

Vergaderjaar 2016–2017

34 104

Langdurige zorg

Nr. 175

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 april 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft per brief van 17 november 2016 gevraagd om een brief over de stand van zaken bij de kapitaallasten care. Met deze brief voldoe ik aan dit verzoek. Ik maak daarbij gebruik van de meest recente NZa Monitor «Effecten langer thuis wonen» en mijn reactie daarop. Deze monitor heeft de NZa op 21 oktober 2016 gepubliceerd. In deze brief kom ik ook mijn toezegging na uit het algemeen overleg over verpleeghuiszorg van 8 februari 2017 (Kamerstuk 31 765, nr. 265) over de inventarisatie van knelpunten bij tussenwoningvormen.

Naar een nieuw systeem van bekostiging van huisvesting

Tot 2009 kregen AWBZ-zorginstellingen een vergunning voor het realiseren van vastgoed met zorg in natura. Als zij deze intramurale plaatsen uit de vergunning realiseerden, kregen zij op basis van nacalculatie een vastgestelde vergoeding voor het vastgoed. In 2005 is aangekondigd dat in de gehele zorgsector het tot dan toe bestaande bouwregime en de contracteerplicht zouden worden afgeschaft en dat in de periode 2012–2017 gefaseerd zou worden overgestapt naar een integrale bekostiging van vastgoed. In de AWBZ (en later de Wlz) is dat uitgewerkt met de normatieve huisvestingscomponent (nhc) als vergoeding voor vastgoed bij zorg in natura.

Instellingen hebben in het nieuwe systeem vrijheid om te investeren naar eigen inzicht. Daarmee kunnen zij beter aansluiten bij de wensen van cliënten. Wel worden zij ook zelf geconfronteerd met de consequenties van hun investeringen. Investeringskosten moeten daarom weloverwogen zijn. Alleen als cliënten daadwerkelijk bij een instelling wonen, ontvangt de instelling een nhc-vergoeding.

Verder kan een bewoner met een Wlz-indicatie bij een instelling wonen en zelf huur betalen aan de zorginstelling indien hij de zorg ontvangt vanuit

de leveringsvormen vpt, mpt of pgb. In dat geval is er geen sprake van een vastgoedvergoeding aan de instelling door de Wlz-uitvoerder.

Het financieel gevolg van leegstand

Het risico op leegstand wordt in het overgangsregime geleidelijk ingevoerd. Het overgangsregime heeft twee ingebouwde dempers.

1. In de periode 2012 t/m 2017 worden de kosten voor leegstaand van vastgoed nog gedeeltelijk vergoed via de nacalculatie. De vergoeding wordt wel steeds kleiner en stopt per 2018. In 2017 wordt nog maximaal 15% van het leegstandsrisico vergoed via de nacalculatie.
2. In de periode 2012- 2017 krijgt een zorgaanbieder voor een gebouw een steeds oplopend percentage van de maximale normatieve huisvestingscomponent (nhc). Heeft de instelling oude gebouwen van voor 2000 die bewoond zijn, dan is de maximale nhc hoger dan de uitgaven die de instelling heeft aan rente en afschrijving. Hoe ouder het gebouw, hoe groter het voordeel. In 2017 krijgt de zorginstelling 85% van de maximale nhc vergoedingen per gevulde plek en is dit voordeel maximaal.

In onderstaande tabel is de fasering in de overstap van bouwregime op de nhc weergegeven. Per 2018 is de nhc samen met het zorgzwaartepakket (zzp) één integraal tarief.

Tabel: vergoeding vastgoed bij overgangsregime (2012–2017)

	Totale vergoeding vastgoed = deel 1+2	
	Deel 1 nacalculatie (vroegere systeem)	Deel 2 nhc (normatieve huisvestingscomponent)
2012	90%	10%
2013	80%	20%
2014	70%	30%
2015	50%	50%
2016	30%	70%
2017	15%	85%
vanaf 2018 ev.	0%	100%

Uitgaven nhc

De uitgaven voor het nhc-deel waren in 2014 en 2015 € 819,2 miljoen respectievelijk € 1.208,7 miljoen (CBS, Monitor Langdurige Zorg). De uitgaven(raming) voor de nacalculatie zijn in 2015 en 2016 respectievelijk € 1.388,7 miljoen en € 804,5 miljoen (TK 34 550 XVI, Begroting 2017).

Hoogte en aanpassing van de nhc: inflatie en rente

In de periode 2012–2017 is de nhc jaarlijks met 2,5% geïndexeerd. Deze indexatie is gebaseerd op de 30-jarige inflatie (CBS) en de afschrijvings-termijn van een gebouw zonder een tussentijdse renovatie (30 jaar). In 2011 is met partijen afgesproken om de indexering gedurende het overgangsregime constant te houden. De hoogtes van de maximale nhc vergoedingen voor 2017 staan vermeld in een beleidsregel van de NZa.¹

¹ <https://www.nza.nl/1048076/1048090/>

BR_REG_17139__Tarieven_normatieve_huisvestingscomponent_NHC_en_normatieve_inventariscomponenten

Per 2018 eindigt het overgangsregime. Na de overgangsperiode worden de tarieven voor het zorgzwaartepakket en de nhc geïntegreerd in één tarief. Dit tarief is bij de zorginkoop onderhandelbaar.

In de nhc is thans een rentepercentage (5,0%) opgenomen voor de afbetaling van leningen. Het rentepercentage is gebaseerd op een langjarig gemiddelde uit de renteontwikkelingen AWBZ 1987–2010 (CBS). Dit langjarige gemiddelde is inmiddels gedaald naar circa 4%. In de overgangsperiode (2012 t/m 2017) wordt geïndexeerd met 2,5% (inflatie).

Voor het vastgoed-onderdeel van het integrale tarief zal de NZa vanaf 2018 voor rente en inflatie af en toe bijstellingen doen. De hoogte van de nhc zal worden aangepast aan de inflatie en rente. De bijstellingen van deze variabelen zullen in de toekomst beperkt in frequentie zijn (bijv. 5 jaarlijks), omdat investeringen in vastgoed voor de lange termijn zijn gebaat bij stabiliteit.

Overigens hebben de brancheverenigingen van zorgaanbieders bij brief van 9 maart laten weten dat zij, bij nader inzien, een onderhandelbaar tarief voor vastgoed ongewenst vinden. Zij willen voor investeringen graag een zo stabiel mogelijke vergoeding voor vastgoed. Ik zal hierover met hen in gesprek gaan.

De ontwikkelingen in de overgangsjaren

De introductie van de nieuwe bekostiging van kapitaallasten heeft voor zorgaanbieders een aantal veranderingen met zich meegebracht voor de investeringsbeslissingen en de competenties die bestuurders daarvoor nodig hebben.

Veranderende kennis en competenties van zorgaanbieders

Goede investeringen zijn in het veranderende stelsel van extra belang geworden. Leegstand wordt immers per 2018 geheel niet meer vergoed. Mijn huidige beeld gebaseerd op de gesprekken die ik met accountants van de NBa (Nederlandse Beroepsorganisatie van accountants) en Coziek voer, is dat het kennisniveau van de sector over vastgoed, financiën en een gezonde exploitatie is gestegen. Zorgaanbieders zijn er zich van bewust dat de fysieke omgeving aantrekkelijk moet blijven voor (toekomstige) bewoners.

Verantwoorde investeringen

Om verantwoord investeringen te doen voor zorg en welzijn is professionaliteit en alertheid van groot belang. Daarnaast vraagt dit goed risicobeheer en een goede interne informatievoorziening. Financiers zoeken partners aan de andere kant van de tafel die dit laten zien en een heldere toekomstvisie hebben.

De beroepsverenigingen voor bestuurders en interne toezichthouders in de zorg, alsook de Nederlandse Beroepsorganisatie van accountants en verschillende financiers, geven aan dat de competenties en kennis van nieuwe bestuurders, interne toezichthouders en controllers hier beter op aansluiten.

Leegstand wordt per 2018 geheel niet meer vergoed aan aanbieders. Hun vastgoedstrategie is daarmee van groot belang geworden. De investeringen worden enkel terugverdiend door aan te sluiten bij de wensen van toekomstige bewoners.

Monitor Effecten Langer thuis wonen

De dynamiek van vastgoed en de omgang met leegstand door zorgaanbieders komt onder meer in de Monitor Effecten Langer thuis wonen van de NZa ter sprake. Deze vervolgmonitor van de NZa is daarmee een goede aanvulling op het beeld van de sector en de financiële impact van de beleidswijzigingen. Daarvoor zeg ik de NZa dank.

Bevindingen uit de recente NZa monitor

De NZa monitor kijkt over de periode 2012–2015 naar de (financiële) effecten van het beleid langer thuis wonen op de continuïteit van de langdurige zorg. Een deel van de financiële effecten heeft te maken met leegstand door de verminderde nieuwe instroom van cliënten.

De recente NZa monitor is een vervolg op de «Monitor en beleidsbrief Continuïteit van langdurige zorg» van april 2014. De conclusie van dat NZa-onderzoek was dat op de korte termijn geen problemen voor de continuïteit van zorg waren te verwachten. De NZa constateerde dat er in vijf regio's een grote veranderopdracht is in combinatie met een relatief beperkte financiële veranderruimte.

De NZa heeft in aansluiting hierop een nieuwe monitor gepubliceerd in oktober 2016 gebaseerd op zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek naar risico's voor de continuïteit van zorg. De NZa concludeert op basis van de resultaten dat het risico op het niet kunnen borgen van de continuïteit van zorg in de zorgkantorregio's klein is.

Het kwantitatieve onderzoek is door de NZa geoperationaliseerd aan de hand van het begrip *veranderopdracht* (wegvallende productie) en *veranderruimte* (solvabiliteit) en de liquiditeit van de zorginstelling. Een beperkt aantal zorgaanbieders heeft zowel een grote veranderopdracht als een beperkte veranderruimte. De veranderopdracht neemt ten opzichte van de vorige rapportage geleidelijk af. In de ouderenzorg daalt deze van 14,6% in 2012 naar 9,9% in 2014. Voor de gehandicaptenzorg daalt deze van 11,2% naar 9,0% over de jaren 2012 tot en met 2014. Verder concludeert de NZa dat zorgkantorregio's een gemiddeld goede financiële positie van zorgaanbieders laten zien.

Voor het kwalitatieve onderzoeksdeel heeft de NZa gesproken met zorgaanbieders, koepelorganisaties en zorgkantoren. Daarbij is ook aandacht besteed aan vastgoed en de zorginkoop. De veldpartijen geven in de breedte aan dat zij er vertrouwen in hebben dat de sector de veranderingen kan opvangen. Het veld ziet de komende jaren wel uitdagingen in het vastgoedvraagstuk.

Het signaal uit de NZa monitor dat het veld van zorgaanbieders, zorgkantoren, brancheorganisatie en cliëntenorganisaties er vertrouwen in hebben dat de sector de veranderingen aankan, is voor mij een belangrijke constatering. Zij zijn pijlers binnen zorg en welzijn en het is belangrijk hoe zij om kunnen gaan met de effecten van het beleid langer thuis wonen.

Overigens laat dit onverlet de zorg die de koepels van zorgaanbieders hebben uitgesproken in hun brief van 9 maart over de onderhandelbaarheid van de nhc-tarieven. Daarover zal ik zoals vermeld, met hen in gesprek gaan.

De NZa merkt op dat zorgaanbieders nadenken over het vastgoed en oplossingen zoeken om vrijgekomen vastgoed rendabel te houden: «Vrijgekomen intramurale plaatsen worden op een andere wijze ingezet,

zoals voor particuliere verhuur, voor andere cliëntgroepen, voor zwaardere zorg of locaties worden afgestoten. De «puzzel» voor de financieringsstromen voor het vastgoed wordt zagezegd opnieuw gelegd. Ook gebruiken zorgaanbieders alternatieve mogelijkheden om zorg te kunnen blijven leveren.»

Zorgaanbieders in de Wlz zijn per 2009 zelf verantwoordelijk geworden voor hun investeringen. Zij kregen de vrijheid om zelf de investeringen te bepalen om zo beter aan te sluiten bij de vragen van cliënten. Aan de andere kant lopen zij risico over deze investeringen. Als zij geen goede zorg en kwaliteit bieden, ontvangen zij geen geld voor de afbetaling van hun verplichtingen, waaronder rente, afschrijvingen en huur van vastgoed. Leegstand willen zij daarom voorkomen en als leegstand zich voordoet zullen zij op zoek gaan naar alternatieven voor hun vastgoed.

De bevindingen van de NZa sluiten aan bij het beeld dat ik tot nu toe heb over het verloop van de transitie, de omgang met vastgoed en de financiële impact daarvan.

De omgang met feitelijke leegstand is afhankelijk van de lokale situatie. Daarom worden andere keuzes gemaakt voor het vastgoed. Het gebouw kan bijvoorbeeld worden gerenoveerd of ingezet voor andere gebruikers, zwaardere zorg of particuliere verhuur. Ook verkoop behoort tot de mogelijkheden of gebruik voor andere woon-zorgarrangementen. Door een veranderende zorgbehoefte zien we in de loop der jaren een veranderende vraag naar woon-zorgarrangementen ontstaan. Waar in het verleden vooral efficiëntie van de zorgverlening centraal stond, verschuift steeds meer de focus naar het centraal stellen van de bewoner. Er ontstaat een meer divers aanbod aan woon-zorgarrangementen voor mensen die liever geclusterd willen wonen, maar nog niet in aanmerking komen voor de Wlz².

In voormalige verzorgingshuizen worden nieuwe arrangementen ontwikkeld³. En ook voor bijvoorbeeld mensen met dementie zien we steeds meer kleinschalige geclusterde vormen van woon-zorgarrangementen ontstaan⁴.

Uit cijfers van het CBS over de financiële positie van zorginstellingen en de ontwikkeling van de materiële activa, komt het beeld naar voren dat de sector Verpleging & Verzorging zijn vastgoedportefeuille herpositioneert, zonder dat dit op grote schaal tot (financiële) problemen leidt. Over het algemeen staan de Wlz-instellingen in Nederland er goed voor gezien de solvabiliteit en het weerstandsvermogen. De sector V&V heeft de afgelopen jaren goede financiële resultaten laten zien en gemiddeld genomen zijn zowel het weerstandsvermogen (eigen vermogen als percentage van de jaarlijkse omzet) als de solvabiliteit (eigen vermogen als percentage van het balanstotaal) goed.

Verpleging en verzorging	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>gem. solvabiliteit</i>	19,6%	29,1%	30,0%	30,3%	31,1%	33,6%	34,6%	35,6%	36,2%
<i>gem. weerstandsvermogen</i>	16,1%	22,4%	23,4%	25,7%	27,6%	29,6%	31,0%	32,3%	32,8%

Bron: CBS

² Zie artikelenserie «Zorgvastgoed met toekomst» van het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (<http://www.kenniscentrumwonenzorg.nl/thema/zorgvastgoed/zorgvastgoed-met-toekomst>).

³ Zie de publicatie «All Inclusive» van het Kennis- en experimentenprogramma «Langer thuis» (<http://www.platform31.nl/publicaties/all-inclusive>).

⁴ Zie de publicatie «Comfortabel wonen met dementie» van het Kennis- en experimentenprogramma «Langer thuis».

In een analyse van TNO van november 2014 van de gevolgen van extramuralisering op vastgoed, is per regio een te verwachten restschuld berekend. De rapportages zijn te vinden op www.zorgopdekaart.nl. Het financiële gat van niet terug te verdienen investeringen is beperkt, omdat het oudere vastgoed grotendeels is afgeschreven. Ik merk op dat dit een gemiddeld beeld is. Het betekent niet dat er voor individuele instellingen geen financiële gevolgen zijn.

De NZa wijst er op dat een vastgoedbeslissing van een aanbieder grote gevolgen kan hebben voor cliënten die daardoor moeten verhuizen. Ik deel deze constatering en besef terdege dat een verhuizing heel ingrijpend is, zeker voor bewoners voor wie de instelling voldoet aan hun eisen en die hier op hoge leeftijd mee worden geconfronteerd. Daarom vind ik het van groot belang dat bij deze verhuizingen rekening wordt gehouden met de wensen van de bewoners en de communicatie zorgvuldig en tijdig verloopt.

De NZa signaleert verder dat partijen als gemeenten, zorgaanbieders en zorgkantoren zich moeten aanpassen aan de nieuwe situatie en ervaring moeten opdoen. Hij merkt op dat zijn monitor zich in eerste instantie richt op de beleidseffecten van de hervorming van de langdurige zorg. Uit het kwalitatieve deel van het onderzoek komen ook gevolgen voor andere domeinen naar voren. Gemeenten, zorgaanbieders en zorgkantoren moeten zich aanpassen aan de verschuiving van intramurale lichte zorg naar de thuissituatie, opdat de zorgvraag van de cliënt goed wordt beantwoord.

Dit signaal van de NZa sluit aan bij het uitgangspunt van de Transitie-agenda dat de benodigde transitie en transformatie het beste op lokaal en regionaal niveau kan plaatsvinden. Er is behoefte aan een samenhangende aanpak van wonen, zorg en welzijn, die ingaat op de ontwikkeling van vraag en aanbod rondom geschikte intra- en extramurale woonvormen, passende zorg en ondersteuning, alsook op een woonomgeving. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgkantoor en gemeenten om te overleggen over de afbouw van intramurale capaciteit en over de herschikking van het zorgaanbod. Bij het tot stand komen van nieuwe woonvormen en de transformatie van bestaand vastgoed is leegstand een drijfveer. De partijen hebben vanuit hun eigen verantwoordelijkheid de mogelijkheid om met elkaar te transformeren en innoveren.

Het kabinet heeft voor deze transitie medio 2014 het Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen (AJT) (Kamerstuk 32 847, nr. 121) ingesteld dat gedurende anderhalf jaar bijna alle regio's heeft bezocht en met inwoners, gemeenten, zorgkantoren, woningcorporaties, zorgaanbieders en andere marktpartijen heeft gesproken over de opgave waar zij voor staan, de verantwoordelijkheid die zij hierbij dragen en de eventuele knelpunten die zij hierbij ervaren. Het AJT heeft de desbetreffende partijen lokaal en regionaal ondersteund en gestimuleerd, met name in de bewustwording van lokale partijen over de opgave bij het langer zelfstandig wonen, hun rol daarbij en de instrumenten die hun hierbij ter beschikking staan. Het AJT heeft op 1 april 2016 haar werkzaamheden afgerond.

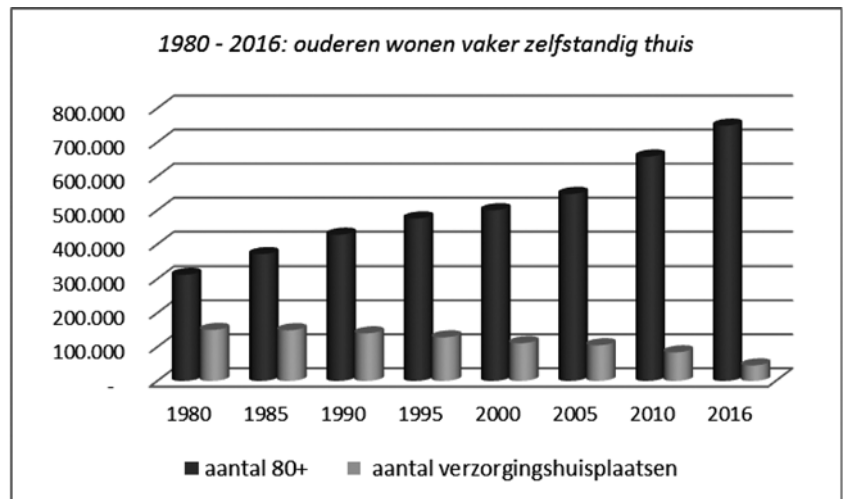
Er moet ruimte zijn om innovatief en naar lokaal inzicht te handelen. Daarom moeten we terughoudend zijn om van bovenaf regels op te leggen. De rijksoverheid kan een rol spelen bij het verspreiden van goede voorbeelden, het wegnemen van eventuele hindernissen en kennisdeling. Dit wordt ondermeer ingevuld met een ondersteuningsprogramma voor gemeenten en andere lokale/regionale partijen (zorgkantoren, corporaties,

aanbieders en cliënten en hun vertegenwoordigers). Centraal binnen dit ondersteuningsprogramma staat de vraag wat nodig is om te komen tot een langjarige, integrale visie en uitvoeringsagenda op het gebied van wonen en zorg. Daarin wordt ook aandacht besteed aan de transformatie van vastgoed.

Ik verwijs u in dit verband ook naar de brief van 23 mei 2016 met de reactie op het Eindrapport van het Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen «Van tehuis naar thuis».⁵

Langer thuis wonen in perspectief

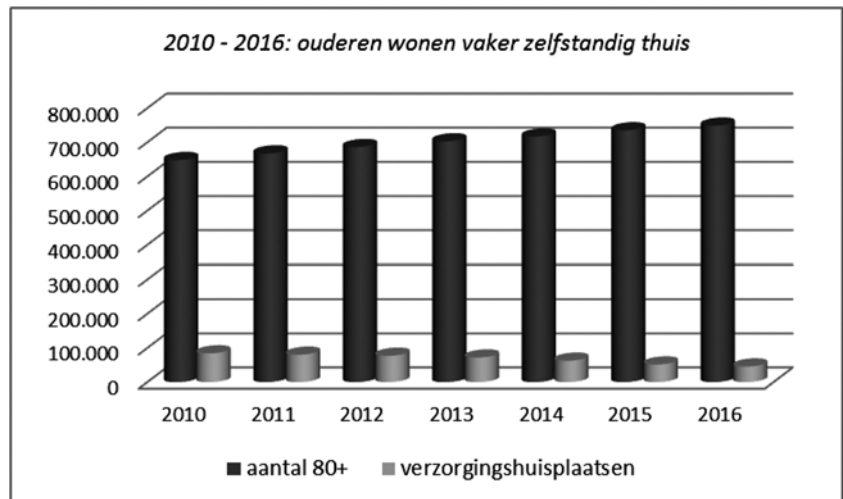
Ouderen kiezen ervoor om steeds langer thuis te blijven wonen. Sinds de jaren '80 van de vorige eeuw gaat de trend van een sterke stijging van het aantal 80-plussers samen met een daling van de vraag naar verzorgingshuisplaatsen. De onderstaande figuren maken zichtbaar dat deze trend reeds lang voor de huidige kabinetsperiode is ingezet en dat het daarna gevoerde beleid daar goed op aansluit.



bron: CBS en NZa

⁵ Kamerstuk 32 487, nr. 228.

In onderstaande grafiek is een uitsnede van de periode 2010–2016 weergegeven.



bron: CBS en NZa

Tussenwoonvormen

In deze brief kom ik ook de toezegging na uit het AO verpleeghuiszorg van 8 februari 2017 over het in kaart brengen van knelpunten op korte en lange termijn voor het ontwikkelen en aanbieden van tussenwoonvormen, inclusief aandacht voor communicatie. Ik informeer u hieronder over de meest recente ontwikkelingen, de acties die de Minister van BZK en ik reeds ondernemen.

Onder tussenwoonvormen versta ik woningen voor mensen die zorg en/of ondersteuning nodig hebben. Voor dit soort woningen bestaat geen algemene definitie, er worden verschillende namen gebruikt zoals zorgwoningen, seniorenwoningen, aanleunwoningen en ouderenwoningen.

Samenwerkingsverbanden bestaande uit gemeenten, woningcorporaties en aanbieders ontwikkelen woningen voor mensen met een zorg- en ondersteuningsvraag. Een dergelijke woonvoorziening heeft vaak als uitgangspunt dat er meerdere mensen in één gebouw of op één complex wonen met een gecombineerd aanbod van wonen, zorg en voorzieningen. Dit blijkt onder andere uit het aantal nieuwe regionale en gemeentelijke woonvisies en het hoge aantal prestatieafspraken waarin wonen en zorg is opgenomen.

Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten, zorgaanbieders, woningcorporaties en particuliere investeerders om ervoor te zorgen dat er voldoende geschikte woningen en woonvormen zijn.

Gemeenten, woningcorporaties en aanbieders komen (nog) niet altijd tot de goede afspraken over de realisatie van de woonvoorziening, de grondprijs en het gewenste zorg- en ondersteuningsaanbod. Dit kan tot gevolg hebben dat een tussenwoonvorm niet van de grond komt. Het AJT heeft bij de inventarisatie van knelpunten op het terrein van het langer zelfstandig wonen ook aandacht gehad voor collectieve woonvoorzieningen.

Aan gemeenten, woningcorporaties, zorgkantoren, particuliere investeerders en zorgaanbieders is geadviseerd om op lokaal en regionaal

niveau woonzorgvisies op te stellen. In deze visies kunnen de partijen afspraken maken over het aantal woningen, de verantwoordelijkheidsverdeling tussen partijen, infrastructurele aanpassingen en woonvoorzieningen. Om deze beweging een stap verder te helpen is aan Platform 31 verzocht om een ondersteuningsprogramma in te richten om partijen te ondersteunen bij het maken van deze afspraken en het wegnemen van knelpunten. De lessen uit dit programma worden breed gedeeld met gemeenten, woningcorporaties en aanbieders.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn