

Vergaderjaar 2020–2021

34 104

Langdurige zorg

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 306

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 november 2020

De vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft mij per brief van 19 juni jl. verzocht om een brief over de kapitaallasten van zorginstellingen. U verzoekt mij daarbij in te gaan op de vragen:

- Of met de invoering van de normatieve huisvestingscomponent (nhc) is bereikt wat was beoogd.
- Of er aanpassingen nodig zijn ten aanzien van de hotelkosten en de bekostiging van gemeenschappelijke ruimten.
- Of het kabinet plannen heeft om over te gaan tot volledige scheiding van wonen en zorg.
- Hoe het staat met de kapitaallasten van instellingen en of deze er goed of slecht voor staan.

Ik ga in deze brief, mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport, in op de afzonderlijke vragen die uw Kamer heeft gesteld.

Is met de invoering van de nhc bereikt wat was beoogd?

Ja. De conclusie in 1999 was dat er sprake was van een verstard, op aanbod gericht zorgstelsel. In dat systeem sloten de vraag naar zorg en het aanbod daarvan niet bij elkaar aan. Deze conclusie heeft geleid tot het project van de modernisering van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz). Na deze operatie loopt de bekostiging van de zorg via de prestaties van het zorgzwaartepakket (zzp). De bekostiging van de kapitaallasten van de Wlz zorginstellingen loopt via de nhc.

De doelstellingen van de nhc invoering waren:

- Een vereenvoudiging van de bemoeienis van de overheid met de bouw van zorginstellingen. De vereisten dat de Minister de investering goedkeurt, er een bouwkundige toetsing wordt gedaan en overige procedures met gedetailleerde bouwplannen voor een vergunning zijn met ingang van 2009 geschrapt (destijds beter bekend als *het bouwregime*).

- Beteugeling van ondoelmatigheid door een afbouw van de budgetgarantie voor de Wlz-zorginstellingen. Dit wordt vervangen door vrijheid voor zorginstellingen om de eigen investeringen te doen, ontslagen van bureaucratische verplichtingen. Hier staat tegenover dat niet voor huisvestingslasten wordt betaald als op de plek geen zorg wordt geleverd.
- De zorginstellingen zelf de afweging laten maken over huisvesting en zorg. Geen levering van zorg en huisvesting betekent dat er geen inkomsten zijn. De instellingen moeten zich oriënteren op de wensen van (toekomstige) bewoners, anders blijven deze weg. Daarbij hoort dat instellingen zelf de uitgavenmix bepalen om zorg en huisvesting aan de bewoners te leveren.
- In de periode 2012 t/m 2017 kwam de vergoeding die zorginstellingen voor kapitaallasten kregen uit twee systemen. Het oude budgetgarantiesysteem en het nieuwe normatieve (nhc) systeem. De budgetgarantie is in deze periode stapsgewijs afgebouwd, het nhc systeem met het risico van leegstand, is stapsgewijs opgebouwd.
- Sinds 2018 zijn er integrale tarieven, waarbij de zorginstellingen betaald krijgen voor zorg en huisvesting.

Hiermee is het speelveld veranderd, evenals de afweging van de zorginstelling. Waar men eerst, na vergunningverlening, relatief risicoloos kon investeren, is het al bij de bouw wenselijk na te denken over de termijn van de financiële verplichtingen en rekening te houden met een scenario van alternatieve aanwending van het gebouw. Als het gebouw onverhoopt moet worden afgestoten, wat is het dan voor een andere partij waard? Aan een investeringen zit door een hypotheek of een mogelijk langdurig huurcontract immers een langjarige financiële verplichting vast. Dit kan leiden tot meer terughoudendheid bij investeringen, anderzijds bestaat het fenomeen van «spookgebouwen» niet meer, i.e. gebouwen waarvoor de instelling wel een vergoeding ontvangt, maar waar niet langer zorg wordt verleend.

Overigens is de constatering van de veldpartijen dat de zorginstellingen doorgaans verdienen op het bedrag dat zij krijgen voor de kapitaallasten. Dit geld gebruiken zij voor zorgverlening. Er is geen tendens van grote investeringen in vastgoed ten laste van de zorgcomponent. Het is juist andersom. Zo blijkt dit onder meer uit het *Verantwoordingsdocument Prestaties en tarieven langdurige zorg, NZa, 18 oktober 2018* en een reactie van de Nederlandse beroepsorganisatie van accountants van 24 september 2020.

Zijn er aanpassingen nodig ten aanzien van de hotelkosten of bekostiging van de gemeenschappelijke ruimten?

Er is in de integrale tarieven rekening gehouden met de hotelkosten en bekostiging van vierkante meters. De keuze voor individuele of gemeenschappelijke ruimte, is een keuze die de zorginstelling maakt bij de bouwplannen en ook samenhangt met de inschatting van de wensen van de (toekomstige) bewoners.

Zijn er plannen voor een volledige scheiding van wonen en zorg.

Dit kabinet werkt niet aan concrete plannen om het wonen uit de Wlz te halen in de zin dat bewoners zelf huur gaan betalen. Dat neemt niet weg dat de afgelopen jaren een groei heeft plaatsgevonden van het aantal geclusterde wooninitiatieven op basis van VPT of pgb, waarmee de facto ook sprake is van scheiden van wonen en zorg.

Hoe staat het met de kapitaallasten van instellingen?

In de bekostiging is sprake van integrale tarieven, waarbij bekostigd wordt voor de geleverde *zorg en huisvesting*. Instellingen kunnen zelfstandig de afweging maken hoe zijn hun kosten in de bedrijfsvoering inrichten. Instellingen worden volgens een normbedrag vergoed voor uitgaven voor vastgoed. Dit normbedrag is toereikend voor het aantal vierkante meters (norm 2008). Over de hoogte van dit bedrag kan worden onderhandeld met het zorgkantoor.

In de hoogte van het normbedrag speelt een drietal variabelen een rol. Dit is de meerjarige ontwikkeling van de inflatie, de meerjarige ontwikkeling van de rente en de ontwikkelingen van de bouwregelgeving. Strengere eisen in het bouwbesluit kunnen bijvoorbeeld leiden tot hogere kosten bij instellingen en aanpassing van de hoogte van de tarieven. Zo kunnen hogere eisen aan bijvoorbeeld de isolatie en energieverbruik van gebouwen leiden tot aanpassing van de tarieven. Dergelijke ontwikkelingen worden door de NZa gevolgd en indien nodig worden tarieven bijgesteld.

De fluctuaties van de aanneemprijzen en grondprijzen worden thans niet meegenomen in de normtarieven. De aanneemprijzen fluctueren en het is aan instellingen zelf het moment te bepalen wanneer zij nieuw gaan bouwen. De grondprijzen zijn een afgeleide van het gemeentelijk grondbeleid. Het is aan gemeenten om in hun ruimtelijke ordening en grondbeleid rekening te houden met zorg.

De hoogte van de integrale tarieven stelt veldpartijen in staat om zorg en huisvesting te bieden. Hoe zij dat inrichten in de bedrijfsvoering is aan henzelf. De ene zorginstelling zal kiezen om te ontwikkelen in eigendom, de andere om een huurconstructie met een woningcorporatie of andere partij aan te gaan.

Hoe staan zorginstellingen ervoor?

Voor de beantwoording van deze vraag maak ik gebruik van gegevens die gaan over het boekjaar 2018. Voor de definitieve gegevens over 2019 wacht ik de gebruikelijke analyses van het CBS af. Pas in 2021 wordt uit de jaarverslagen 2020 duidelijk hoe instellingen dit jaar zijn doorgekomen.

Zorginstellingen hebben gemiddeld voldoende solvabiliteit (boekjaar 2018). De vermogens zijn de afgelopen jaren gestegen. Wel valt op dat er sprake is van een grote spreiding in de financiële cijfers van instellingen. De onderste 20% van de zorginstellingen heeft een beperktere financiële slagkracht en minder mogelijkheden om bijvoorbeeld vastgoed in eigendom te ontwikkelen.

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector hanteert bij de beoordeling van borgingsverzoeken een omvang van 20 – 25% als indicatieve vuistregel voor de omvang van het weerstandsvermogen. Banken hanteren een vergelijkbare maatstaf. Het Wfz signaleert dat er tussen 2011 en 2018 sprake is geweest van een terugloop in investeringen door zorginstellingen in de breedte van de gehele zorg (en daarvan afgeleid de vraag naar nieuwe garanties). De laatste anderhalf jaar ziet het Wfz weer enig herstel in de volumes aan nieuw verstrekte garanties.

Dit investeringsverloop hangt ook samen met de inspanningen en bouwinitiatieven voor de verbetering van de privacy in de zorginstellingen tot en met 2009. De instellingen zijn daarbij ondersteund door de inzet van de extra middelen van het Beleidsakkoord «samenwerken en samen-

leven». Deze stimuleringsmaatregel hing samen met de kredietcrisis, (€ 160 miljoen) en heeft geleid tot een versnelde verbetering van circa 6.500 plekken. Investerings zijn naar voren gehaald. De jaren daarna wordt uiteraard minder geïnvesteerd.

Daarnaast is er samenloop met de toenemende tendens van ambulantisering en extramuralisering en met de komst van de Wlz in 2015 en de bijbehorende overheveling van de lichtere zzp zorg naar het sociaal domein en de Zvw. Dit heeft geleid tot een heroriëntatie op de vastgoedportefeuilles, het afstoten of alternatief aanwenden van vastgoed in plaats van investeringen zijn daardoor lager geweest.

Een minder rooskleurig beeld is het bedrijfsresultaat van zorginstellingen. Daar staan zorginstellingen er minder goed voor. Met name in de sector V&V zijn de marges door de jaren heen smal. Naast de solvabiliteit zullen financiers ook kijken naar het bedrijfsresultaat van instellingen. Dit kan investeringsvoornemens hinderen, door een kritische opstelling van financiers. In de bijlage¹ vindt u grafieken over de solvabiliteit, het weerstandsvermogen en het gemiddelde resultaat van de bedrijfsvoering per sector.

Tot slot

Gelet op de vergrijzing en de capaciteitsopgave bij met name de verpleeghuizen, zullen investeringen noodzakelijk zijn. De urgentie om deze op gang te brengen is groot.

Voor de bouw van complexen en voorzieningen is de doorlooptijd van plan naar realisatie groot, terwijl de ontwikkeling van de demografie noodzaakt snel aan de slag te gaan. Zorgkantoren hebben het initiatief genomen om regioplannen op te stellen. Zij delen de inzichten daaruit met lokale, regionale en landelijke partners. Dit moet voor de zorgkantoren leiden toe resultaatafspraken en de bouw van 25.000 plaatsen per 2025.

Dit initiatief van de zorgkantoren zal ik ondersteunen, maar ik besef dat er veel zal moeten gebeuren om dit handen en voeten te geven. Zoals opgemerkt door Zorgverzekeraars Nederland zijn er vraagstukken die buiten de invloedssfeer van zorgkantoren vallen en vragen om commitment van andere partijen. Ik ben hierover reeds in overleg met betrokken partijen via de stuurgroep capaciteit verpleeghuizen, waarin ook het Ministerie van BZK en de Taskforce Wonen en Zorg zijn vertegenwoordigd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl