

Vergaderjaar 2008–2009

27 659

Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoedienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen)

Nr. 114

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 juli 2009

Als toegezegd tijdens het overleg met uw Kamer over de WTZi en de afschaffing van het bouwregime op 27 januari 2009 (TK 2008–2009, 27 659, nr. 111) en het daarop volgende VAO op 5 februari 2009 (Handelingen TK 2008–2009, nr. 51 blz. 4253–4257), hetgeen schriftelijk door mij aan u is bevestigd in mijn brief van 25 maart 2009 (TK 2008–2009, 27 659, nr. 112) doe ik u hierbij het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de te hanteren uitgangspunten bij de berekening van een kapitaallastencomponent in de zorgzwaartepakketten (ZZP's) toekomen.¹ Ik hecht eraan in herinnering te roepen dat de wijzigingen in de systemen die er voor moeten zorgen dat de cliënt en diens zorg- en huisvestingsvraag het draaipunt gaan vormen in de langdurige zorg reeds langer geleden zijn gestart (functiegerichte aanspraken in de AWBZ sinds 2003, vervangen van de planning- en bouwwet Wet ziekenhuisvoorzieningen door de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) in 2006: geen planning meer, wel wettelijk verankerd bouwprogramma, afschaffen bouwregime als onderdeel van de WTZi met ingang van 2009). De afschaffing van het bouwregime en de totstandkoming van integrale tarieven zijn, naast en na de introductie van de zorgzwaartepakketten in 2008, belangrijke stappen om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders hun focus richten op hun cliënten: zonder cliënten geen inkomsten. Hoe beter – binnen de genormeerde tarieven – wordt tegemoet gekomen aan de wensen van cliënten, hoe zekerder de (financiële) toekomst van de onderneming is en des te soepeler de relatie met de verzekeraars en de banken.

Zoals u weet vindt de financiering van de intramurale zorg plaats op basis van zorgzwaartepakketten in de gehandicaptenzorg, de langdurige geestelijke gezondheidszorg en in de verpleging en verzorging met verblijf. Aan die bekostiging wordt met ingang van 2011 een element voor de huisvesting toegevoegd. Het doet mij deugd dat de NZa nu over de uitgangspunten voor de berekening daarvan een advies heeft uitgebracht. Daardoor kan ik mijn toezegging aan u gestand doen. Ook ben ik TNO Centrum Zorg en Bouw dank verschuldigd. Zij zijn nauw betrokken bij zowel de

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

gedachtevorming rondom het advies van de NZa als bij de berekeningen die uit de uitgangspunten voortvloeien.

In deze brief geef ik u mijn reactie op het advies. Bovendien maak ik bekend welk bedrag in ieder geval in de ZZP's zal worden opgenomen ter voorziening in de kosten van de huisvesting van cliënten. Het betreft een minimumbedrag dat zal worden betaald in geval van nieuwbouw. In de komende maanden zal in samenspraak met de NZa en TNO/CZB worden gewerkt aan de invulling van de onderscheiden keuzes in de uitgangspunten. Die invulling zal mogelijk tot positieve aanpassing van die minimumbedragen voor nieuwbouw gaan leiden. Een beslissing ten aanzien van de vraag of interimhuisvesting onderdeel moet zijn van integrale bekostiging en zo ja, voor welk bedrag is bijvoorbeeld zo'n punt van nadere besluitvorming en mogelijk positieve aanpassing van de bedragen.

De wetenschap van deze bedragen zal er naar ik verwacht aan bijdragen dat zorgaanbieders en banken beter in staat zijn plannen te ontwikkelen (of oude plannen nog eens tegen het licht te houden) en te beoordelen op hun haalbaarheid.

Mocht er al sprake zijn geweest van terughoudendheid in de besluitvorming ten aanzien van (financiering van) bouw, als gevolg van onbekendheid met de vormgeving van de nieuwe bekostigingssystematiek, dan zou deze informatie hen in staat moeten stellen weer in beweging te komen.

Advies NZa en reactie daarop

In 2008 heeft de NZa eerste berekeningen gemaakt over het integraal tarief op basis van de kosten uit het verleden. De gedachte was om de effecten van de herverdeling van de ZZP's te combineren met de herverdelingseffecten van de integrale tarieven. Deze benadering heb ik verlaten om geen stapeling van invoeringseffecten te veroorzaken, waarbij er geen duidelijkheid zou zijn ten aanzien van de oorzaak van een bepaald effect.

Snel werd ook duidelijk dat de berekening van een integraal tarief op basis van de gemiddelde historische kosten niet bruikbaar was. Immers, instellingen die recent nieuwbouw hebben gepleegd, zouden dan met de invoering van integrale tarieven op basis van een kostennorm gebaseerd op een historisch gemiddelde worden bekostigd. Aangezien in de loop van de jaren inzichten ten aanzien van zorginhoudelijke kwaliteit, bouwkundige kwaliteit (bouwregelgeving Vrom, gemeentelijke eisen) en functionaliteit van gebouwen zijn gewijzigd en vrijwel altijd hebben geleid tot een positieve bijstelling van de bouwnormen en de bijbehorende bouwkostenkenngetallen, levert een gemiddelde voor degene die naar de laatste normen hebben gebouwd een tekort aan middelen op. Dat gaat dan zeker op voor degenen die na de introductie van de integrale tarieven zouden gaan bouwen.

Daarom is teruggegrepen naar het concept van een normatieve component voor de kapitaallasten. Uitgangspunt is dat een instelling nieuwe bouw moet kunnen realiseren volgens de meest recente bouwnormen (normen van het College bouw zorginstellingen (CBZ) van 2008). Een kapitaallastcomponent is het percentage dat een instelling jaarlijks moet ontvangen om het gebouwde te kunnen financieren en onderhouden tot aan het einde van de afschrijvingsperiode. Aangezien deze component onderdeel is van een ZZP en daadwerkelijke zorglevering leidt tot bekostiging, betekent dit dat de instelling risico loopt als niet 100% van de geplande omzet wordt gedraaid. Tot nu toe liep een instelling dat risico niet omdat de kosten voor de kapitaallasten werden nagecalculeerd. In het

navolgende kom ik hierop terug in relatie tot het te ontwikkelen invoeringstraject.

De NZa heeft in het advies aangegeven dat zij verwacht dat de invoering van het integrale tarief tot een verschuiving naar voren van de geraamde middelen leidt.

Uitgangspunt voor mij is dat het hanteren van integrale tarieven vanaf 2011 dient te passen in het Budgetair Kader Zorg (BKZ). Juist om die reden heeft de NZa – na het uitbrengen van het advies en de reactie mijnerzijds ten aanzien van de financiële middelen vernomen hebbend – zich beraden op een verantwoorde wijze van invoeren van de integrale tarieven. Ik heb daarop van de NZa een voorstel voor mogelijke invoeringstrategieën ontvangen. Later dit jaar kom ik hierop terug. Maar ik wil met deze brief zekerheid aan zorgaanbieders en banken geven op het punt van de inhoud en minimale hoogte van de tarieven. Daarbij is een aantal overwegingen van belang. Als ik het bouwregime niet zou hebben afgeschaft, was het systeem van bouwen op basis van normen tegen vastgestelde kosten die in de loop van de tijd zouden zijn aangepast naar de nieuwste inzichten voortgezet en in de financiële ramingen verwerkt. De huidige instellingsbudgettering kent een beleidsregel voor instandhouding-investeringen. Er wordt jaarlijks een bedrag voor instandhouding-investeringen (klein, jaarlijks onderhoud) normatief toegekend. Daarnaast kennen instellingen de zogenaamde trekkingsrechten, waarmee incidentele instandhouding kan worden gerealiseerd (groot onderhoud/renovatie na ca. 20 jaar). Beide onderdelen komen uiteraard te vervallen bij de introductie van de integrale tarieven. De integrale ZZP's vervangen dus volledig de bestaande regelgeving inzake instandhouding-/trekkingsrechten. Niet benutte trekkingrechten vervallen, het saldo van de verplichte reserve instandhouding wordt toegevoegd het eigen vermogen. In de macrobudgettaire BKZ ramingen wordt het toekomstige (geschatte) gebruik van de trekkingrechten meegenomen als toekomstige uitgaven.

In het navolgende wordt het advies van de NZa – niet per sé in dezelfde volgorde – verwoord en geef ik daarop mijn reactie. Ik doe daarmee mijn toezegging gestand dat ik de uitgangspunten voor het integrale tarief zal duiden. Het advies van de NZa laat mij een aantal keuzes in die uitgangspunten. In de periode tot het begrotingsdebat dit najaar zal op die onderscheiden onderdelen nader overlegd worden met de NZa en TNO CZB en zullen de keuzes en berekeningen worden gemaakt.

Uitgangspunten

De NZa heeft onderdelen van een normatieve kapitaallastcomponent benoemd waaruit keuzemogelijkheden voortvloeien. Deze moeten in onderlinge samenhang worden gezien.

– Afschrijvingstermijn (looptijd van de investering) van het gebouw

De NZa stelt voor om de afschrijvingstermijnen van gebouwen terug te brengen van 50 naar 40 jaar, gebaseerd op een in de praktijk gehanteerd investeringspatroon dat uitgaat van nieuwbouw na 40 jaar en een tussentijdse grootschalige renovatie na 20 jaar. In de praktijk halen zorggebouwen niet altijd een levensduur van 50 jaar.

De afschrijvingstermijn van 50 jaar leidt tot een reservoir aan boekwaardeverliezen.

Bij invoering van integrale tarieven hebben die gebouwen nog niet hun maximale rendement – dat was geënt op 50 jaar – gehaald.

Dit onderdeel zal ik bezien in het totaal van de weging die ik in de aanloop naar integrale tarieven maak. Daarbij merk ik op dat het voor-

deel van het door de NZa voorgestelde patroon maar betrekkelijk is. Een afschrijvingstermijn van 40 jaar met een tussentijdse renovatie is duurder gebleken dan nieuwbouw na 30 jaar zonder een tussentijdse renovatie.

Daarbij merk ik op dat het advies van de NZa niet – evenmin als in de huidige situatie – leidt tot een verplichting voor de instelling voor een bepaald investeringspatroon. Het is aan de instelling om het meest passende en kostenefficiënte patroon van nieuwbouw en eventueel renovatie te kiezen. De instelling kan bijv. kiezen om een gebouw sneller af te schrijven, of juist te kiezen voor een hogere kwaliteit aan de start (hogere aanvankelijke investering), zodat het gebouw – met een tussentijdse renovatie na bijv. 30 jaar – wel 50 jaar meekan.

– **Instandhoudingsinvesteringen** (bedragen voor groot en klein onderhoud)

In de benadering van de NZA zijn onderhoud en instandhouding en renovatie meegenomen in het integrale tarief.

Dit komt in de plaats voor de bestaande regelgeving voor onderhoud en instandhouding (in budget respectievelijk trekkingsrecht in kader van de meldingsregeling).

De NZa stelt voor dit op 0,8% van de nieuwbouwwaarde te stellen. Deze norm komt uit de huidige praktijk voort (percentage overigens zonder OZB, heffingen en verzekeringen, die via (het zorgdeel van) de ZZP worden vergoed). Deze middelen gebruikt een instelling om de technische en functionele veroudering van het gebouw tegen te gaan (bijv. vervanging van een elektrische installatie of de reparatie van een dak).

De instandhoudingsinvesteringen gaan onderdeel uitmaken van de integrale tarieven, het systeem van de meldingregeling met zijn trekkingsrechten komt te vervallen. Ik zal dit op een later tijdstip bij de overige besluitvorming betrekken.

o **Discontovoet: reële rente en inflatie**

De huidige vergoeding van de rentekosten is gebaseerd op een model van rentenormering. De NZa stelt in haar advies voor om bij de primaire berekeningen uit te gaan van een reële rente van 4,0% en een inflatie van 2,5%, samen dus een nominale rente van 6,5%.

De NZa wijst er bovendien op dat een instelling die met eigen vermogen activiteiten financiert, daar een gelijke rentevergoeding over moet kunnen berekenen als wanneer daarvoor vreemd vermogen moet worden aangetrokken. In het huidige systeem zit immers een prikkel die instellingen aanmoedigt om met vreemd vermogen te financieren, omdat in de nacalculatie door de NZa geen rente over eigen vermogen wordt meegenomen, alleen inflatiecorrectie.

De hoogte van de rente en de inflatie en het al dan niet meenemen van een vergoeding voor de inzet van eigen vermogen zal ik eveneens in bij de vaststelling van de integrale tarieven betrekken.

De bewegingen op de financiële markten zijn de afgelopen jaren dusdanig geweest dat ik mij afvraag of de door de NZa gehanteerde percentages reëel zijn en voor een langere termijn als uitgangspunt kunnen dienen.

Een relevante andere vraag is of de rentenormering mee moet bewegen met fluctuaties in de markt. Deze vraag heeft de afgelopen maanden aan relevantie gewonnen. Toch bemoeilijkt een koppeling van de rentenormering aan marktfluctuaties de planning van langlopende investeringen en heeft het de voorkeur daarvan af te zien. Immers veld en financiers rekenen in hun businesscase bij voorkeur met stabiele factoren.

– **Interimhuisvesting**

Uit het advies van de NZa blijkt dat de (historische) kosten voor interimhuisvesting hoog zijn. Uit de berekeningen van TNO-CZB is gebleken dat sinds 2005 een bedrag van circa € 490 mln. aan interimhuisvesting gerelateerde kosten is gemaakt. Ik ben van mening dat interimhuisvesting noodzakelijk kan zijn om voor ontstane ongewenste situaties in de sfeer van de bestaande huisvesting een oplossing te vinden. Daarbij denk ik met name aan de gevallen van rood of oranje scorende gebouwen in de gehandicaptensector of meerpersoonskamers in de V&V. Interimhuisvesting is echter onevenredig duur. Op termijn vind ik het voor de hand liggen om de vergoeding voor interimhuisvesting te heroverwegen en daarbij ook een eventuele vergoeding voor grond te betrekken. Immers als een instelling meer armslag heeft om grond te verwerven, is er mogelijk minder noodzaak voor interimhuisvesting. Daarbij heb ik er oog voor dat de vergoeding voor interimhuisvesting niet van het ene moment op het andere kan worden afgeschaft. Er zijn ook al afspraken ter zake interimvoorzieningen gemaakt. Daarmee hou ik uiteraard in de nadere besluitvorming rekening.

– **Grondkosten, bouwrente en startkosten**

De NZa stelt voor deze een plaats te geven in een normatieve kapitaal-lastencomponent.

Voor de NZa ligt dit in het verlengde van het uitgangspunt dat op basis van de NHC nieuwe bouw conform de meest recente bouwnormen mogelijk moet zijn.

Wat mij betreft staat met name het meenemen van grondkosten ter discussie. De situaties voor bouw zijn immers zeer verschillend. Een instelling die bouwt op eigen grond heeft geen grondkosten, terwijl een nieuwe toetreders of een instelling die wil «verdunnen» of een die op een nieuwe locatie wil beginnen, wel de kosten voor grond heeft. Een instelling die huurt, betaalt indirect de grondkosten aan de verhuurder. Hierover zal de komende maanden besluitvorming worden voorbereid.

Mocht ik besluiten tot het opnemen van een vergoeding van grondkosten in de NHC, dan speelt ook nog mee dat grondkosten regionaal sterk verschillen. De vraag is dan vervolgens ook of er gedifferentieerd moet worden.

– **Grondkosten en ruimtelijke ordening**

De NZa stipt in haar advies de regelgeving op het gebied van de ruimtelijke ordening aan.

De verwerving van grond is in de praktijk een groot probleem.

Een instelling is niet in staat om te concurreren met een projectontwikkelaar of een woningbouwcorporatie (er zijn overigens gelukkig veel voorbeelden van goede samenwerking). De instelling die of meer wil spreiden of op een te kleine kavel zit en een grotere kavel wil bemachtigen, zal daarin niet eenvoudig slagen.

Daarom zal ik de komende tijd bezien hoe daarmee het best kan worden omgegaan en zal ik de mogelijkheden van de regelgeving op het gebied van de ruimtelijke ordening verkennen.

– **Strategische leegstand en frictie leegstand**

De NZa gaat in haar advies uit van een leegstand van drie procent. Cliënten hebben meer keuzevrijheid in de markt als er sprake is van overcapaciteit. De leegstand die in de praktijk is te zien is voor een deel frictieleegstand. Bij mijn overwegingen betrek ik een reëel leegstandspercentage. Dit is per (deel-)sector verschillend. Ik zal zorgen zo goed

mogelijk aan te sluiten bij het leegstandpercentage dat wordt gehanteerd bij de ZZP-bekostiging.

Minimale hoogte kapitaallastencomponent

Eerder heb ik u zowel mondeling als schriftelijk toegezegd in deze brief ook een minimumvariant van de kapitaallastenvergoeding voor nieuwbouw in de zorgzwaartepakketten bekend te maken.

Op korte termijn is het van groot belang voor financiers en instellingen in de zorg om te weten, waarmee zij minimaal kunnen rekenen bij de doorrekening van de exploitaties.

De bovengenoemde punten – van afschrijvingstermijnen tot en met boekwaarde en solvabiliteit – zullen het komende jaar in hun geheel moeten worden bezien, om te besluiten wat uiteindelijk als norm aan de minimumvariant wordt toegevoegd en of voor onderdelen een overgangsverliezen en het verdisconteren van de staat van de afschrijvingen op het gebouwenbestand van instellingen.

Uiteindelijk moet de kapitaallastencomponent en de normen waarop hij is gebaseerd bij de invoering van de integrale tarieven, ruimte bieden om rendabel te kunnen exploiteren en de gewenste kwaliteit te kunnen leveren.

Op basis van de minimumvariant kunnen zorgaanbieders plannen ontwikkelen voor renovatie, vervangende nieuwbouw of uitbreidingsbouw. Door in de opstelling van hun businessplan gebruik te maken van dit bedrag zijn zij in staat een goede doorrekening te maken van de te verwachten opbrengst op basis van geleverde zorgproductie.

Immers, het zijn uiteindelijk de cliënten die in de instellingen willen blijven of komen verblijven die er voor moeten gaan zorgen dat de instelling zo min mogelijk risico loopt voor het kunnen aflossen van hun lening bij de bank.

Ook voor die banken is het belangrijk dat zij weten dat ik uitga van dit principe.

Immers, het is voor banken ook een turbulente tijd waarin zij nog steeds op zoek zijn naar het vinden van nieuw gezond evenwicht in hun eigen bedrijfsvoering. Op hetzelfde moment krijgen zij te maken met instellingen die niet langer hun investeringen gegarandeerd vergoed krijgen. Die instellingen gaan risico lopen voor de afzet van hun product (zorg met verblijf).

Dan is een duiding van een bedrag dat minimaal langjarig in elk zorgzwaartepakket zal worden versleuteld voor nieuwe bouw essentieel.

Met de introductie van een minimumvariant voor nieuwbouw draag ik in ieder geval maximaal bij tot het creëren van zekerheden voor instellingen en banken. Een garantie dat dit de vertraging/stilstand in de bouw van grootschaliger zorggebouwen weer vlot trekt, is dit echter niet. De sleutel ligt enerzijds bij de kwaliteit van de plannen van de instelling en haar vermogen deze uit te voeren en anderzijds bij de kennis van de bank om een businesscase adequaat te beoordelen en haar capaciteit om krediet te verlenen.

Tot de afschaffing van het bouwregime op 1 januari 2009 zijn er vergunningen afgegeven door het College bouw zorginstellingen (CBZ) voor bouwinitiatieven. Ik heb bovendien in 2008 nog een omvangrijk bouwprogramma vastgesteld voor de langdurige zorg. Voor die bouw is zo'n € 2,7 miljard aan investeringen meegenomen in de ramingen van VWS. De plannen werden beoordeeld aan de hand van de bouwnormen zoals die door het College bouw zorginstellingen en diens voorganger werden vastgesteld (de meest recente daten van 2008) en de daarbij horende

kostenkengetallen. In de vergunning werd het bedrag vermeld dat maximaal voor vergoeding op basis van nacalculatie in aanmerking kwam. Zorgaanbieders konden ook onder het bouwregime keuzes maken ten aanzien van het gebruik en de indeling van de beschikbare vierkante meters. Zo kwam het voor dat er in dezelfde periode door de ene zorgaanbieder veel ruimer is gebouwd voor dezelfde vergunde kosten als door een andere aanbieder. Toen was echter de feitelijke vormgeving en de toekomstbestendigheid van een initiatief voor een bank van ondergeschikt belang.

Als een vergunning kon worden overgelegd, dan was een lening al snel geen probleem meer. Met de introductie van de integrale tarieven in het vooruitzicht en de daaraan gekoppelde risico's voor de bedrijfsvoering bij de zorgaanbieders zullen de banken kritischer worden ten aanzien van de voorgelegde plannen, ook die met een vergunning. Immers, degene die dan meer op de toekomst heeft geanticipeerd loopt waarschijnlijk in de visie van de bank een geringer risico op leegstand dan de traditionelere bouwvoornemens. Dit is een gewenst effect van de systeemwijziging van aanbodsturing naar vraaggerichte zorg. Het realiseren van gebouwen waar over een langere periode vraag naar zal zijn, is lucratiever en minder risicovol. Zorgaanbieders moeten met de integrale tarieven daar toe in staat zijn.

De minimale vergoeding voor kapitaallasten van nieuw te realiseren huisvesting die in alle ZZP's zal worden versleuteld is de volgende. In het totaal van de mix aan overwegingen over de discontovoet, grondkosten, interimhuisvesting etc. zullen deze nog worden bijgesteld.

V&V	1VV	€ 7 072
	2VV	€ 7 417
	3VV	€ 8 060
	4VV	€ 7 831
	5VV	€ 8 200
	6VV	€ 8 375
	7VV	€ 8 627
	8VV	€ 8 878
	9VV	€ 10 486
	10VV	€ 8 878
GHZ	1 t/m 4VG	€ 8 134
	5VG	€ 9 577
	6 t/m 7VG	€ 9 093
	1 t/m 2LVG	€ 8 134
	3 t/m 5LVG	€ 10 779
	1SGLVG	€ 10 779
	1 t/m 4LG	€ 8 134
	5LG	€ 9 577
	6 t/m 7LG	€ 11 488
	1,2,4 ZGa	€ 8 134
	3 ZGa	€ 9 283
	1 t/m 3ZGv	€ 8 134
	4ZGv	€ 9 784
	5ZGv	€ 11 720
GGZ	1B	€ 8 852
	1C	€ 8 200
	2B	€ 8 852
	2C	€ 8 852
	3B	€ 8 852
	3C	€ 8 852
	4B	€ 8 852
	4C	€ 8 852
	5B	€ 9 125
	5C	€ 9 125
	6B	€ 8 950
	6C	€ 8 950
	7B	€ 10 970

Het ZZP tarief 1C van de GGZ is gebaseerd op de functies van een RIBW en afgeleid van de uitgangspunten voor de lichtste categorie langdurige zorg voor APZ. De ZZP tarieven 2C tot en met 6C van de GGZ zijn gebaseerd op de prestatie-eisen 2007 voor Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen.

De laatstgenoemde ZZP tarieven zullen zo spoedig mogelijk op de huidige praktijk van de RIBW's worden afgestemd. De bedragen zullen naar verwachting iets lager uitvallen.

Invoeringstraject

Om er voor te zorgen dat enerzijds zorgaanbieders bij de introductie van integrale tarieven niet meteen volledig risico lopen voor de afzet van voldoende productie, maar ook om er voor te zorgen dat de introductie van integrale tarieven plaatsvindt binnen de daarvoor gestelde budgettaire kaders, hetgeen tegelijkertijd ook recht doet aan de feitelijke situatie in het gebouwbestand op het moment van introduceren van die integrale ZZP's zal een overgangperiode worden gehanteerd waarbinnen de effecten van de nieuwe bekostigingswijze financieel worden uitgelijnd. Daarbij komen ten minste de volgende elementen aan de orde.

– Risico voor voldoende productie in ZZP's

Het systeem van integrale tarieven gaat uit van risicodragendheid van zorgaanbieders. Niet alleen voor hun zorgkosten, maar ook voor de bezetting van hun gebouwen en daarmee de rente en aflossing van hun leningen.

Om aanbieders meteen volledig risico te laten lopen voor hun omzet lijkt niet verstandig. Daarom zal een gefaseerde introductie van dat risico plaatsvinden. Door de nacalculatie langzaam af te bouwen en tegelijkertijd daardoor het risicodeel voor de zorgaanbieders te vergroten, wordt pas aan het einde van de kiezen periode dat risico 100%.

– Differentiatie naar kwaliteit

In het hoofdstuk over de differentiatie naar kwaliteit is de NZa ingegaan op de mogelijkheid om te differentiëren tussen instellingen op basis van kwaliteit. De instelling die goede en kwalitatief op orde huisvesting heeft, moet een hogere prijs kunnen krijgen, dan de instelling met een verouderd en kwalitatief slecht huisvestingsbestand.

De NZa maakt onderscheid tussen een theoretische situatie waarin zij op basis van kwaliteit een aantal maximumtarieven zou vaststellen, waarna bij de onderhandelingen tussen zorginkoper en instelling een prijstarief wordt afgesproken en een situatie waarin er maar een maximumtarief is en er geheel decentrale onderhandelingen zijn. De NZa is van mening dat kwaliteitsclassificatie van gebouwen binnen de tarieven moeilijk uitvoerbaar is.

In mijn opinie moet in de overgang van het systeem van nacalculatie naar het systeem van integrale tarieven rekening moet worden gehouden met het verschil in ouderdom van gebouwen. Ook dat kan niet anders, omdat elke instelling bekostigen op nieuwbouwniveau financieel absoluut noch terecht, noch binnen het BKZ past. Er zal dus sprake moeten zijn van een invoeringssystematiek die rekening houdt met de feitelijke, bouwkundige situatie van instellingen.

In overleg met de NZa en TNO/CZB zal hiervoor een passend systeem worden bedacht. Daarbij zal een overgangssysteem nader worden doorgerekend en op juridische en technische haalbaarheid beoordeeld. In een dergelijk systeem zal een hoger tarief worden toegekend na

verbetering van de huisvestingssituatie. Daardoor neemt immers de kapitaalsintensiteit van de instelling toe.

– **Solvabiliteit en boekwaardes**

De NZa geeft aan dat veel instellingen te maken hebben met een minder goede solvabiliteit en dat onder het oude regime boekwaardeverliezen zijn ontstaan. De NZa stelt voor om via versnelde afschrijvingen in 2009 en 2010 deze problemen te verminderen.

De bouw van de afgelopen decennia heeft ertoe geleid dat er nog een rekening uit de AWBZ bouw is te verwachten in verband met boekwaardeverliezen. Dit wijst erop dat de maatschappelijke investeringen in het vastgoed in de AWBZ niet het best mogelijke rendement hebben gehaald.

In het vervolgtraject tot het einde van dit jaar zal duidelijk worden hoe met deze problematiek kan worden omgegaan. Duidelijk is dat de oplossing voor boekwaardeverliezen door de instelling allereerst zal moeten worden gezocht binnen de eigen vastgoedportefeuille en de stille reserves. Ik ga er overigens van uit dat zeker niet alle instellingen op die manier in staat zullen zijn de «start» in het nieuwe systeem van integrale tarieven te maken. Juist voor die gevallen zal worden gezocht naar een passende «overgangsregeling».

Reacties van brancheorganisaties op advies van de NZa

Van de brancheorganisaties ActiZ, VGN, GGZ Nederland en Federatie Opvang zijn brieven ontvangen in reactie op mijn verzoek om hun zienswijze ten aanzien van het advies van de NZa aan mij kenbaar te maken. Allen zijn zij positief ten aanzien van de analyse die de NZa heeft gepresenteerd. Ook ten aanzien van de onderscheiden elementen (uitgangspunten) die van belang zijn bij de ontwikkeling van integrale tarieven laten zij zich positief uit. Met hen ben ik van mening dat ten aanzien van de hiervoor beschreven uitgangspunten die nog geen onderdeel uitmaken van het bedrag dat ik bekend heb gemaakt, nog fundamentele discussie moet plaatsvinden. Dan gaat het om nadere besluitvorming ten aanzien van interimvoorzieningen, grondkosten, inventariskosten, kosten werkkapitaal.

GGZ Nederland en ActiZ hebben mij beide gewezen op de noodzaak van een systeemafhankelijke vergoeding. Hiermee is bedoeld dat overgang van onderdelen van het pakket van AWBZ of Zvw geen invloed moet hebben op de wijze waarop de instelling daarvan «last» heeft in de vergoeding van diens kapitaallasten. Voor GGZ Nederland is dat uiteraard van het grootste belang gelet op hun positionering binnen drie verschillende wettelijke systemen. In het vervolgtraject zal hiermee rekening worden gehouden. De keuze voor een systeem van integratie van kapitaallasten moet stelselproof zijn.

In dit verband hecht ik er aan duidelijk te maken dat de «overgangsproblematiek» waarmee zorgaanbieders die in het kader van het privacybeleid nu bezig zijn verbetering te brengen in hun huisvesting en als zo danig ook zijn geïdentificeerd binnen de sectoren gehandicaptenzorg en zorghuizen, bijzondere aandacht en inzet mijnerzijds zal krijgen bij het opstellen van een passend invoeringstraject en een hardheidsclausule. Die is overigens slechts nodig voor het geval dat de methode die zal worden gehanteerd om de integrale tarieven te introduceren niet afdoende in de oplossing van hun problematiek voorziet.

Een belangrijk onderdeel van de discussie zal gevormd worden door het vraagstuk van de continuïteit van de bedrijfsvoering door zorgaanbieders in het nieuwe bestel. Immers, meer risico op leegstand wordt niet alleen gecreëerd door het «woongedrag» van potentiële cliënten, ook de verzekeraars en de zorgkantoren spelen daarin een belangrijke rol.

Zo is het van belang dat zorgaanbieders met de zorgverzekeraars/zorgkantoren contracten kunnen sluiten die het langjarig kunnen voldoen aan de rente- en afschrijvingsverplichtingen voor leningen bij de bank, onder handbereik brengen.

Tegelijkertijd zijn het de verzekeraars die ten behoeve van hun verzekerden/cliënten alleen die zorg willen kunnen contracteren waar vraag naar is en voldoet aan zekere kwaliteitseisen.

Als er sprake is van een volledig integraal tarief, dan kan het niet anders dan dat voor het totaal tariefonderhandelingen mogelijk zijn (waar die dat nu al voor de zorg zijn), het gaat immers om maximumtarieven. Het is daarom dat er nog besluitvorming nodig is op dit punt.

Het is duidelijk dat het standpunt van de verzekeraars en van hun brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hierbij onontbeerlijk is. Ook aan hen is gevraagd hun visie op het advies van de NZa kenbaar te maken.

Op 18 juni 2009 heeft een bijeenkomst met vertegenwoordigers van de zorgkantoren plaatsgevonden. Naar aanleiding van onder andere deze bijeenkomst is een reactie op het advies opgesteld. In grote lijnen komt dat er op neer dat ZN integrale tarieven als systeem onderschrijft mits daardoor de cliënt daadwerkelijk vaker en meer kan kiezen. Zorgverzekeraars volgen vervolgens de keuze van de cliënten. Ten aanzien van kwaliteit van de huisvesting stelt ZN zich op het standpunt dat die mee onderdeel vormt van de onderhandelingen met aanbieders, vooropgesteld dat er sprake is van een verzekerde aanspraak op verblijf. Ook ZN roept op tot een zorgvuldige invoering van de integrale tarieven en goede communicatie daarover tot de invoering ervan.

Reacties van de cliënten- en patiëntenorganisaties

Bij brieven van 27 mei 2009 heb ik de NPCF, de CG-Raad, het CSO, het LOC en de Consumentenbond in vertrouwen een afschrift gezonden van het advies van de NZa en hen gevraagd er desgewenst op te reageren.

Van de NPCF ontving ik een reactie bij brief van 12 juni 2009. Van de andere aangeschreven organisaties is tot op dit moment geen reactie ontvangen. Mochten die alsnog binnenkomen dan neem ik die mee in een volgende brief aan uw Kamer.

De NPCF had graag gezien dat het perspectief voor de cliënt breder geschetst was geworden. Door meer de focus te richten op de door de cliënt gewenste woonsituatie en minder op de effecten daarvan voor de zorgaanbieders was in de beleving van de NPCF een genuanceerder beeld geschetst.

De NPCF merkt vervolgens ten aanzien van de kwaliteit van de bouw op dat niet automatisch bouw van hoge kwaliteit zal worden gerealiseerd. Om die reden verzoekt de NPCF om monitoring van de bouwkwaliteit. In de afgelopen maanden heb ik onderzoek laten doen naar de mogelijkheid om de kwaliteit van zorggebouwen volgens een puntensysteem á la het BBHS systeem in de volkshuisvesting, te waarderen. Ik zal bezien in hoeverre dat puntenwaarderingssysteem toegankelijk kan worden gemaakt voor gebruik met name door cliënten. Daarbij zal dan ook een uitspraak moeten worden gedaan over periodieke herijking. De opmerkingen van de NPCF over de condities die van belang zijn voor de introductie van integrale tarieven neem ik mee in het werk van de komende

maanden. Dat zal ik ook doen ten aanzien van het voorstel om de mogelijkheid van substitutie binnen het integrale tarief geleidelijk aan uit te breiden.

Vervolg

De NZa, TNO Centrum Zorg en Bouw en VWS zijn in een continue proces bezig op ieder van de openstaande discussiepunten een adequaat resultaat te boeken in termen van besluitvorming over al dan niet onderdeel laten worden van de vergoeding van de kapitaallasten in de ZZP's en de hoogte van de daarmee gemoeide kosten. Een en ander wordt ingepast in het Budgettair Kader Zorg. Daarmee hangt samen de invulling van het invoeringstraject dat – zoals ik hierboven aangaf – langs drie lijnen zal gaan lopen: geleidelijke opbouw van het te lopen volumerisico, bekostiging op feitelijk kostenniveau van het totale gebouwenbestand van een instelling gedurende een nader te bepalen periode en de gefaseerde oplossing van de eventueel resterende boekwaardeproblematiek.

Ik stel mij voor dat ik uw Kamer van de resultaten van dit proces tegen het begrotingsoverleg in het najaar opnieuw informeer.

Tot slot

Ik vertrouw erop dat het vorenstaande eraan zal bijdragen dat zorgaanbieders de wensen van cliënten op het vlak van hun huisvesting weten om te zetten in toekomstbestendige, goed te exploiteren vastgoed. Ik realiseer mij dat er nog veel werk moet worden verzet om de introductie van de integrale tarieven in 2011 te laten plaatsvinden. Ik wens alle daarbij betrokkenen veel succes bij de verdere werkzaamheden op dat vlak.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker