het Nederlandse (Gradus en Van Asselt 2011). Zorgvragers kunnen een indicatie krijgen voor drie verschillende intensiteiten van zorg die hoofdzakelijk worden gedefinieerd in termen van hoeveel keer in de week hulp nodig is bij bepaalde fysieke aspecten van het leven (Arntz et al. 2007). Deze aanspraken kunnen op hun beurt op verschillende manieren worden verzilverd. Als de cliënt kiest voor intramurale zorg – wat in principe bij elke zorgzwaarte kan, maar met uiteenlopende financiële consequenties – dan dient de aanspraak als tegemoetkoming in de (hoge, want intramurale) zorgkosten. Los daarvan moet dan nog worden betaald voor kost en inwoning, omdat wonen geheel buiten het verzekeringsstelsel valt. Er is door deze hoge eigen bijdragen – het tweede element van vergelijking met Nederland – een zeer sterke prikkel om thuis zorg te ontvangen.

De mantelzorg vervult dus een zeer belangrijke rol in de Duitse systematiek, en is op een prominente manier in het stelsel verankerd. De thuiszorg voor ouderen kan op twee manieren vorm krijgen. In de eerste plaats door een vouchersysteem, waarbij de ambulante zorg voor het individu wordt ingekocht door speciale bureaus van de samenwerkende zorgverzekeringen genaamd MDK's (*Medizinische Diensten der Krankenversicherung*). Het alternatief is een geldelijke tegemoetkoming voor de kosten van mantelzorg, die 50 procent lager ligt dan de aanspraak via een van de andere modaliteiten, maar niettemin de populairste optie behelst (Gradus en Van Asselt 2011). De enige vorm waarin echte, vrij te besteden persoonlijke budgetten voorkomen is dus in relatie tot de informele zorg. Zo wordt de informele zorg met groot succes in het verzekeringsstelsel 'ingeweven'.

Dat stelsel is op het eerste gezicht niet minder gecompliceerd dan de Nederlandse in termen van betrokken instanties. Zo zijn ook nog de *Länder* te noemen, als verantwoordelijken voor het volume en de kwaliteit van het aanbod. Maar die institutionele complexiteit blijft verborgen voor de individuele zorgvrager, aan wie een heldere doch uitgesproken sobere incentivestructuur wordt voorgeschoteld, vergezeld van een publiek kwaliteitssysteem met openbare rapportages en dergelijke. Daarmee is niet gezegd dat toekomst van de langdurige zorg in Duitsland niet voor hoofdbrekens zorgt. Zo bracht de Deutsche Bank een modelmatige prognose uit die voorspelde dat de 'zuiging' van de intramurale zorg niet te stuiten zal zijn.⁹ Bovendien wordt het plaatje pas compleet als ook de bijstand in ogen-schouw wordt genomen, omdat mensen daar een beroep op kunnen doen als de woonzorgkosten niet zijn op te brengen.

NOTEN

- 1 Zie www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/medische_diensten/rusthuizen/.
- 2 Zie www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/residentiele-ouderenzorg/.
- 3 Zie <http://nl.wikipedia.org/wiki/Bejaardentehuis>.
- 4 Staatssecretaris Van Rijn, Commissiebrief over het bericht dat 15.000 ouderen plots te gezond zijn voor het tehuis (Trosradar.nl 7 januari 2014), 16 januari 2014.
- 5 Zie www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Residentiele-ouderenzorg/Rusthuisinfofoon/Veelgestelde-vragen-over-betaling,-OCMW-en-onderhoudsplicht/#tussenkomst-OCMW.
- 6 Zie www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Residentiele-ouderenzorg/Rusthuisinfofoon/Veelgestelde-vragen-over-betaling,-OCMW-en-onderhoudsplicht/#rol-OCMW.
- 7 Zie www.woonzorgbrussel.be/BuurtPensioen.
- 8 Zie www.oecd.org/els/health-systems/good-life-in-old-age.htm.
- 9 Zie www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/StudiePflegesystem.pdf.