

De marktwerking in de zorg
vraagt om een vernieuwende
en frisse kijk op de
veranderingen en mogelijkheden.



Zorg. Ondernemen. Huisvesten.



Zorg. Ondernemen. Huisvesten.

Afstudeerscriptie

Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting
in het huidige financieringsstelsel

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Versie 1

Behandeld F. Boin

Student : **Farshad Boin**
Adres Hagemanswei 86, 6843 XN Arnhem
Tel. 06 14131827
Student nr. 1554832
Mail farshad.boin@student.hu.nl
Afstudeerr. Real estate development
Cursus TBTB-AFO8-11
Titel Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Afstudeerbedrijf : **Estea**
Adres Galileilaan 23c, 6710 BC Ede
Tel. 0318 641727
Begeleider Dhr. T. Oskam
Mail toskam@estea.nl
Functie Directeur

Hogeschool : **Hogeschool Utrecht**
Adres Nijenoord 1, 3552 AS Utrecht
Tel. 088 4818283
1^e Begeleider Dhr. S. Spruit
Mail stephan.spruit@hu.nl
2^e begeleider Dhr. J. J. de Kroes
Mail janjaap.dekroe@hu.nl



Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 2

Voorwoord

Aan mij de eer om door middel van dit schrijven het onderzoek en tevens mijn studie af te sluiten.

Tijdens dit schrijven realiseer ik me dat dit voorlopig de laatste woorden zijn die ik voor mijn studiecarière op papier zet. De studie Bouwtechnische Bedrijfskunde aan de Hogeschool Utrecht komt hiermee ten einde wat zorgt voor blijdschap en opluchting maar ook voor gezonde spanning en nieuwsgierigheid naar de volgende fase die nog volledig open en in te vullen is. Het afsluiten van de studie en het beginnen aan een nieuwe uitdaging betekent een stap naar professionaliteit. Om daar al enigszins mee bekend te raken heb ik mijzelf als doelstelling opgelegd om dit rapport ook op een professionele manier aan te pakken.

Het onderzoek, wat circa 4 maanden in beslag nam, richt zich op een sector die voor mij relatief nieuw en onbekend was. De zorgsector en zorghuisvesting is niet een markt waar ik voorheen in de bouwwereld aan dacht en tevens was dit onderwerp tijdens de studie ook niet tot nauwelijks behandeld. Los van het feit dat het fijn is om mijn omgeving in te laten zien dat je als commerciële partij in de bouwwereld ook met maatschappelijke ontwikkelingen bezig kan zijn, is de zorg een sector die alleen maar meer mijn interesse heeft gegrepen.

Dat ik mij kon richten op de zorgsector gaat gepaard met een dankwoord naar de opdrachtgever Estea. Met name mijn bedrijfsbegeleider de heer T. Oskam wil ik bedanken voor de vrijheid die ik gekregen heb om het onderzoek naar mijn eigen inzichten op te stellen en uit te werken. Deze vrijheid diende wel in goede banen geleid te worden door mijn begeleiders van de Hogeschool Utrecht. Hierbij wil ik met name de heer S. Spruit bedanken voor zijn kijk en tips op het onderzoek vanuit de bril van een praktijkadviseur. Daarnaast wil ik mijn overige collega's bij Estea en de externe personen die ik gesproken heb bedanken voor de informatie en inzichten die men enthousiast met mij wilde delen. Daarnaast is ook een dankwoord op zijn plaats voor mijn directe omgeving. Hierbij dank ik mijn ouders die het mij toch behoorlijk makkelijk hebben gemaakt door elke avond een bordje met eten klaar te hebben staan en wil ik mijn vriendin bedanken voor het luisteren naar mijn toelichting op het onderzoek en het doorstaan van mijn slapeloze nachten.

Professionaliteit is al eerder genoemd. Met dit onderzoek hoop ik een professioneel rapport te hebben geleverd, met een vernieuwende en frisse kijk op de sector, dat zowel voor Estea als voor overige partijen bruikbaar is die actief zijn in het zorghuisvestingstraject.

Ik wens u als lezer veel plezier met het doorlezen van mijn afstudeerscriptie waarbij ik hoop aan te tonen dat ik mijn studiecarière ben ontgroeid en dat ik klaar ben voor de volgende stap.

Farshad Boin

Juni, 2012



Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 3

Managementsamenvatting

Toelichting onderzoek

Dit onderzoek richt zich op de zorghuisvesting en is opgesteld voor het afronden van de opleiding Bouwtechnische Bedrijfskunde aan de Hogeschool in Utrecht, in opdracht van Estea. Estea is een ondernemende regiepartner voor de zorgbranche dat door middel van haar C.A.R.E. model haar dienstverlening aanbiedt. Om het C.A.R.E. model toe te passen dient er actuele kennisinput beschikbaar te zijn door middel van een actueel marktgericht onderzoek. Een actueel marktgericht onderwerp is het gewijzigde financieringsstelsel dat vanaf 1 januari 2012 haar intrede heeft gedaan in de intramurale zorgsector (doelgroep V&V, GGZ en GHZ). Een zorginstelling krijgt vanaf heden, afhankelijk van de indicatie van de cliënt, een financiële vergoeding voor de kosten voor nieuwbouw en onderhoud om zodoende de intramurale cliënt te huisvesten. De zorginstellingen komen uit een wereld van volkomen zekerheid waar de overheid garant stond (na nacalculatie) voor de kosten voor nieuwbouw en onderhoud. Het gewijzigde/huidige financieringsstelsel is voor hun een enorme verandering. Om de veranderingen te onderzoeken is de volgende probleemstelling omschreven:

- Wat zijn de financiële invloeden van het huidige financieringsstelsel op de verschillende huisvestingsscenario's bij intramurale zorghuisvesting?

De probleemstelling is onderzocht aan de hand van een analyserend onderzoek waarbij gebruik gemaakt is van verschillende interviews en literatuuronderzoek.

Conclusie

Uit het onderzoek zijn de volgende overkoepelende conclusies gekomen die van toepassing zijn bij zowel de huisvestingsscenario van eigendom als huur die onderstaand omschreven worden:

1. De cliënt staat centraal;
2. Marktonderzoek is het toverwoord;
3. Kloof wordt kleiner tussen maatschappelijke en commerciële partijen;
4. Geld stuurt, haalbaarheid is budget afhankelijk;
5. Risico's spelen een grote rol;
6. Een proactieve houding met betrekking tot de toekomstperspectieven is vereist;
7. Een goed businessplan is het halve werk;

Onderstaand worden de conclusies omschreven.

De cliënt staat centraal

Door alle geïnterviewde personen en de aangeraden literatuur is grofweg het zelfde uitgesproken en omschreven: "de cliënt staat centraal". De cliënt staat centraal in het gehele huisvestingstraject: zonder cliënt zijn er geen inkomsten en dus geen ontwikkeling, realisatie of exploitatie. Alle partijen en factoren, van zorginstelling tot verhuurder en van het financieringsstelsel tot de financiering, werken in dienst of zijn afhankelijk van de cliënt.

Tijdens het interview met een zorginstelling is aangegeven dat door de marktwerking meer concurrentie optreedt. De zorginstelling dient een goed product te realiseren en in te spelen op de behoefte van de cliënt. Door het goed inspelen op de behoefte van de cliënt, op het gebied van huisvesting, zal deze zich niet genooddaakt voelen om elders huisvesting te zoeken.

Marktonderzoek is het toverwoord

Doordat de cliënt en niet het vastgoed centraal staat dient de zorginstelling zekerheid te hebben dat bepaalde cliënten gehuisvest kunnen worden. Tijdens de interviews is met regelmaat aangegeven dat marktonderzoek het 'toverwoord' is. Door middel van het marktonderzoek kan de zorginstelling inzicht krijgen naar de huidige in toekomstige zorgbehoefte. Tevens is tijdens de interviews met de financierder, het zorgkantoor en de verhuurder aangegeven dat marktonder-

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 4

zoeken noodzakelijk zijn voor het verkrijgen van een financiering, overeenstemming in de contracteerruimte en overeenstemming met de verhuurder.

Kloof wordt kleiner tussen maatschappelijke en commerciële partijen

Door de marktwerking is de zorgsector een marktgerichte sector aan het worden waarbij de kloof tussen commerciële en maatschappelijk gerichte partijen steeds kleiner wordt. Uit het onderzoek is gebleken dat de zorginstellingen de commerciële partijen nodig heeft bij het huren van de huisvesting aangezien het niet vanzelfsprekend is, door de financiële risico's, dat woningcorporaties als verhuurder optreden.

Geld stuurt, financiële haalbaarheid is budget afhankelijk

Ongeacht de keuze van de zorginstelling voor eigendom of huur: het huisvestingstraject dient zich af te spelen binnen de vastgestelde financiële kaders. Overige actoren die actief zijn binnen het huisvestingstraject dienen zich hieraan te conformeren. De vastgestelde investeringsbedragen zijn door middel van de ZZP en NHC opgesteld met de achterliggende gedachte dat dit conform de gemiddelde kosten zijn die bij de oude regeling op basis van nacalculatie bekostigd werd. Theoretisch gezien verandert er dus niet veel voor de zorginstelling als men zelf investeert in de huisvesting en dit in eigendom neemt. Echter kan dit in de praktijk natuurlijk anders uitvallen. Tijdens de interviews is hier wisselend op gereageerd. Men heeft aangegeven dat het projectafhankelijk is of de vergoedingen voldoende is om kwalitatieve huisvesting te realiseren. Daarbij gaf men wel aan dat het goed omgaan met het beschikbare budget er voor zorgt dat de kwaliteit van de huisvesting toenemen. Bij het huren van de huisvesting zal de verhuurder verschillende financiële eisen stellen en een bepaalde huursom wensen. Echter kan de zorginstelling niet meer betalen dan men aan budget binnen krijgt. De verhuurder kan niet meer wensen dan dat de zorginstelling kan betalen. De verhuurder dient zich hier van bewust te zijn.

Risico's spelen een grote rol

Ten tijden van de nacalculatie, door de overheid, speelden mogelijk op te treden risico's geen grote rol. Die tijden zijn echter veranderd. Tijdens het onderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat de risico's vanaf heden een grote rol spelen in de haalbaarheid van de intramurale zorghuisvesting. Tijdens het onderzoek zijn de volgende risico's naar voren gekomen:

1. Cliënt risico;
2. Risico's bij voorwaarden verhuurder;
3. Risico's in de exploitatiefase;
4. Risico's door wet- en regelgeving;
5. Risico's in het financieringsstelsel ;
6. Risico's bij de financiering;

Proactieve houding vereist met betrekking tot de toekomstperspectieven

In het literatuur onderzoek is naar voren gekomen dat er vele toekomstperspectieven zijn. Tijdens de interviews is tevens onderbouwd dat de zorginstellingen hier nu al rekening mee dienen te houden. Om in de toekomst niet voor verrassingen te staan dient de zorginstelling een proactieve houding te hebben bij de toekomstperspectieven.

Een goed businessplan is het halve werk

Een zorginstelling dient voor de financieringsaanvraag van de investeringskosten, bij het in eigendom nemen van de huisvesting, een businessplan op te stellen. Voor de mogelijke investeringskosten, bij het huren van de huisvesting, is dit ook van belang. Tijdens de interviews met de zorginstelling, financierder, en adviseurs is aangegeven dat het opstellen van een goede businessplan noodzakelijk is. Zonder financiering geen project. In het businessplan worden alle bovenstaand omschreven conclusies omschreven en uitgewerkt. Door het goed uitwerken van het businessplan zijn alle factoren onderzocht en uitgewerkt die invloed hebben op het huisvestingstraject. Het businessplan geldt als het kader/vertrekpunt waaruit het verdere huisvestingstraject van start kan gaan.



Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 5

Inhoudsopgave

I. Toelichting onderzoek	8
1. Inleiding	9
1.1 Hogeschool Utrecht	9
1.2 Estea	9
1.3 Leeswijzer	10
2. Onderzoeksopzet	11
2.1 Probleemstelling	11
2.2 Doelstelling	11
2.3 Onderzoeksmethode en afbakening	11
2.4 Onderzoeksmodel	11
II. Theoretisch kader – Analyse	12
3. Analyse: Verleden versus het heden	13
3.1 Huisvesting in eigendom	13
3.2 Huren van de huisvesting	14
3.3 Huisvestingsfactoren	14
III. Resultaten – factoren die van invloed zijn op het huisvestingstraject	16
4. Huisvestingsonderdelen intramurale cliënt	17
4.1 Woonruimte	17
4.2 Ondersteunende diensten	17
4.3 Dagbesteding	17
4.4 Behandeling	17
4.5 Overige ruimte	17
5. Het financieringsstelsel	18
5.1 Zorgzwaartepakketten	18
5.2 Zorgexploitatie	18
5.3 Vastgoedexploitatie	18
5.4 Contracteerruimte	19
6. Wet- en regelgeving en actoren	21
6.1 Wet- en regelgeving	21
6.2 Bestuursorganen/actoren	21



Datum	1-6-2012	
Onderwerp	Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel	
Pagina	6	
	6.3 Publiekmatige actoren	21
	7. Fases zorghuisvestingstraject	22
	7.1 Planontwikkelingsfase	22
	7.2 Realisatiefase	22
	7.3 Exploitatiefase	22
	8. Kosten fases zorghuisvestingstraject	23
	8.1 Planontwikkelings- en realisatiefase	23
	8.2 Exploitatiefase	23
	9. Financiering	24
	9.1 Financieringsmogelijkheid	24
	9.2 Financierder	24
	9.3 Financieringsaanvraag	24
	9.4 Businessplan	25
	9.5 Financieringsvormen	25
	IV. Resultaten – toegepast op huisvestingsscenario's in eigendom of huur	26
	10. Zorghuisvesting in eigendom	27
	10.1 Huisvestingsonderdelen intramurale cliënt	27
	10.2 Financieringsstelsel	27
	10.3 Wet- en regelgeving en actoren	28
	10.4 Fases zorghuisvestingstraject	29
	10.5 Kosten fases zorghuisvestingstraject	29
	10.6 Financiering	29
	11. Huren van zorghuisvesting	30
	11.1 Huisvestingsonderdelen van de intramurale cliënt	30
	11.2 Voorwaarden verhuurder	30
	11.3 Financieringsstelsel	32
	11.4 Wet- en regelgeving en actoren	33
	11.5 Fases zorghuisvestingstraject	33
	11.6 Kosten fases zorghuisvestingstraject	34
	11.7 Financiering	34
	12. Toekomstperspectief	35
	12.1 Huisvestingsonderdelen	35
	12.2 Voorwaarden verhuurder	35



Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 7

12.3 Fases zorghuisvestingstraject	35
12.4 Kosten fases zorghuisvestingstraject	35
12.5 Wet- en regelgeving en actoren	35
12.6 Financieringsstelsel	36
12.7 Financiering	37
 V. Conclusie en aanbeveling voor het zorghuisvestingstraject	 38
 13. Conclusie	 39
13.1 De cliënt staat centraal	39
13.2 Marktonderzoek is het toverwoord	39
13.3 K loof wordt kleiner tussen maatschappelijke en commerciële partijen	39
13.4 Geld stuurt, financiële haalbaarheid is budget afhankelijk	40
13.5 Risico's spelen een grote rol	40
13.6 Proactieve houding vereist met betrekking tot de toekomstperspectieven	41
13.7 Een goed businessplan is het halve werk	41
 14. Aanbeveling	 42
14.1 Implementeren van de onderzoeksresultaten	42
14.2 Vervolgonderzoek	43
 VI. Afsluiting	 44
 15. Begrippen-, bronnenlijst	 45
15.1 Begrippenlijst	45
15.2 Bronnenlijst	46
 16. Bijlage	 48
16.1 Onderdelen onderzoek	48
16.2 Interviews	48



Zorg. Ondernemen. Huisvesten.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 8

I. Toelichting onderzoek

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 9

1. Inleiding

Het onderzoek is gestart naar aanleiding van het afstuderen van de auteur aan de Hogeschool Utrecht en de opdracht vanuit de opdrachtgever Estea. De opdracht vanuit Estea is voortgekomen uit haar dienstverlening en de veranderingen in haar vakgebied. Deze punten en een leeswijzer worden in dit hoofdstuk omschreven.

1.1 Hogeschool Utrecht

Aanleiding van het onderzoek is in eerste instantie het feit dat de auteur van dit onderzoek de opleiding Bouwtechnische Bedrijfskunde aan de Hogeschool Utrecht wenst af te ronden. De auteur streeft er naar om een afstudeeronderzoek te starten dat zich richt op een actueel marktgericht onderwerp dat dusdanig uitdagend en interessant is om mogelijk ook na het onderzoek verder in te specialiseren.

1.2 Estea

Dit afstudeeronderzoek is mede in opdracht van Estea is opgesteld en uitgewerkt. Het onderzoek richt zich op een sector die ondanks de huidige financiële marktsituatie volop in beweging is en waar nog vele kansen in liggen: de zorgsector. Binnen de zorgsector ligt de focus op de zorghuisvesting. Onderstaand wordt Estea, de dienstverlening van Estea, de opdracht en het onderwerp van het onderzoek omschreven.

1.2.1 Zorg. Ondernemen. Huisvesten.

Estea is ontstaan vanuit ambitieuze ondernemers die reeds actief waren in de zorgsector. Gezamenlijk kwamen zij tot de conclusie dat de zorgsector een roerige tijd tegemoet gaat waarbinnen meer marktwerking optreedt en in de toekomst nog meer marktwerking gaat optreden. Tevens merkte zij dat er vanuit de zorginstellingen de roep om ondernemers/ adviseurs was, waarbij de gezamenlijke core business nagestreefd dient te worden: het optimaal realiseren van (zelfstandige) woonvoorziening en voor de zorgbehoevende. Vanaf februari j.l. biedt Estea officieel haar dienstverlening aan waarbij gefocust wordt op de zorgsector. Binnen de zorgsector wordt met een ondernemersvisie het huisvestingstraject voor zorginstelling begeleid. Doelstelling van Estea is het realiseren van de juiste structuren waarmee zorginstellingen vanuit een ondernemersperspectief werken aan de invulling van de nieuwe prestatiebekostiging. Voor elk thema dat van toepassing is op het huisvestingstraject biedt Estea ervaren consultants die de markt kennen en ruime ervaring hebben met deze thema's¹.

1.2.2 C.A.R.E. model

Om de dienstverlening optimaal aan de zorginstellingen en andere opdrachtgevers aan te kunnen bieden, is het C.A.R.E. model ontwikkeld. Het model is een systematische aanpak waarin alle essentiële onderwerpen in de juiste volgorde worden behandeld en vertaald naar een effectieve strategie voor de marktbenadering, de interne organisatie, de huisvesting en de exploitatie. Het model kan integraal of per specifiek onderdeel worden uitgevoerd. Het model kan gezien worden als de vier smaken van Estea en richt zich op het Concept, Advies, de Realisatie en de Exploitatie binnen het huisvestingstraject. Onderstaand in figuur 1 is het C.A.R.E. model weergegeven.



Figuur 1 C.A.R.E. model Estea (Bron: <http://www.este.nl/>)

¹ <http://www.este.nl/>

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 10

1.2.3 Opdracht en onderwerp

Vanaf september '11 tot aan de start van het onderzoek zijn er meerdere gesprekken gevoerd tussen de auteur van dit onderzoek en (mede) directeur van Estea, de heer T. Oskam. Tijdens de gesprekken heeft Oskam aangegeven dat Estea de taak op zich heeft genomen om antwoorden te formuleren en oplossingen te realiseren voor de actuele marktontwikkelingen die van invloed zijn op de zorgorganisaties. Om het C.A.R.E. model toe te passen dient er actuele kennisinpuut beschikbaar te zijn door middel van het uitvoeren van een onderzoek dat zich richt op een actueel marktgericht onderwerp.

Een actueel marktgericht onderwerp is het gewijzigde financieringsstelsel dat vanaf 1 januari 2012 haar intrede heeft gedaan in de intramurale zorgsector². Een zorginstelling krijgt vanaf heden, afhankelijk van de indicatie van de cliënt, een financiële vergoeding voor de kosten voor nieuwbouw en onderhoud om zodoende de intramurale cliënt te huisvesten. De zorginstellingen komen uit een wereld van volkomen zekerheid waar de overheid garant stond (na nacalculatie) voor de kosten voor nieuwbouw en onderhoud. Het gewijzigde/huidige financieringsstelsel is voor hun een enorme verandering³, wat vele risico's met zich mee brengt.

Tijdens de gesprekken met Oskam is aangegeven dat de financiële invloeden van het huidige financieringsstelsel onderzocht dient te worden zodat Estea haar C.A.R.E. model optimaal kan toepassen. Door de financiële zekerheid vanuit de overheid koos de zorginstelling over het algemeen voor de huisvestingsscenario van zelf ontwikkelen, realiseren en exploiteren (in eigendom nemen). Door de financiële veranderingen is een huisvestingsscenario van het huren van de huisvesting in de exploitatiefase, nadat het extern ontwikkeld en gerealiseerd is, steeds meer een overweging. Het onderzoek dient ook de invloeden op de verschillende huisvestingsscenario in kaart te brengen waardoor Estea op projectbasis een advies kan geven over de te kiezen huisvestingsscenario.

1.3 Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit een aantal onderzoeksdelen. In onderdeel I wordt naast bovenstaande omschrijvingen de onderzoeksopzet omschreven door middel van het beschrijven van de probleemstelling, doelstelling, onderzoeksmethode, afbakening en het onderzoeksmodel.

Onderdeel II omschrijft het theoretisch kader waarop het onderzoek is gebaseerd. Het theoretisch kader richt zich op de analyse van het verleden versus het heden. Hieruit blijkt dat er verschillende factoren een rol spelen in het huisvestingstraject.

In onderdeel III is onderzocht op welke manier de verschillende factoren, uit de analyse, invloed uitoefenen op huisvestingstraject.

In onderdeel IV worden deze factoren toegepast op de verschillende huisvestingsscenario's van eigendom of huur. Daarbij worden tevens de toekomstperspectieven omschreven waarmee men nu rekening dient te houden.

In onderdeel V worden de conclusies en aanbevelingen voor het zorghuisvestingstraject omschreven met betrekking tot het implementeren van de onderzoeksresultaten. Daarnaast worden aanbevelingen omschreven over mogelijke vervolg onderzoeken.

Onderdeel VI betreft de afsluiting van het onderzoek waarin een bibliografie, begrippen- en bronnenlijst wordt weergegeven. Tevens worden de bijlagen weergegeven waar in dit rapport naar wordt verwezen. De uitwerkingen van de interviews zijn in een bijgevoegd rapport (d.d. 1-06-'12) opgenomen.

² Gezondheidszorg in instellingen voor dag- en nachtverpleging

³ Meijer, J. (2012, februari 12). SNH Partner. (F. Boin, Interviewer)

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 11

2. Onderzoekopzet

Vanuit de dienstverlening en opdracht van Estea volgt een probleem- en doelstelling. Deze is opgesteld door middel van een onderzoeksmethode en een afbakening en is uitgewerkt in een onderzoeksmodel. Onderstaand zijn deze onderdelen omschreven.

2.1 Probleemstelling

De veranderingen in de zorgsector, onderwerp van het onderzoek (zie hfst. 1.2.3), kunnen gezien worden als een uitdaging. Deze uitdaging heeft betrekking op de omgang met het gewijzigde/huidige financieringsstelsel. Een bijkomend factor is de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting, wat weer afhankelijk is van de huisvestingsscenario's van eigendom of huur. Om deze veranderingen te onderzoeken en te voldoen aan de opgegeven opdracht is de probleemstelling als volgt omschreven:

- Wat zijn de financiële invloeden van het huidige financieringsstelsel op de verschillende huisvestingsscenario's bij intramurale zorghuisvesting?

2.2 Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is het adequaat uitwerken van de omschreven opdracht en beantwoording van de probleemstelling. De uitwerkingen van het onderzoek zijn in eerste instantie direct bruikbaar als intern document voor Estea en kan toegepast worden binnen het C.A.R.E. model. De resultaten van het onderzoek vormen geen uitwerking van het C.A.R.E. model maar gelden als directe kennis input voor een passend advies aan de betreffende zorgorganisaties. Naast het doel dat de resultaten uit het onderzoek bruikbaar zijn voor Estea zijn de resultaten ook direct bruikbaar voor zorgorganisaties en overige partijen die actief zijn in het zorghuisvestingstraject.

2.3 Onderzoeksmethode en afbakening

Het onderzoek betreft een analyserend onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van interviews en literatuuronderzoek. Deze analyse wordt omschreven vanuit het oogpunt van de zorginstelling en richt zich op de care-sector (intramurale zorg, doelgroepen: verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en de gehandicapten zorg). De focus ligt op nieuwbouwprojecten van nieuwe zorgaanbieders met de huisvestingsscenario's van eigendom en huur. Het onderzoek richt zich op het heden waarbij, indien van toepassing, toekomstperspectieven worden omschreven waarmee men nu rekening dient te houden.

2.4 Onderzoeksmodel

Het onderzoek omvat twee hoofdthema's en doorloopt verschillende stappen. De hoofdthema's bevatten enerzijds het huidige financieringsstelsel en anderzijds de verschillende huisvestingsscenario's van eigendom en huur. Stap 1 omvat het uitwerken van het theoretisch kader, met de omschrijvingen van de factoren die voortkomen uit de analyse over het verleden versus het heden. Stap 2 omvat de omschrijving van de invloeden van de factoren uit stap 1 op de huisvestingsscenario's van eigendom en huur. In stap 3 wordt de conclusie en aanbeveling omschreven om zodoende aan de probleem- en doelstelling te voldoen. Onderstaand, in figuur 2, is het onderzoeksmodel schematisch in stappen weergegeven.



Figuur 2 Onderzoeksmodel



Zorg. Ondernemen. Huisvesten.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 12

II.Theoretisch kader – Analyse

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 13

3. Analyse: Verleden versus het heden

Men dient het verleden te weten om het heden te begrijpen met betrekking tot de veranderingen in het huisvestingstraject van de intramurale cliënt. Een zorginstelling huisvest onder andere intramurale cliënten die via de AWBZ (vanaf 2001) zorg geleverd en gefinancierd krijgen door het doorlopen van bepaalde stappen/onderdelen in het huisvestingstraject. Het huisvestingstraject is het realiseren van de benodigde huisvesting door middel van het doorlopen en afronden van bepaalde stappen/onderdelen. De zorginstelling kan het huisvestingstraject doorlopen door, onder andere, te kiezen voor de huisvestingsscenario's van eigendom of huur. In 2010 waren er circa 250.000 intramurale cliënten gehuisvest. Ongeveer 2/3 van de intramurale zorghuisvesting is in eigendom van de zorginstellingen en ongeveer 1/3 van de intramurale zorghuisvesting wordt gehuurd⁴. Een besluit over de keuze voor eigendom of huur heeft jarenlange consequenties⁵. Onderstaand is het verleden en heden omschreven van de haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huisvestingsscenario van eigendom of huur.

3.1 Huisvesting in eigendom

3.1.1 Verleden

Tot 1 januari 2012 was de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting geen onderdeel waarover zorginstellingen zich echt zorgen hoefde te maken. De overheid stond, door middel van nacalculatie, garant voor de benodigde kapitaallasten⁶. Tot 2009 was er sprake van een bouwregime van het College Bouw die voorschriften opstelde over bijvoorbeeld de indeling van de huisvesting en de benodigde oppervlakten. Na goedkeuring van de bouwtekeningen waarin de voorschriften van College Bouw waren verwerkt, werd er een zogeheten stempel geplaatst die centraal stond voor de garantiestelling van de overheid, waarna ook de provincie en gemeente hun medewerking verleenden. De stempel was voldoende om een financiering aan te trekken voor de dekking van de investeringskosten in de verschillende ontwikkelingsfasen die later, door middel van nacalculatie, door de overheid vergoed werden. De financiering werd relatief makkelijk geregeld aangezien de banken geen risico liepen op aflossing. Marktonderzoeken naar zorgvraag en/of afnameprognoses waren niet noodzakelijk voor zowel de kredietverlener als de zorginstelling: men kreeg de aflossing voor de financiering vergoed. De zorginstelling kon na realisatie de huisvesting gerust in eigendom nemen aangezien de garantie van de overheid ook van toepassing was tijdens de exploitatiefase: bij leegstand werden de kosten ook gedekt.

3.1.2 Heden

Vanaf 1 januari 2012 is er aan de intramurale cliënt een financieel potje gekoppeld waarmee de zorginstelling de huisvesting moet bekostigen: het financieringsstelsel. Het financieringsstelsel gaat in werking als de zorg wordt verleend en de huisvesting gerealiseerd is waardoor zorginstelling zelf verantwoordelijk is voor de dekking van de kapitaallasten. De overheid geeft op basis van de overgangsregeling geen (financiële) garanties meer waardoor het verkrijgen van een financiering voor de investeringskosten in de verschillende ontwikkelingsfasen moeilijker is dan voorheen. Kredietverstrekken stellen hogere eisen en willen een duidelijke onderbouwing⁷, onder andere door middel van demografische onderzoeken ter onderbouwing voor de keuze van de nieuwe huisvesting. Zorginstellingen moeten zich gaan richten op hun cliënten: zonder cliënten geen inkomsten. Vanaf 2009 is het bouwregime afgeschaft. De overheid toetst de benodigde omgevingsvergunning niet op de voorschriften van College Bouw, waardoor de provincie en gemeente niet zo maar haar goedkeuring verleent. De bestuursorganen en overige actoren zullen na het wegvallen van de garanties eveneens meer invloed hebben op het huisvestingstraject. Aan de hand van de wensen van de cliënt en het beschikbare budget, door middel van het financieringsstelsel, dient de zorginstelling de huisvesting te realiseren en exploiteren.

⁴ Tweede Kamer. (2012, maart 7). Technische Briefing. *Scheiden van wonen en zorg*.

⁵ Ridder, E. d. (2012). Zorgvastgoed: eigendom of huren? *Zorgmarkt*, 3.

⁶ rente en afschrijvingskosten van investeringen in gebouw en grond.

⁷ Postema, D. J., & Oord, A. v. (2012, maart 14). Bank Nederlandse Gemeente. (F. Boin, Interviewer)

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 14

3.2 Huren van de huisvesting

3.2.1 Verleden

Door het huren van zorghuisvesting heeft de zorginstelling minder investeringskosten. Veelal trad een woningcorporatie op als investeerder en verhuurder. Een woningcorporatie is immers ook maatschappelijk georiënteerd en wordt gezien als een betrouwbare partij. De zorginstelling diende een maandelijkse huur te betalen, dat door de garantiestelling van de overheid (na de nacalculatie) bekostigd werd. Ook bij leegstand werd dit vergoed. De woningcorporatie liep hierdoor niet tot nauwelijks risico. De mogelijke extra investeringskosten in de verschillende ontwikkelingsfasen die de zorginstelling als huurder diende te maken werden eveneens vergoed (na de nacalculatie) door de overheid. Andere verhuurpartijen, los van de woningcorporatie, kwamen niet of nauwelijks voor. Zo werden bijvoorbeeld commerciële eindbeleggers niet zozeer gezien als een betrouwbare partij die het maatschappelijk belang voorop stelden. Tevens beschikten commerciële eindbeleggers niet over de juiste kennis op het gebied van deze sector⁸ en werd er minder rendement behaald dan bijvoorbeeld in de utiliteitsbouw.

3.2.2 Heden

Wanneer de zorginstelling vanaf heden de zorghuisvesting wil huren dan zal de instelling dit moeten bekostigen met het budget dat voor de cliënt beschikbaar is gesteld. De maandelijkse huurlasten en de mogelijke kosten voor extra investeringen in de verschillende ontwikkelingsfasen dienen door middel van het financieringsstelsel bekostigd te worden. Daar waar woningcorporaties normaliter optraden als investeerder en verhuurder is ook hier een verschuiving zichtbaar. Door de financiële veranderingen, wat leidt tot financiële risico's, kunnen woningcorporaties ervoor kiezen om niet meer in zorghuisvesting te investeren⁹. Commerciële partijen zullen de rol van participerende partij steeds meer gaan overnemen⁷, aangezien men over financiële middelen beschikt voor de investering in de verschillende ontwikkelingsfasen. Tevens gaan verhuurders hogere eisen stellen aan de zorghuisvesting aangezien de financiële zekerheid, wat tevens ook voor de verhuurder geldt, is komen te vervallen.

3.3 Huisvestingsfactoren

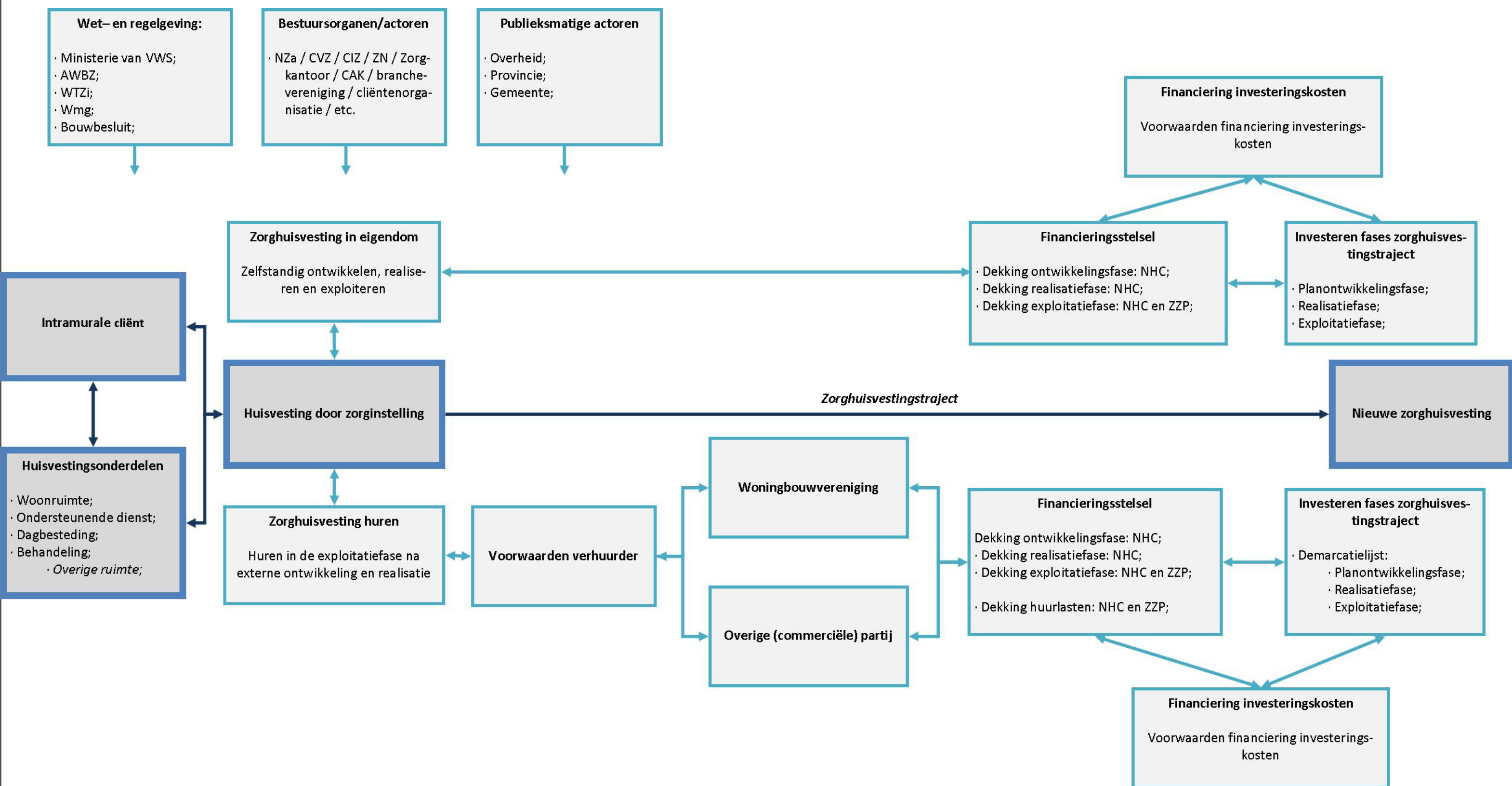
Zoals uit voorgaande analyse blijkt, is er vanaf 1 januari 2012 veel veranderd met betrekking tot de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting bij de verschillende huisvestingsscenario's. Kiest de zorginstelling voor eigendom van de huisvesting dan dient men zelf te ontwikkelen, realiseren en exploiteren. Kiest de zorginstelling voor huur, dan huurt men de huisvesting in de exploitatiefase nadat het extern ontwikkeld en gerealiseerd is. In beide gevallen is men afhankelijk van de cliënt en bijpassende huisvestingsonderdelen. De investeringskosten die in beide scenario's van toepassing zijn worden gedekt door middel van de beschikbare vergoedingen uit het financieringsstelsel dat pas in werking treedt als er zorg wordt verleend en de huisvesting gerealiseerd is. Daarnaast zijn de investeringskosten afhankelijk van de cliënt en bijpassende huisvestingsonderdelen waarvoor geen voorschriften gelden. De financiering van de investeringskosten en de wensen/eisen van de verhuurder zullen een grote rol gaan spelen in de haalbaarheid. De factoren die van invloed zijn op de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting betreffen:

- De huisvestingsonderdelen van de intramurale cliënt, het financieringsstelsel en de invloeden op de huisvestingsscenario's, invloeden en taken van de wet- en regelgeving en actoren, fases zorghuisvestingstraject (ontwikkelingsfasen) en de kosten hiervan en de financiering van de investeringskosten in de verschillende fasen;

Om het C.A.R.E. model toe te passen dienen bovenstaande huisvestingsfactoren onderzocht te worden. Op de volgende pagina is een afbeelding weergegeven van het huisvestingstraject waarin bovenstaande huisvestingsfactoren systematisch zijn weergegeven. Vanaf onderdeel III worden deze huisvestingsfactoren algemeen toegelicht waarna in onderdeel IV de factoren specifiek worden omschreven per huisvestingsscenario.

⁸ Bouwman-Sie, A. (2010). Zorgvastgoed trekt aandacht beleggers. *Cobouw*, 2.

⁹ Rijnpost, D. (2012, maart 12). Rhenense Woningstichting is alert op risico's. *De weekkrant*, p. 1.





Zorg. Ondernemen. Huisvesten.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 16

III. Resultaten – factoren die van invloed zijn op het huisvestingstraject

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 17

4. Huisvestingsonderdelen intramurale cliënt

De intramurale doelgroep betreft de cliënten die via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) 24-uurs zorg krijgen. De cliënten wonen in de zorghuisvesting waar tevens de benodigde zorg (intern of extern) wordt aangeboden. De intramurale zorg kent drie doelgroepen: verpleging en verzorging (V&V), geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de gehandicapten zorg (GHZ). De intramurale cliënten hebben behoefte aan verschillende huisvestingsonderdelen. De huisvestingsonderdelen zijn de benodigde onderdelen die de cliënt (op zorghuisvesting gebied) nodig heeft. De zorginstelling is vanaf 2009 vrij om te bepalen welke huisvestingsonderdelen voor de cliënt gerealiseerd worden en welke oppervlaktes men hanteert. Onderstaand worden de onderdelen omschreven en in bijlage 1 is een overzicht weergegeven.

4.1 Woonruimte

De woonruimte betreft de woning waarin de cliënt zich huisvest. Afhankelijk van de cliënt kunnen dit individuele of groepswoningen zijn. Individuele woningen zijn veelal appartementen in een appartementencomplex. Groepswoningen zijn veelal een bundeling van appartementen in een appartementencomplex. Het aantal groepswoningen is afhankelijk van de cliënt en het project.

4.1.1 Gezamenlijke voorzieningen

Gezamenlijke voorzieningen zijn veelal ontmoetingsruimten ten behoeve van de groepswoningen. Het aantal ontmoetingsruimten is afhankelijk van het aantal groepswoningen en cliënten. De vuistregel die gehanteerd kan worden is dat per 6-8 cliënten een ontmoetingsruimte gerealiseerd dient te worden.

4.2 Ondersteunende diensten

Ondersteunende diensten betreffen werkzaamheden/diensten die de zorginstelling maakt ten behoeve van de cliënt. Dit kan bijvoorbeeld een kantoor voor de boekhouding zijn, een plaats waar de begeleiders zich kunnen terugtrekken of een ruimte waar gesprekken met de cliënt worden gevoerd. Het aantal ondersteunende diensten is afhankelijk van de cliënt en het project.

4.3 Dagbesteding

De zorginstelling heeft de keuze om de cliënt dagbesteding aan te bieden. Dagbesteding is een structurele tijdsbesteding waarbij de cliënt betrokken is. Dagbesteding kan bestaan uit zang, bingo, uitstapjes en andere activiteiten¹⁰. Het aantal dagbestedingen is afhankelijk van de cliënt en het project.

4.4 Behandeling

Afhankelijk van de indicatie van de cliënt heeft men behandeling nodig voor een aandoening, stoornis of beperking. De behandeling wordt geleverd door bijvoorbeeld medici, paramedici en gedragswetenschappers. De zorginstelling heeft de keuze om hier intern of extern in te voorzien.

4.5 Overige ruimte

Afhankelijk van de cliënt en het project kan er ook sprake zijn van overige ruimten. Voorbeelden van overige ruimten zijn een bezoekerstoilet en (buiten) bergingen (fietsen en/of scootmobielen). Het openbare terrein behoort ook tot de openbare ruimte waarop de benodigde parkeervoorzieningen gerealiseerd dienen te worden voor de cliënten, begeleiders en bezoekers. Het is aan de zorginstelling of men tuinvoorzieningen creëert op het openbare terrein, hier is geen norm voor.

¹⁰ Zorgautoriteit, N. (sd). *Zorgzwaartepakketten sector V&V versie 2012*. Opgeroepen op februari 15, 2012, van <http://www.nza.nl>

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 18

5. Het financieringsstelsel

Voor de realisatie en instandhouding van de huisvestingsonderdelen is het financieringsstelsel opgesteld. Dit stelsel stelt budgetten beschikbaar die afhankelijk zijn van de indicatie en huisvestingsonderdelen van de cliënt. Het financieringsstelsel heeft invloed op zowel de zorgexploitatie als de vastgoedexploitatie¹¹. De zorgexploitatie betreft de kosten voor het verlenen van de benodigde zorg (de kosten voor loon en materiële kosten). De vastgoedexploitatie betreft de kosten voor de benodigde zorghuisvesting. De zorg- en vastgoedexploitatie worden bekostigd door middel van de vergoedingen voor de cliënt die zijn ondergebracht in zogeheten zorgzwaartepakketten (ZZP). Onderstaand is het financieringsstelsel omschreven en in bijlage 2 t/m 5 is een totaal overzicht weergegeven.

5.1 Zorgzwaartepakketten

De zorgzwaartepakketten (ZZP's) bestaan sinds 2008. Met deze zorgpakketten worden onder andere de kosten voor de zorgbehoefte (de zorgexploitatie) gedekt. Tot 1 januari 2012 waren de vergoedingen voor de kapitaallasten (kosten voor rente en afschrijvingskosten van investeringen in gebouw en grond voor zowel in eigendoms- als huursituaties) nog niet aan de ZZP's toegevoegd. De vergoeding voor de kapitaallasten, de zogenoemde normatieve huisvestingscomponent (NHC), zijn vanaf heden door middel van een overgangsregeling wel onderdeel van de ZZP's. Elke ZZP kent haar eigen indicatie. Zo kent de V&V sector 10 ZZP's, de GGZ-sector 13 ZZP's en de GZ-sector kent in totaal 30 ZZP's.

5.2 Zorgexploitatie

De zorginstelling krijgt vergoedingen voor de zorgexploitatie middels de ZZP, ongeacht de keuze van de zorginstelling voor eigendom of huur. Een ZZP is een volledig pakket van intramurale zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het type zorg die de cliënt nodig heeft. Het doel van de ZZP's is om cliënten een pakket te geven passend bij de zorgzwaarte en op die manier vraaggestuurde bekostiging te realiseren¹². Daar waar het NHC tarief afhankelijk is van de ZZP indicatie kunnen beide niet los van elkaar gezien worden. Tevens bevat het ZZP tarief enkele onderdelen die aan de huisvesting toegekend kunnen worden. Onderstaand worden de factoren behandeld, die van invloed zijn op het ZZP tarief.

5.2.1 Onderdelen

Een ZZP bestaat uit een tarief per cliënt per dag voor de personele ondersteuning van de huisvestingsonderdelen. De kosten voor loon en persoonlijke woonbegeleiding en materiële kosten voor de ondersteunende diensten, dagbesteding en behandeling worden gedekt. In het ZZP tarief zit tevens een component voor enkele bouwkundige voorzieningen als klein onderhoud en de inrichting van de woning (deurklink, lampen, kasten, etc.). In bijlage 2 is een overzicht weergegeven van de ZZP onderdelen gekoppeld aan de huisvestingsonderdelen.

5.2.2 Bepaling tarief

Het dagtarief van de ZZP dient men te vermenigvuldigen met het aantal uur dat de cliënt, afhankelijk van de zorgindicatie, aan zorg nodig heeft. Door dit bedrag te vermenigvuldigen met het aantal dagen in een jaar (365) wordt het jaarbedrag berekend. Boven dit bedrag kunnen nog extra kosten worden gedeclareerd voor bijvoorbeeld basisprestatie, toeslagen, vervoerskosten en zorginfrastructuur. Het definitief vaststellen van het ZZP tarief is afhankelijk van de afspraken met het zorgkantoor. De zorginstelling dient met het zorgkantoor het ZZP tarief per jaar per cliënt af te spreken tussen een bandbreedte van vierennegentig tot en met honderd procent⁹. De afspraken worden hoofdstuk 5.4 omschreven.

5.3 Vastgoedexploitatie

De kapitaallasten worden bekostigd middels de NHC, ongeacht de keuze van de zorginstelling voor eigendom of huur. De NHC is een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) nieuwbouw en instandhouding (kapitaal-

¹¹ Meijer, J. (2012, februari 12). SNH Partner. (F. Boin, Interviewer)

¹² Zorgautoriteit, N. (sd). *Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 2012*. Opgeroepen op februari 16, 2012, van <http://www.nza.nl>

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 19

lasten). De NHC is een vergoedingscomponent dat gekoppeld is aan de ZZP indicatie: ZZP indicatie V&V1 = NHC component V&V1. Deze vergoeding bestaat uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage wat voldoende is om over de gehele levenscyclus van een nieuwbouw AWBZ- voorziening¹³ rente, afschrijving- en instandhoudinguitgaven bij een bepaald bezettingspercentage van en bij een vastgestelde investeringsnorm te dekken.

5.3.1 Onderdelen

Als een zorginstelling investeert in de zorghuisvesting dan bestaat de NHC uit een investeringsbedrag per cliënt (afhankelijk van de cliënt indicatie). De investeringsbedragen zijn gebaseerd op een investeringspatroon van 30 jaar zonder renovatie, een rente van 5%, bouwtijd van 18 maanden, jaarlijkse instandhouding van 0,8% van de nieuwbouwwaarde op jaarbasis en een bezettingsgraad van 97%. Voor het aankopen van grond, interim-huisvesting en/of terreinvoorziening geldt de gemiddelde grondprijs (NL) + een toevoeging van 10%. Los van de NHC is er een vaste vergoeding beschikbaar van €3,74,- per dag per cliënt voor de investeringen in medische en overige inventarissen (bijvoorbeeld computer-apparatuur en – programmatuur). Uitgangspunt afschrijvingstermijn inventaris is 10 jaar. In bijlage 2 is een overzicht weergegeven van de NHC onderdelen (gekoppeld aan de huisvestingsonderdelen) en in bijlage 3 is een totaaloverzicht weergegeven van de investeringskosten en de uitgangspunten. Als de zorginstelling kiest voor het huren van de zorghuisvesting dan geldt het NHC-dagtarief als dekking voor de huurlasten. Zie bijlage 4 voor de lijst met NHC-dagtarieven.

5.3.2 Bepaling tarief

Door de overgangsregeling kan de zorginstelling vanaf 1 januari 2012 over 10% van het NHC bedrag prijsafspraken maken met het zorgkantoor tussen een bandbreedte van vierennegentig tot en met honderd procent. De overige 90% van het NHC bedrag wordt via nacalculatie uit het 'landelijk potje'¹⁴ bekostigd. Het investeringsbedrag wordt berekend door middel van de investeringsbedragen per cliënt te vermenigvuldigen met de bezettingsgraad van 97%. NHC als dekking voor de huurlasten wordt berekend door middel van het NHC-dagtarief te vermenigvuldigen met het aantal dagen in een jaar (365) en de bezettingsgraad van 97%. De bezettingsgraad betreft een percentage waarvan men vanuit gaat dat de huisvesting bezet of leeg is. Een bezettingsgraad van 97% betekent 3% leegstand waarover de zorginstelling dus geen vergoedingen krijgt.

5.4 Contracteerruimte

Zoals in voorgaande hoofdstukken omschreven is, zijn de inkomsten voor de zorgexploitatie (ZZP) en de vastgoedexploitatie (NHC) afhankelijk van de prijsafspraken met het zorgkantoor. De afspraken worden gemaakt in de zogeheten contracteerruimte. Onderstaand worden de onderdelen behandeld, die van invloed zijn voor het definitief vaststellen van het beschikbare ZZP en NHC budget in de contracteerruimte. In bijlage 5 is een totaal overzicht weergegeven.

5.4.1 Beschikbaar budget

Voor de zorgsector is er elk jaar een landelijk budget beschikbaar wat gebruikt kan worden voor zowel de zorgexploitatie als de vastgoedexploitatie voor zorginstellingen die volgens de AWBZ zorg verlenen. Voor het gehele land is er in 2012 circa €21,5 miljard¹⁵ beschikbaar voor zowel de intramurale als extramurale zorg (exclusief overige vergoedingen). Het landelijk budget, de contracteerruimte, wordt beschikbaar gesteld door het ministerie van VWS door middel van directe inkomsten (t.b.v. de intramurale zorg) en volumegroei (intra- en extramuraal). De zorgverzekeraars hebben op grond van de AWBZ formeel de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ, die via een mandaat de uitvoering hebben uitbesteed aan de zorgkantoren. Er zijn 32 zorgkantoren verdeeld over verschillende regio's die verbonden zijn aan één van de zorgverzekeraars en een 'eigen' financiële ruimte hebben (maximumbudget). Het ministerie van VWS heeft aan de zorgkantoren de verantwoordelijkheid verleend om de AWBZ in de betrokken regio's uit te voeren. Het zorgkantoor koopt de noodzakelijke zorg in bij de zorginstelling door middel van een (financiële) overeenstemming over de ZZP en (10%) NHC. De overeenstemmingen dienen te passen binnen het beschikbare budget. Het is van belang

¹³ Voorziening toegelaten voor de functie persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling of verblijf

¹⁴ Kardolus, A. (2012, februari 29). Zorgkantoor Menzis. (F. Boin, Interviewer)

¹⁵ NZa. (2012, april 12). *Bijlage 1 Contracteerruimte AWBZ 2012*

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 20

om goede (financiële) afspraken te maken aangezien het theoretisch mogelijk is dat, wanneer het regiobudget op is, de cliënt geen zorg meer verleend kan krijgen¹⁶.

5.4.2 Criteria

Een zorginstelling dient aan verschillende criteria te voldoen alvorens een zorgkantoor een overeenkomst aangaat. De criteria zijn tevens van invloed op de prijsafspraken (de te hanteren bandbreedtes). De criteria zijn van invloed op de zorg-, vastgoedexploitatie en overige vergoedingen. Vanuit het zorgkantoor bestaat de eis, dat de cliënten beleidsmatig, middels een onderbouwde visie en beleid, geplaats worden. Een zorginstelling wordt getoetst, op bijvoorbeeld de toelating door middel van de WTZi, alvorens het zorgkantoor een overeenkomst aangaat. Bij de inkoop/overeenstemming wordt er gekeken naar onder andere de volgende criteria, die van invloed zijn op alle vergoedingen: beschikbaarheid en toegankelijkheid, prijs en doelmatigheid, kwaliteit van de zorg, managementinformatie en administratieve organisatie, klantgerichtheid (CQ-index) en doelgroepen en ketens. De criteria zijn vooral gericht op de invloeden op de cliënt. Een zorgkantoor kijkt (nog) niet naar de vermogenspositie of exploitatieresultaten van de zorginstelling. De overige kosten die in het contracteerruimte zitten, zijn de geormerkte middelen die veelal landelijk beschikbaar zijn. Door middel van bepaalde innovaties/handelingen kunnen er afspraken gemaakt worden over de overige kosten.

5.4.3 Vaststelling budget

Het ZZP budget en 10% van het NHC budget is onderhandelbaar tussen een bandbreedte van vierennegentig tot en met honderd procent. Het budget voor inventaris is vooralsnog een vast bedrag per cliënt per dag. Daarnaast kan men overige geormerkte middelen overeenkomen voor bijvoorbeeld nieuwe zorgprestaties, extreme zorgzwaarte, innovaties en aanpak wachtlijsten. De onderhandelingen over de ZZP en NHC zijn afhankelijk van de omschreven criteria. Door het voldoen aan de omschreven criteria en/of de onderdelen uit de geormerkte middelen, worden percentages positief of negatief toegekend (meer of minder betalen). Het totaalbudget is het ZZP tarief + het NHC tarief (op basis van 10% contracteerruimte en 90% declaratie) + totaal tarief inventaris (dagtarief x dagen in het jaar x afschrijvingstermijn) + geormerkte middelen.

5.4.4 Toekennen budget

Het toekennen van het budget is afhankelijk van het indienen en vaststellen van het budget, de declaratie en het sluittarief. Het vastgestelde budget dient ingediend te worden bij de NZa. Uiterlijk 31 oktober van jaar T-1 (budgetronde 1) dient de productieafpraak te worden ingediend. Op 31 oktober van jaar T kan men een herschikkingverzoek indienen. De zorginstelling en het zorgkantoor dienen uiterlijk op 1 juni van jaar T+1 de nacalculatie van jaar T op de gerealiseerde productie in. Op basis van deze gegevens wordt het budget definitief vastgesteld. Hierbij geldt dat het budget niet meer kan bedragen dan het budget op basis van de productieafspraken van budgetronde 1 en de herschikkingronde. De overeengekomen tarieven worden gedeclareerd bij het zorgkantoor, waarmee het budget is overeengekomen. In de te declareren tarieven is ook het overige percentage (90%) van het NHC budget opgenomen, dit is het sluittarief. Zie bijlage 5 voor een totaal overzicht van de onderdelen en uitgangspunten uit de contracteerruimte.

¹⁶ Kardolus, A. (2012, februari 29). Zorgkantoor Menzis. (F. Boin, Interviewer)

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 21

6. Wet- en regelgeving en actoren

Er zijn verschillende wet- en regelgevingen en actoren die direct of indirect van invloed zijn op de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting. In dit hoofdstuk zijn de wet- en regelgevingen en actoren omschreven die invloed hebben op het huisvestingstraject.

6.1 Wet- en regelgeving

Er zijn verschillende wet- en regelgevingen van toepassing, die worden vastgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Indien de zorginstelling in aanmerking wil komen voor intramurale zorg via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), waar de ZZZ indicaties onderdeel van zijn, dan dient de zorginstelling via de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) goedgekeurd te zijn. Daarnaast dient de zorginstelling te voldoen aan de algemene regels voor cliënt en zorginstelling door middel van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De huisvesting dient tevens te voldoen aan de technische voorschriften van het Bouwbesluit.

6.2 Bestuursorganen/actoren

De zorgsector, zorginstellingen en cliënten staan onder toezicht van verschillende bestuursorganen en actoren. Het gezamenlijke doel, van de bestuursorganen en actoren, is het vaststellen van de zorgbehoefte en het bepalen van de te leveren zorg voor de cliënt en om dit optimaal aan te kunnen bieden. Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor het AWBZ-beleid en is tevens politiek aansprakelijk. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de algemene toezichthouder en stelt regels, budgetten en tarieven vast. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) coördineert de uitvoering van de AWBZ. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zorgt voor de beoordeling en zorgindicatiestelling aan cliënten. De vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN) behartigt de belangen van de zorgondernemingen. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) is verantwoordelijk voor de financiering van de AWBZ zorginstellingen. De brancheverenigingen behartigen de belangen van de zorginstellingen en de cliëntenorganisaties behartigen de belangen van de cliënten.

6.3 Publieksmatige actoren

De publieksmatige actoren zijn de overheid, provincie en gemeente. De overheid stelt de beleidsregels op. De provincie stelt provinciale visies en prognoses op met als doel inzicht te geven in vraag en aanbod naar wonen met zorg binnen de gehele provincie. De provincie heeft tevens invloed op de procedure voor het bestemmingsplan doormiddel van een zienswijze¹⁷ en reactieve aanwijzing¹⁸. De uitkomsten van de provinciale rapporten kunnen invloed hebben op de gemeente aangezien men, bij het ontbreken van gemeentelijke rapporten, het beleid uitvoert aan de hand van de opgestelde provinciale rapporten. De visies en prognoses vanuit de provincie en de gemeente gelden als aanleiding en grondlegger voor mogelijke nieuwe ontwikkelingen^{19 20}. De invloeden van de gemeente zijn vooral gericht op het faciliteren van het huisvestingstraject: *“De gemeente bouwt niets zelf. De gemeente legt geen steen op elkaar, we zorgen dat het kan gebeuren en hebben een publiekrechtelijke rol”* (Troost, D. A. 2012, februari 13).

¹⁷ Wet Wro artikel 3.8 lid d

¹⁸ Wet Wro artikel 3.8 lid 6

¹⁹ Groot, M. A. (2012, februari 6). Gemeente Veenendaal. (F. Boin, Interviewer)

²⁰ Troost, D. A. (2012, februari 13). Gemeente Barneveld. (F. Boin, Interviewer)

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 22

7. Fases zorghuisvestingstraject

Zorghuisvesting heeft, eveneens bij woningbouw, een huisvestingscyclus dat bestaat uit de fases: planontwikkeling, realisatie, exploitatie/verhuur, renovatie/ herontwikkeling en sloop. In de planontwikkelingsfase wordt de (financiële) basis gelegd voor de realisatie- en exploitatiefase. Renovatie/herontwikkeling en sloop speelt in eerste instantie geen grote rol in de financiële haalbaarheid. Afhankelijk van de keuze voor de verschillende huisvestingsscenario's dient de zorginstelling verschillende kosten te maken.

7.1 Planontwikkelingsfase

In de planontwikkelingsfase worden de omschreven huisvestingsonderdelen (zie hoofdstuk 4) van de intramurale eindgebruiker/cliënt omgezet in een bouwplan. In de planontwikkelingsfase worden de benodigde investeringen gedaan in bijvoorbeeld de grond waarop de zorghuisvesting gerealiseerd wordt en de overige planontwikkelingskosten zoals bijvoorbeeld het opstellen van het bestemmingsplan en de benodigde architectkosten. In de planontwikkelingsfase worden tevens de kaders vastgesteld voor de kosten die gemaakt gaan worden in de realisatiefase en exploitatiefase. Mocht de zorginstelling de zorghuisvesting in eigendom nemen dan zal men over het algemeen zelf investeren in de planontwikkelingsfase. De investeringskosten krijgt men vergoed middels de NHC. Mocht de zorginstelling de zorghuisvesting huren dan zal de verhuurder investeren in de planontwikkelingsfase. Afhankelijk van de afspraken met de verhuurder dient de zorginstelling enkele extra investeringen te doen. Deze investeringen worden eveneens gedekt door de vergoeding uit de NHC.

7.2 Realisatiefase

In de realisatiefase wordt het vastgestelde bouwplan, uit de planontwikkelingsfase, gerealiseerd. In de realisatiefase worden de benodigde investeringen gedaan, voor het realiseren van het bouwplan. Mocht de zorginstelling de zorghuisvesting in eigendom nemen dan zal men over het algemeen zelf investeren in de realisatiefase. De investeringskosten krijgt men gedekt door de vergoeding uit de NHC. Mocht de zorginstelling de zorghuisvesting huren dan zal de verhuurder investeren in de realisatiefase.

7.3 Exploitatiefase

In de exploitatiefase wordt het gerealiseerde bouwplan, uit de realisatiefase, geëxploiteerd. In de exploitatiefase worden investeringen gedaan in het onderhoud en instandhouding van de zorghuisvesting. Mocht de zorginstelling de huisvesting in eigendom nemen dan zal de zorginstelling over het algemeen zelf investeren in de exploitatiefase. De kosten voor de investeringen, rente en aflossing, afschrijving en energielasten worden gedekt door de vergoeding uit de NHC. Tevens zit in het ZZP een component dat gebruikt kan worden voor kosten in de exploitatiefase (belastingen, heffingen en klein onderhoud). Mocht de zorginstelling de huisvesting huren dan zal de verhuurder investeren in de exploitatiefase waarbij de zorginstelling maandelijkse huur dient te betalen. Afhankelijk van de afspraken tussen de zorginstelling en verhuurder dient de zorginstelling eveneens te investeren in de exploitatiefase. De maandelijkse huur wordt gedekt door de NHC en een component uit de ZZP vergoedingen.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 23

8. Kosten fases zorghuisvestingstraject

Het realiseren van de huisvestingsonderdelen in de ontwikkelingsfases brengen verschillende kosten met zich mee voor de zorginstelling die door middel van de ZZP en NHC bekostigd dienen te worden. Uitgangspunt is dat de vergoedingen van de ZZP en NHC voldoende is²¹. Onderstaand zijn de onderdelen omschreven en toegespitst op de ZZP en NHC. Afhankelijk van de afspraken met de verhuurder dienen onderstaande onderdelen ook bij het huren van de huisvesting bekostigd te worden. In bijlage 6 is een totaal overzicht weergegeven op basis van kengetallen en percentages²².

8.1 Planontwikkelings- en realisatiefase

Verwerving/grondkosten

Kosten voor de aankoop van de grond, bouwrijp maken, notaris/makelaar, infrastructuur en kadastrale inmeting. De NHC omvat een component voor de verwerving van de grondkosten op basis van de gemiddelde grondprijs.

Bouwkosten

Kosten voor het realiseren van de huisvestingsonderdelen en het aanleggen van het terrein. De NHC is gebaseerd op de gemiddelde bouwkosten per cliënt (zie bijlage 6 voor de bouwkosten lijst).

Inventariskosten

De investeringen in medische en overige inventarissen. Alle zaken die niet aard- of nagelvast met een gebouw verbonden zijn zoals tafels, bedden, stoelen, etc. De NHC hanteert een vast tarief per dag per cliënt. Uitgangspunt is een afschrijvingstermijn van 10 jaar.

Bijkomende kosten

Kosten voor overheidsheffingen, leges, aansluitkosten nutsbedrijven en verzekeringen. De NHC hanteert een bepaald percentage van de bouwkosten voor deze kosten.

Directie/adviseurkosten

Kosten voor advisering, managementondersteuning en planontwikkeling. Kosten voor de gehele directie waaronder het architectenhonorarium. De NHC hanteert een bepaald percentage van de bouwkosten voor deze kosten.

Financieringskosten:

Kosten voor de rente tijdens de bouw die aan de kredietverlener betaald dient te worden. De NHC is gebaseerd op een bepaald percentage voor deze kosten.

Onvoorziene kosten

Kosten die men vooraf niet met zekerheid kan zeggen. Kosten betreffen bijvoorbeeld loon- en prijsstijgingen, ontwerp-wijzigingen, etc. De NHC is gebaseerd op een bepaald percentage van de bouwkosten, bijkomende kosten en directie-kosten.

8.2 Exploitatiefase

Startkosten en onderhoud

Kosten alvorens men het gebouw kan betreden. Bijvoorbeeld droogstoken en overig energieverbruik, bewaking en public relations-activiteiten. De NHC is gebaseerd op een bepaald percentage van de bouwkosten voor deze kosten. Tevens omvat het ZZP tarief een component voor deze kosten.

Servicekosten

Kosten voor gas, water, elektra, brandmeldinstallaties, telefoon, schoonmaak, beheer, etc. In het ZZP en NHC tarief zit een component voor deze kosten.

²¹ Gouverneur, J. W. (2012, mei 9). Riwis Zorg en Welzijn. (F. Boin, Interviewer)

²² TNO Bouw en Ondergrond. (2010). *Kostenontwikkelingen van gebouwen in de zorg*. TNO.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 24

9. Financiering

De zorginstelling krijgt de NHC en ZZP pas vergoed als er daadwerkelijk zorg wordt verleend en de huisvesting al gerealiseerd is. De zorginstelling dient een financiering aan te vragen voor de bekostiging van de ontwikkelingsfases. Afhankelijk van het huisvestingsscenario verschilt het benodigde financieringsbedrag. Onderstaand worden de onderdelen behandeld die, los van de hoogte van het benodigde financieringsbedrag, van toepassing zijn bij de financieringsaanvraag. In bijlage 7 is een overzicht weergegeven.

9.1 Financieringsmogelijkheid

Over het algemeen zal een zorginstelling vreemd vermogen aantrekken voor de financieringsbehoefte. Het ligt voor de hand dat men financiert op basis van een projectgeboden nieuwe financiering, aangezien de NHC de kapitaalslasten, waaronder, de rentelasten projectgebonden dekt.

9.2 Financierder

Kapitaalverstrekkers aan zorginstellingen zijn vrijwel uitsluitend de Nederlandse banken. Het is voor de zorginstellingen interessant om de financiering aan te vragen bij banken die financieren vanuit maatschappelijk oogpunt, aangezien deze banken niet streven naar maximale winst. Banken die financieren vanuit maatschappelijk oogpunt zijn de Bank Nederlandse Gemeente (BNG Bank) en De Nederlandse Waterschapsbank (DNW).

9.3 Financieringsaanvraag

Een zorginstelling kan een geborgde of ongeborgde financiering aanvragen. In beide gevallen dient men een businessplan op te stellen waarin op organisatie- en projectniveau verschillende onderdelen worden omschreven. De borging wordt aangevraagd bij De Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ). Bij een geborgde financiering toets het WFZ het businessplan, bij ongeborgde financiering is dat de betreffende bank.

9.3.1 Geborgde financiering

Door de borging kan de zorginstelling relatief eenvoudig een lening afsluiten bij de kredietverstrekker. Na goedkeuring van het businessplan, door het WFZ, verleent het WFZ haar borging en gaat de financierder akkoord met kredietverstrekking. Als het businessplan is goedgekeurd wordt door het WFZ, gedurende een jaar, een borgstellingverklaring aan de kredietverlener gegarandeerd. De zorginstelling betaalt het WFZ een eenmalige premie (disagio: 0,1% p.j. van de gemiddelde schuld) voor deze garantie. De afspraken tussen bank, zorginstelling en WFZ worden vastgelegd in een standaard leningcontract (tripartiet leningcontract). De financiering wordt verkregen tegen gunstige condities (rentevoordeel), ook in een krappe kapitaalmarkt. Tevens kunnen er lange looptijden worden afgesloten en het WFZ neemt de betaling aan de kredietverstrekker over, mocht de zorginstelling in financiële problemen komen. Geborgde financieringen worden in de regel verstrekt door BNG Bank, DNW en de Rabobank. Deze banken beschikken over de triple-A kredietstatus en kunnen zich op de kapitaalmarkt funden tegen de laagste tarieven.

9.3.2 Ongeborgde financiering

De zorginstelling kan er voor kiezen om ongeborgde financiering aan te vragen. Dit ondanks het rentevoordeel dat men daarmee laat liggen. BNG Bank geeft aan dat zij in beginsel een voorkeur heeft voor geborgde financiering²³. De ongeborgde kredietverlening wordt verzorgd door de Nederlandse banken (met name Rabobank, BNG, ING, ABN Amro).

²³ Postema, D. J., & Oord, A. v. (2012, maart 14). Bank Nederlandse Gemeente. (F. Boin, Interviewer)

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 25

9.4 Businessplan

Voor zowel een geborgde als een ongeborgde financieringsaanvraag is een businessplan noodzakelijk. In het businessplan worden onderdelen omschreven op organisatie- en projectniveau. In bijlage 7 is een overzicht weergegeven.

9.4.1 Organisatieniveau

Op organisatieniveau dient de visie en missie van de zorginstelling omschreven te worden²⁴ en dient men te voldoen aan formele voorwaarden (AWBZ instelling), kredietwaardigheid eisen en rekening te houden met overige onderdelen (marktonderzoeken en analyses). De formele voorwaarden zijn omschreven in artikel 2 van de WFZ-statuten²⁵. De kredietwaardige eisen betreffen de toetsing op de financiële situatie (Solvabiliteitsratio van 10%-12%) en goede vooruitzichten. In artikel 4 van het Reglement van Deelneming zijn de voorwaarden omschreven.

9.4.2 Projectniveau

Op projectniveau wordt er gekeken naar de investerings- en financieringsbeslissingen. De investeringsbeslissingen omschrijven het doel van de investering en een omschrijving over alternatieve aanwendingsmogelijkheid. De financieringsbeslissingen beschrijven een meerjaren prognose (komende 10 jaar met vooruitzicht tot 25-30 jaar) en een kasstroomprognose ($DSCR^{26} > 1,2-1,4$).

9.5 Financieringsvormen

Elke bank kent haar eigen beleid met voorwaarden en eisen. De financiering is een 'case by case beoordeling'²⁷. Vanuit het WFZ zijn uitgangspunten opgesteld voor het afsluiten van een voorfinanciering en een langlopende lening. Onderstaand zijn de uitgangspunten omschreven voor een geborgde en ongeborgde financiering. Zie bijlage 7 voor een totaaloverzicht.

9.5.1 Voorfinanciering

Een voorfinanciering kan afgesloten worden tijdens het bouwtraject. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een kasgeldfaciliteit, waarin een bepaald financieringsplafond met een looptijd is afgesproken. Er worden afspraken gemaakt met 1 kredietverstrekker, bijvoorbeeld bij de voorfinanciering van een bouwproject. De rentepercentages worden onderling afgesproken door middel van de Euribor (actuele rente tarief) vermeerderd met een vast aantal basispunten. De voorfinanciering dient lineair afgelost te worden.

9.5.2 Langlopende lening

Een langlopende lening betreft de gehele projectfinanciering (bouwphase t/m exploitatiefase). Uitgangspunt is dat er een financieringstermijn van 30 jaar wordt overeengekomen waarbij na 15 jaar een herfinancieringstermijn is. De langlopende lening dient lineair afgelost te worden. Na 15 jaar heeft de zorginstelling de mogelijkheid om over te stappen naar een andere kredietverstrekker. Voor het verkrijgen van een langlopende lening is de stortingsdatum, rentepercentage (overeen te komen met kredietverstrekker) en het aflossingsschema (per jaar, kwartaal of maand) van belang.

9.5.3 Rentederivaten

De zorginstelling kan kiezen voor rentederivaten (beheersing renterisico's). Hiervoor is een schriftelijke toestemming van het WFZ noodzakelijk. Binnen de rentederivaten kan gekozen worden uit 'De roll-over lening en renteswap' en het basisrentecontract. Bij de roll-over lening en renteswap kan het WFZ alleen de roll-over lening onder de garantie brengen, en niet de renteswap. Bij het basisrentecontract dekt de borging, van het WFZ, de totale rentekosten af.

²⁴ Houkes, I. (2012, februari 7). Estea. (F. Boin, Interviewer)

²⁵ <http://www.wfz.nl/>

²⁶ Debt Service Coverage Ratio: kengetal dat aangeeft of er voldoende operationele kasstromen worden gegenereerd voor rente en aflossing

²⁷ Postema, D. J., & Oord, A. v. (2012, maart 14). Bank Nederlandse Gemeente. (F. Boin, Interviewer)



Zorg. Ondernemen. Huisvesten.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 26

IV. Resultaten – toegepast op huisvestingsscenario's in eigendom of huur

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 27

10. Zorghuisvesting in eigendom

Zorghuisvesting in eigendom betekent voor de zorginstelling: zelfstandig ontwikkelen, realiseren en exploiteren. De zorginstelling dient het zorghuisvestingstraject te doorlopen om de cliënt en bijpassende huisvestingsonderdelen te huisvesten. De zorginstelling dient te investeren in de planontwikkelings-, realisatie- en exploitatiefase, waarbij de kosten worden gedekt door de vergoedingen uit het financieringsstelsel. De zorginstelling dient een financiering aan te vragen aangezien het financieringsstelsel pas in werking treedt als er daadwerkelijk zorg geleverd wordt en de huisvesting gerealiseerd is. Daarnaast spelen de actoren en wet- en regelgeving een rol in toezicht en goedkeuring. De factoren die van invloed zijn voor de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting, bij het in eigendom nemen van de huisvesting, betreffen:

1. Huisvestingsonderdelen intramurale cliënt;
2. Het financieringsstelsel;
3. Wet- en regelgeving en actoren;
4. Fases zorghuisvestingstraject;
5. Kosten fases zorghuisvestingstraject;
6. Financiering van de investeringskosten;

Onderstaand worden de factoren omschreven die van invloed zijn in het zorghuisvestingstraject bij het in eigendom nemen van de zorghuisvesting. In bijlage 8 is een overzicht weergegeven van het huisvestingstraject bij het in eigendom nemen van de huisvesting.

10.1 Huisvestingsonderdelen intramurale cliënt

De cliënt staat centraal, de benodigde huisvestingsonderdelen voor de cliënt dienen gehuisvest te worden. De zorginstelling dient een keuze te maken welke onderdelen men wil realiseren. Vereiste huisvestingsonderdelen kunnen, afhankelijk van de cliënt, woonvoorzieningen (individuele of groepswoning) en een ontmoetingsruimte zijn. Ondersteunende diensten, dagbesteding en behandeling zijn onderdelen die niet zozeer vereist zijn op de locatie waar ook de woning wordt gerealiseerd. In deze behoeften kan elders worden voorzien. Zie hoofdstuk 4 en bijlage 1 voor een uitgebreidere toelichting.

10.2 Financieringsstelsel

10.2.1 Beschikbaar investeringsbedrag

Door middel van het financieringsstelsel worden de investeringen in de planontwikkelingsfases, om de huisvestingsonderdelen te realiseren en in stand te houden, bekostigd. Het financieringsstelsel stelt investeringsbedragen beschikbaar. De hoogte van de bedragen zijn afhankelijk van de zorgindicatie van de cliënt. Het investeringsbedrag geldt voor alle omschreven huisvestingsonderdelen, zowel de vereiste als de niet vereiste onderdelen (gerealiseerd op locatie bij de huisvesting). Mochten de ondersteunende diensten, dagbesteding en behandeling elders voorzien worden dan dient de zorginstelling dit alsnog vanuit het investeringsbedrag te bekostigen. Zie hoofdstuk 5 en bijlage 2 t/m 5 voor een uitgebreidere toelichting.

10.2.2 Vaststellen investeringsbedrag

Het vaststellen van het definitieve investeringsbedrag is afhankelijk van het aantal te huisvesten cliënten en het daaraan gekoppelde beschikbare investeringsbedrag. Van dat investeringsbedrag dient 3% leegstand in mindering te worden gebracht. Daarnaast kan men €3,74,- per dag, per cliënt, optellen voor de vergoeding van de inventaris en het ZZP component voor klein onderhoud en de inrichting van de woning. Uitgangspunt afschrijvingstermijn inventaris is 10 jaar. Zie hoofdstuk 5 en bijlage 2 t/m 5 voor een uitgebreidere toelichting.

10.2.3 Contracteerruimte

De zorginstelling krijgt het benodigde investeringsbedrag vergoed door de gemaakte afspraken met het zorgkantoor in de contracteerruimte. De vergoedingen dienen beschikbaar te zijn uit het regionaal beschikbaar budget. Vanuit het

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 28

zorgkantoor is er de eis dat de cliënten beleidsmatig, met een onderbouwde visie en beleid, geplaatst worden. Een zorginstelling wordt getoetst, op de toelating door middel van de WTZi, alvorens het zorgkantoor een overeenkomst aangaat. In de contracteerruimte wordt gekeken naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid, prijs en doelmatigheid, kwaliteit van de zorg, managementinformatie en administratieve organisatie, kantgerichtheid en doelgroepen en ketens. De criteria zijn gericht op de invloeden op de cliënt en niet op de vermogenspositie of exploitatieresultaten van de zorginstelling. Het beschikbare regiobudget is tevens afhankelijk van de mogelijke groei in indicatiestellingen. Afhankelijk van de groei in indicatiestellingen is een budget beschikbaar dat bij het regionaal beschikbaar budget opgeteld kan worden. Naast de afspraken voor de vergoedingen van de investeringsbedragen kan de zorginstelling afspraken maken over mogelijke geoormerkte middelen (extra middelen). De geoormerkte middelen zijn nieuwe zorgprestaties, extreme zorgzwaarte, innovatie en de aanpak tegen wachtlijsten. Het ZZP budget en 10% van het NHC budget is onderhandelbaar tussen bandbreedte van vierennegentig tot en met honderd procent. De onderhandelingen over de ZZP en NHC zijn afhankelijk van de omschreven criteria. In welke mate de zorginstelling voldoet aan de omschreven criteria en/of de onderdelen uit de geoormerkte middelen, bepaalt of de percentages positief of negatief worden toegekend (meer of minder betalen). Het totaalbudget is het ZZP tarief + het NHC tarief (op basis van 10% contracteerruimte en 90% declaratie) + totaal tarief inventaris (dagtarief x dagen in het jaar x afschrijvingstermijn) + geoormerkte middelen.

Het toekennen van het budget is afhankelijk van het indienen en vaststellen van het budget, de declaratie en het sluittarief. Het vastgestelde budget dient ingediend te worden bij de NZa. Uiterlijk 31 oktober van jaar T-1 (budgetronde 1) dient de productieafpraak te worden ingediend. Op 31 oktober van jaar T kan men een herschikkingverzoek indienen. De zorginstelling en het zorgkantoor dienen uiterlijk op 1 juni van jaar T+1 de nacalculatie van jaar T op de gerealiseerde productie in. Op basis van deze gegevens wordt het budget definitief vastgesteld. Hierbij geldt dat het budget niet meer kan bedragen dan het budget op basis van de productieafspraken van budgetronde 1 en de herschikkingronde. De overeengekomen tarieven worden gedeclareerd bij het zorgkantoor. In de te declareren tarieven is ook het overige percentage (90%) van het NHC budget opgenomen, dit is het sluittarief. Zie hoofdstuk 5 en bijlage 2 t/m 5 voor een uitgebreidere toelichting.

10.3 Wet- en regelgeving en actoren

10.3.1 Wet- en regelgeving

De zorginstelling dient WTZi goedgekeurd te zijn om de AWBZ-zorg te kunnen verlenen. Door middels van de AWBZ worden de vergoedingen voor de investeringen uitgekeerd. Daarnaast dient de zorginstelling te voldoen aan de Wmg en het bouwbesluit. Zie hoofdstuk 6 voor een uitgebreidere toelichting.

10.3.2 Bestuursorganen/actoren

Er zijn verschillende bestuursorganen/actoren van invloed. De cliënt krijgt via het CIZ een indicatie voor de zorgbehoefte. In de indicatie staat omschreven welke zorg en hoeveel zorg de cliënt nodig heeft. De NZa stelt de tarieven op, passend bij de verschillende indicaties, en geeft richtlijnen aan op welke manier er met de tarieven omgegaan moet worden. De cliënt wordt, na de indicatie van het CIZ, doorgestuurd naar een regionaal zorgkantoor. Het zorgkantoor koopt de benodigde zorg in bij de zorginstelling, de contracteerruimte, en plaatst de cliënt bij de geschikte zorginstelling. De grootste zorgverzekeraar, in de regio, beheert het zorgkantoor. De zorginstelling biedt de capaciteit voor de cliënt ten behoeve van zorgverlening en zorghuisvesting. De zorginstelling declareert de overeengekomen ZZP's (en NHC's) bij het zorgkantoor die door het CAK worden uitgekeerd. Zie hoofdstuk 6 voor een uitgebreidere toelichting.

10.3.3 Publieksmatige actoren

De publieksmatige actoren (overheid, provincie en gemeente) kunnen allen indirect of direct invloed hebben op de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting. De overheid heeft indirect invloed door het opstellen van de wetgevingen. De provincie heeft indirect invloed door het opstellen van de rapporten met provinciale visies en prognoses. De gemeente baseert haar beleid hier weer op. Daarnaast is de gedachtegang van de gemeente van belang over het huisvestingstraject. De gemeente heeft een faciliterende rol en over het algemeen geen doorslaggevende mening



Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 29

over het al dan niet in eigendom nemen of huren van de huisvesting door de zorginstelling. Zie hoofdstuk 6 voor een uitgebreidere toelichting.

10.4 Fases zorghuisvestingstraject

De zorginstelling dient te investeren in planontwikkelings-, realisatie- en exploitatiefase. De kosten voor de planontwikkelings-, realisatie- en exploitatiefase worden vergoed door de NHC. Voor de exploitatiefase is tevens een component uit de ZZP beschikbaar. Zie hoofdstuk 7 voor een uitgebreidere toelichting.

10.5 Kosten fases zorghuisvestingstraject

De zorginstelling heeft zowel kosten in de planontwikkelings-, realisatie- en exploitatiefase. De kosten in de planontwikkelings- en realisatiefase bedragen de kosten voor verwerving/grondkosten, bouwkosten, inventariskosten, bijkomende kosten, directiekosten, financieringskosten (rente tijdens de bouw), onvoorziene kosten en startkosten. Deze kosten worden vergoed door de NHC. In de exploitatiefase heeft de zorginstelling kosten voor het in stand houden van de zorghuisvesting (klein en mogelijk groot onderhoud) en servicekosten (gas, water, elektra, etc.). Deze kosten worden vergoed door de NHC en ZZP. Zie hoofdstuk 8 en bijlage 6 voor een uitgebreidere toelichting.

10.6 Financiering

Alvorens de kosten in de ontwikkelingsfases vergoed worden door de NHC en ZZP dient er daadwerkelijk zorg verleend te worden. De huisvesting is dan al gerealiseerd. De zorginstelling dient financiële middelen beschikbaar te hebben om de ontwikkelingsfases te financieren. Elke bank kent haar eigen beleid met voorwaarden en eisen. De financiering is een 'case by case beoordeling'. De zorginstelling kan een projectgebonden geborgde financiering aanvragen. Dit zorgt voor enkele financiële voordelen. De geborgde financiering wordt aangevraagd bij De Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ). Voor de borging aanvraag dient men een businessplan op te stellen waarin op organisatie- en projectniveau verschillende onderdelen worden omschreven. Geborgde financieringen worden in de regel verstrekt door BNG Bank, DNW en de Rabobank. In het businessplan dient men op projectniveau de investerings- en financieringsbeslissingen te omschrijven. Op organisatieniveau dient men aan formele voorwaarden, kredietwaardigheidseisen en overige onderdelen te voldoen. De zorginstelling kan een langlopende lening afsluiten met een uitgangspunt van 30 jaar waarbij na 15 jaar een herfinancieringstermijn is die lineair afgelost dient te worden. Tevens kan men kiezen voor rentederivaten (beheersing renterisico's). Hiervoor is een schriftelijke toestemming van het WFZ noodzakelijk. Zie hoofdstuk 9 en bijlage 7 voor een uitgebreidere toelichting.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 30

11. Huren van zorghuisvesting

Huren van zorghuisvesting betekent voor de zorginstelling: het huren van de huisvesting in de exploitatiefase nadat het extern ontwikkeld en gerealiseerd is. De zorginstelling dient het zorghuisvestingstraject te doorlopen om de cliënt en bijpassende huisvestingsonderdelen te huisvesten. De verhuurder zal bepaalde wensen/eisen stellen waarbij het mogelijk is dat de zorginstelling investeringskosten in de planontwikkelings-, realisatie- en exploitatiefase heeft die door het financieringsstelsel bekostigd dient te worden. Daarnaast dient de zorginstelling de huurlasten te dekken door middel van het financieringsstelsel. Voor de mogelijke investeringskosten dient de zorginstelling een financiering aan te vragen aangezien het financieringsstelsel pas in werking treedt als er daadwerkelijk zorg geleverd wordt en de huisvesting gerealiseerd is. De actoren en wet- en regelgeving spelen een rol in toezicht en goedkeuring. De factoren die van invloed zijn voor de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting, bij het huren van de huisvesting, betreffen:

1. Huisvestingsonderdelen intramurale cliënt;
2. Voorwaarden van de verhuurder;
3. Het financieringsstelsel;
4. Wet- en regelgeving en actoren;
5. Fases zorghuisvestingstraject;
6. Kosten fases zorghuisvestingstraject;
7. Financiering van de investeringskosten;

Onderstaand worden de factoren omschreven die van invloed zijn in het zorghuisvestingstraject bij het huren van de zorghuisvesting. In bijlage 9 is een overzicht weergegeven van het huisvestingstraject bij het huren van de huisvesting.

11.1 Huisvestingsonderdelen van de intramurale cliënt

Ook bij het huren van de huisvesting staat de cliënt centraal: de benodigde huisvestingsonderdelen voor de cliënt dienen gehuisvest te worden. De zorginstelling dient een keuze te maken welke onderdelen men wil realiseren. Vereiste huisvestingsonderdelen kunnen, afhankelijk van de cliënt, woonvoorzieningen (individuele of groepswoning) en een ontmoetingsruimte zijn. Ondersteunende diensten, dagbesteding en behandeling zijn onderdelen die niet zozeer vereist zijn op de locatie waar ook de woning wordt gerealiseerd. In deze behoeften kan elders worden voorzien. Zie hoofdstuk 4 en bijlage 1 voor een uitgebreidere toelichting.

11.2 Voorwaarden verhuurder

Er kunnen verschillende partijen optreden als verhurende partij van de zorghuisvesting. Over het algemeen traden woningcorporatie op als verhurende partij. Hier is echter een verschuiving zichtbaar. Overige commerciële partijen als bijvoorbeeld ontwikkelaars, beleggers, vastgoedfondsen, etc. treden steeds vaker op als verhuurder. Beide verhuurders hebben andere voorwaarden die onderstaand zijn omschreven.

11.2.1 Woningcorporatie

Bij de investering door de woningcorporatie is de zorginstelling alsnog de initiatiefnemer, maar betreft men een woningcorporatie in het huisvestingstraject. Een zorginstelling meldt zicht aan de hand van de wachtlijsten of (onderbouwde) intentie bij een woningcorporatie. Een woningcorporatie gaat het huisvestingstraject met een zorginstelling aan als de zorginstelling de reden van de intentie en de aanpak van de wachtlijsten goed onderbouwt. Tevens dient de zorginstelling financieel in 'goed weer te verkeren'²⁸.

Op investeringsniveau wordt de investering, voor de woningcorporatie, getoetst op beleidskaders, financiële kaders en de omgang en mogelijk optreden van risico's. Een investering dient bij te dragen aan de missie, visie en strategie²⁹ van de betreffende woningcorporatie en bij te dragen aan de reeds bestaande vastgoedportefeuille. Dit kan betrekking

²⁸ Poel, C. v. (2012, maart 20). Patrimonium woonstichting. (F. Boin, Interviewer)

²⁹ Patrimonium woonstichting. (2012). *Investeringsstatuut*.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 31

hebben op bijvoorbeeld klantgericht bouwen en duurzaamheid. Daarnaast dient het te voldoen aan landelijke, regionale en lokale wet- en regelgeving zoals bijvoorbeeld de woningwet, bouwbesluit en het bestemmingsplan en dient het te voldoen aan bijvoorbeeld het ondernemingsplan, integriteitcode (werkwijze) en duurzaamheidsvisie. Het investeringsbedrag, dat de woningcorporatie wil investeren, mag niet meer bedragen dan de marktwaarde van de toekomstige zorghuisvesting. Er wordt een rendement verwacht van circa 5% (netto rendement/IRR) bij een exploitatieperiode van minimaal 20 jaar. De huurprijzen dienen voor huurtoeslag in aanmerking te komen (€664,66, p.p. 1-1-'12). Er dient rekening gehouden te worden met de mogelijkheid van geborgde financiering voor de woningcorporatie en de ontwikkeling dient op de DAEB lijst (Diensten van Algemeen Economisch Belang) voor te komen. Voor de woningbouwvereniging kunnen verschillende risico's optreden. Het is van belang dat deze risico's geen financiële bedreiging gaan vormen. Zo dient bijvoorbeeld het afzetrisico onderbouwd te worden met een marktonderzoek en dienen de bouw- en grondkosten goed onderzocht te worden.

Op projectniveau wordt gekeken naar de hoogte van de doelgroep. Er is een voorkeur voor een maximale ZZP 8, dit in verband met openheid/toegankelijkheid van de huisvesting en mogelijke omkeerbaarheid. Er is een voorkeur voor inbrei locaties en de zorghuisvesting dient te passen in de omgeving, waarbij Welstand goedkeuring dient te verlenen met betrekking tot de vormgeving. Mocht er in het zorgcomplex de wens zijn om commerciële (zorggerelateerde) voorzieningen te realiseren dan dient een overige partij dit te exploiteren. Een woningbouwvereniging krijgt hier namelijk geen garantiestelling voor. De invulling van de woning is afhankelijk van het programma van eisen, maar dient wel met markt conforme afmetingen gerealiseerd te worden in verband met omkeerbaarheid naar verhuur in de vrije sector. In bijlage 10 is een overzicht weergegeven.

11.2.2 Overige commerciële partij

Naast een woningcorporatie treden tegenwoordig steeds vaker overige commerciële partijen als verhuurder op. Denk aan projectontwikkelaars, particuliere en institutionele beleggers en vastgoedfondsen. Syntrus Achmea heeft bijvoorbeeld de ambitie tot 2015 500 miljoen euro te investeren in zorgvastgoed³⁰. En het Fonds Maatschappelijk Vastgoed (FoMaVa) is een beleggingsfonds met een grote zorghuisvesting portefeuille. Voor beleggers is het de hoogste prioriteit om hun investering terug te verdienen met een bepaald rendement wat per belegger en project weer anders kan zijn. Afhankelijk van de belegger wordt de zorginstelling getoetst. Zo is voor FoMaVa van belang dat de zorginstelling een gezond bedrijf is. Er wordt gekeken naar bijvoorbeeld de solvabiliteit, winst en verlies rekening en concurrentie analyse. De concurrentie analyse is een belangrijk onderdeel met betrekking op de afname prognose. Veelal verwacht een commerciële belegger een bruto aanvangsrendement (BAR) van circa 6/7% waarbij men uitgaat van een afschrijvingstermijn van 40 jaar op het vastgoed. Huurcontracten dienen minimaal voor 15/20 jaar te worden afgesloten waarna, met wederzijdse goedkeuring, het contract verlengd kan worden³¹. Het investeringsbedrag is afhankelijk van de mogelijke risico's, verhuurtermijnen en met name de alternatieve aanwendbaarheid. Voor een belegger is het noodzakelijk dat de woningen in lastige tijden verhuurd of verkocht kan worden aan de particuliere markt. Hierdoor wenst de belegger dat de zorghuisvesting bij realisatie al dusdanig is ingedeeld dat een bepaald bedrag in de particuliere markt verdiend kan worden. ZZP indicatie boven de 8 zal ook voor een belegger minder interessant zijn aangezien dit veelal gesloten inrichtingen zijn. De belegger wenst een maandelijkse huurprijzen die conform de marktwaarde van de huisvesting is. Afhankelijk van het huurtermijn kan de huurprijs beïnvloed worden: *'de exploitatie moet wel rond komen, een langer huurtermijn kan goedkoper zijn dan een korter huurtermijn'*. Uitgangspunt is dat in de exploitatiefase het klein onderhoud door de zorginstelling wordt gedaan en dat de huurder het groot onderhoud verzorgd³².

³⁰ <http://www.syntrusachmea.nl/>

³¹ Beek, P. v. (2012, mei 19). Estea. (F. Boin, Interviewer)

³² Alphen, O. v. (2012, mei 25). FoMaVa. (F. Boin, Interviewer)

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 32

11.3 Financieringsstelsel

11.3.1 Beschikbaar investeringsbedrag

Door middel van het financieringsstelsel worden de mogelijke investeringen in de planontwikkelingsfasen, om de huisvestingsonderdelen te realiseren en in stand te houden, bekostigd. Het financieringsstelsel stelt investeringsbedragen beschikbaar. De hoogte van de bedragen zijn afhankelijk van de zorgindicatie van de cliënt. Het investeringsbedrag geldt voor alle omschreven huisvestingsonderdelen, zowel de vereiste als de niet vereiste onderdelen (gerealiseerd op locatie bij de woning). Mochten de ondersteunende diensten, dagbesteding en behandeling elders voorzien worden dan dient de zorginstelling uit het investeringsbedrag dit alsnog te bekostigen. Zie hoofdstuk 5 en bijlage 2 t/m 5 voor een uitgebreidere toelichting.

11.3.2 Vaststellen investeringsbedrag

Het vaststellen van het definitieve investeringsbedrag is afhankelijk van het aantal te huisvesten cliënten en het daaraan gekoppelde beschikbare investeringsbedrag. Van dat investeringsbedrag dient 3% leegstand in mindering te worden gebracht. Daarnaast kan men €3,74,- per dag, per cliënt, optellen voor de vergoeding van de inventaris en het ZZP component voor klein onderhoud en de inrichting van de woning. Uitgangspunt afschrijvingstermijn inventaris is 10 jaar. Zie hoofdstuk 5 en bijlage 2 t/m 5 voor een uitgebreidere toelichting.

11.3.3 Dekking huurlasten

De zorginstelling dient naast mogelijke investeringskosten de maandelijkse huur te bekostigen. De maandelijkse huur wordt eveneens bekostigd door het financieringsstelsel. Het financieringsstelsel stelt dagtarieven beschikbaar vanuit de NHC. De hoogte van het dagtarief is afhankelijk van de cliëntindicatie. Zie bijlage 4 voor de gehele lijst NHC dagtarieven. Voor het totaal tarief dient duidelijk te zijn of de te realiseren zorghuisvesting inclusief of exclusief dagbesteding is, of er behandelingsmogelijkheden zijn en of er ondersteunende diensten worden gecreëerd. Als deze diensten elders worden aangeboden, wordt dit in mindering gebracht op het beschikbare huurbedrag (beschikbare kapitaalvergoeding). Na vaststelling van de beschikbare kapitaalvergoeding dient men rekening te houden met overige posten die van de beschikbare kapitaalvergoeding aftrekbaar zijn of juist bij het bedrag opgeteld dienen te worden. De overige posten hebben betrekking op de jaarlijkse instandhouding, leegstand, interim-huisvesting, belastingen en verzekeringen en onderhoud.

Het definitieve huurbedrag dat de zorginstelling kan betalen is de beschikbare kapitaalvergoeding voor de maandelijkse huur waarbij door middel van de overige posten kosten worden opgeteld of afgetrokken. Daarnaast wordt er afhankelijk van de te maken investeringskosten kosten opgeteld of afgetrokken. In bijlage 11 is de berekening van het huurbedrag weergegeven.

11.3.4 Contracteerruimte

De zorginstelling krijgt het benodigde investeringsbedrag vergoed door de gemaakte afspraken met het zorgkantoor in de contracteerruimte. De vergoedingen dienen beschikbaar te zijn uit het regionaal beschikbaar budget. Vanuit het zorgkantoor is er de eis dat de cliënten beleidsmatig, met een onderbouwde visie en beleid, geplaatst worden. Een zorginstelling wordt getoetst, op de toelating door middel van de WTZi, alvorens het zorgkantoor een overeenkomst aangaat. In de contracteerruimte wordt gekeken naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid, prijs en doelmatigheid, kwaliteit van de zorg, managementinformatie en administratieve organisatie, kantgerichtheid en doelgroepen en ketens. De criteria zijn gericht op de invloeden op de cliënt en niet op de vermogenspositie of exploitatieresultaten van de zorginstelling. Het beschikbare regiobudget is tevens afhankelijk van de mogelijke groei in indicatiestellingen. Afhankelijk van de groei in indicatiestellingen is een budget beschikbaar dat bij het regionaal beschikbaar budget opgeteld kan worden. Naast de afspraken voor de vergoedingen van de investeringsbedragen kan de zorginstelling afspraken maken over mogelijke geoormerkte middelen (extra middelen). De geoormerkte middelen zijn nieuwe zorgprestaties, extreme zorgzwaarte, innovatie en de aanpak tegen wachtlijsten. Het ZZP budget en 10% van het NHC budget is onderhandelbaar tussen bandbreedte van vierennegentig tot en met honderd procent. De onderhandelingen over de ZZP en NHC zijn afhankelijk van de omschreven criteria. In welke mate de zorginstelling voldoet aan de omschreven criteria en/of de

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 33

onderdelen uit de geoormerkte middelen, bepaalt of de percentages positief of negatief worden toegekend (meer of minder betalen). Het totaalbudget is het ZZP tarief + het NHC tarief (op basis van 10% contracteerruimte en 90% declaratie) + totaal tarief inventaris (dagtarief x dagen in het jaar x afschrijvingstermijn) + geoormerkte middelen.

Het toekennen van het budget is afhankelijk van het indienen en vaststellen van het budget, de declaratie en het sluit-tarief. Het vastgestelde budget dient ingediend te worden bij de NZa. Uiterlijk 31 oktober van jaar T-1 (budgetronde 1) dient de productieafpraak te worden ingediend. Op 31 oktober van jaar T kan men een herschikkingverzoek indienen. De zorginstelling en het zorgkantoor dienen uiterlijk op 1 juni van jaar T+1 de nacalculatie van jaar T op de gerealiseerde productie in. Op basis van deze gegevens wordt het budget definitief vastgesteld. Hierbij geldt dat het budget niet meer kan bedragen dan het budget op basis van de productieafspraken van budgetronde 1 en de herschikkingronde. De overeengekomen tarieven worden gedeclareerd bij het zorgkantoor. In de te declareren tarieven is ook het overige percentage (90%) van het NHC budget opgenomen, dit is het sluittarief. Zie hoofdstuk 5 en bijlage 2 t/m 5 voor een uitgebreidere toelichting.

11.4 Wet- en regelgeving en actoren

11.4.1 Wet- en regelgeving

Ook bij het huren van de huisvesting dient de zorginstelling WTZi goedgekeurd te zijn om de AWBZ-zorg te kunnen verlenen. Door middel van de AWBZ worden de vergoedingen voor de investeringen uitgekeerd. Daarnaast dient men te voldoen Wmg. De verhuurder dient de huisvesting te ontwikkelen conform de eisen van het bouwbesluit. Zie hoofdstuk 6 voor een uitgebreidere toelichting.

11.4.2 Bestuursorganen/actoren

Er zijn verschillende bestuursorganen/actoren van invloed bij het huren van de huisvesting. De cliënt krijgt via het CIZ een indicatie over de zorgvraag. In de indicatie staat omschreven welke zorg de cliënt nodig heeft en hoeveel. De NZa stelt de tarieven op, passend bij de verschillende indicaties, en geeft richtlijnen aan op welke manier er met de tarieven omgegaan moet worden. De cliënt wordt, na de indicatie van het CIZ, doorgestuurd naar een regionaal zorgkantoor. Het zorgkantoor koopt de benodigde zorg in bij de zorginstelling, de contracteerruimte, en plaatst de cliënt bij de geschikte zorginstelling. De grootste zorgverzekeraar, in de regio, beheert het zorgkantoor. De zorginstelling biedt de capaciteit voor de cliënt ten behoeve van zorgverlening en zorghuisvesting. De zorginstelling declareert de overeengekomen ZZP's (en NHC's) bij het zorgkantoor die door het CAK worden uitgekeerd. Zie hoofdstuk 6 voor een uitgebreidere toelichting.

11.4.3 Publiekmatige actoren

De publiekmatige actoren (overheid, provincie en gemeente) kunnen allen indirect of direct invloed hebben op de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting. De overheid heeft indirect invloed door het opstellen van de wetgevingen. De provincie heeft indirect invloed door het opstellen van de rapporten met provinciale visies en prognoses. De gemeente baseert haar beleid hier weer op. Daarnaast is de gedachtegang van de gemeente van belang over het huisvestingstraject. De gemeente heeft een faciliterende rol en over het algemeen geen doorslaggevende mening over het huren van de benodigde zorghuisvesting. Er is echter wel een lichte voorkeur voor het huren van de zorghuisvesting door maatschappelijk georiënteerde verhuurder. Zie hoofdstuk 6 voor een uitgebreidere toelichting.

11.5 Fases zorghuisvestingstraject

Afhankelijk van de afspraken met de verhuurder, door middel van een demarcatielijst, zal de zorginstelling investeringen moeten doen in de exploitatiefase omtrent het inrichten en in stand houden van de woningen. De kosten in de exploitatiefase worden vergoed door de NHC en een component uit de ZZP. Zie hoofdstuk 7 voor een uitgebreidere toelichting.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 34

11.6 Kosten fases zorghuisvestingstraject

Afhankelijk van de afspraken met de verhuurder, door middel van een demarcatielijst, zal de zorginstelling investeringen moeten doen in de exploitatiefase. Door middel van de demarcatielijst worden, onder andere, afspraken gemaakt over de kosten van de afwerkingen van de woningen, e-installaties en w+s-installaties passend bij de huisvestingsonderdelen. De afwerking van de woning kan de zorginstelling bekostigen door het vaste tarief, per dag per cliënt, voor de inventariskosten uit de NHC. Uitgangspunt afschrijvingstermijn inventaris is 10 jaar. Tevens zit er een component in de ZZP voor bijvoorbeeld vloerbedekking en wandafwerking. Middels de ZZP kan de zorginstelling de kosten voor de e-installaties dekken. Het is afhankelijk van de cliënt of de onderdelen zoals Domotica noodzakelijk zijn. Middels de ZZP en NHC kan men de kosten voor de w+S-installaties dekken. In bijlage 12 is een demarcatielijst weergegeven passend bij de huisvestingsonderdelen.

11.7 Financiering

Ook bij het huren van de huisvesting dient te zorginstelling een financiering aan te vragen voor de mogelijke investeringskosten aangezien het financieringsstelsel pas vergoed wordt als er daadwerkelijk zorg verleend wordt en de huisvesting gerealiseerd is. Elke bank kent haar eigen beleid met voorwaarden en eisen. De financiering is een 'case by case beoordeling'. De zorginstelling kan een projectgebonden geborgde financiering aanvragen. Dit zorgt voor enkele financiële voordelen. De geborgde financiering wordt aangevraagd bij De Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ). Voor de borging aanvraag dient men een businessplan op te stellen waarin op organisatie- en projectniveau verschillende onderdelen worden omschreven. Geborgde financieringen worden in de regel verstrekt door BNG Bank, DNW en de Rabobank. In het businessplan dient men op projectniveau de investerings- en financieringsbeslissingen te omschrijven. Op organisatieniveau dient men aan formele voorwaarden, kredietwaardigheidseisen en overige onderdelen te voldoen. De zorginstelling kan een langlopende lening afsluiten met een uitgangspunt van 30 jaar waarbij na 15 jaar een herfinancieringstermijn is die lineair afgelost dient te worden. Tevens kan men kiezen voor rentederivaten (beheersing renterisico's). Hiervoor is een schriftelijke toestemming van het WFZ noodzakelijk. Bij het huren van het vastgoed heeft de BNG de wens dat men informeert wordt over de verhuurder. De verhuurder dient een goede reputatie te hebben³³. Zie hoofdstuk 9 en bijlage 7 voor een uitgebreidere toelichting.

³³ Postema, D. J., & Oord, A. v. (2012, maart 14). Bank Nederlandse Gemeente. (F. Boin, Interviewer)

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 35

12. Toekomstperspectief

In voorgaande hoofdstukken zijn toelichtingen omschreven van de factoren die van toepassing zijn bij eigendom of huur. Echter is in het verleden gebleken dat er vele marktveranderingen kunnen optreden waardoor men nu bewust moet zijn van de (mogelijke) toekomstperspectieven die van invloed (kunnen) zijn. Uit literatuur is gebleken dat bepaalde onderdelen in de toekomst een rol kunnen spelen bij de factoren in het huisvestingstraject. Onderstaand worden deze specifieke onderdelen per factor omschreven. Dit kan van toepassing zijn op zowel het huisvestingsscenario eigendom als het huisvestingsscenario huur.

12.1 Huisvestingsonderdelen

Zoals omschreven bestaan de huisvestingsonderdelen van de intramurale cliënt uit woonvoorzieningen, ondersteunende diensten, dagbesteding, behandeling en overige ruimten. De voorwaarden van College Bouw zijn komen te vervallen waardoor de zorginstelling, in samenspraak met de cliënt, de te realiseren huisvestingsonderdelen bepaalt. Men kan er van uitgaan dat voorwaarden, zoals voorheen door College Bouw waren opgesteld, niet meer opgesteld gaan worden. De zorginstelling blijft vrij om binnen het beschikbare budget naar eigen inzicht de huisvestingsonderdelen te realiseren.

12.2 Voorwaarden verhuurder

In het geval van huur zullen, afhankelijk van de markt- en interne omstandigheden van de verhuurder, andere voorwaarden worden gesteld. Door de intreding van scheiden van wonen en zorg (SWZ) in 2014 dient de zorginstelling en verhuurder nu rekening te houden met het toekomstige bestedingsbedrag van de cliënt. Afhankelijk van de cliënt is het uitgangspunt dat men een netto huur kan betalen van circa €370,-- per maand. Met een mogelijke huursubsidie van circa €220,-- per maand kan de cliënt, die in aanmerking komt voor SWZ, circa €590,-- per maand betalen (excl. service kosten)³⁴. De berekening van de huurlasten op basis van SWZ wordt verzorgd door een Woningwaarderingssysteem en mogelijk een mini NHC. Het Woningwaarderingssysteem wordt opgesteld door TNO en zit momenteel in een test fase. De mini NHC is vooralsnog niet bekend.

12.3 Fases zorghuisvestingstraject

De omschreven ontwikkelingsfasen zullen onveranderd blijven voor eigendom en huur.

12.4 Kosten fases zorghuisvestingstraject

Er is vooralsnog niet met zekerheid te zeggen wat de verschillende toekomstige kosten zijn in de ontwikkelingsfasen. Echter dient de zorginstelling rekening te houden met kostenstijgingen als men zelf investeert in de planontwikkelings- en realisatiefase. Per project en marktomstandigheden kunnen de kosten veranderen. De zorginstelling dient wel rekening te houden dat duurzaamheid steeds meer een prioriteit wordt dan een keuze.

12.5 Wet- en regelgeving en actoren

12.5.1 Wet- en regelgeving

Alle hiervoor beschreven wet- en regelgeving zullen van toepassing blijven voor zowel eigendom als huur. Vanaf 2014 zal het scheiden van wonen en zorg haar intrede maken. Dit houdt in dat cliënten zelf de betaling van hun woonlasten (huur) regelen³⁵. De zorginstelling dient rekening te houden met de huurlasten die men nu afstemt met de verhuurder zodat ten van SWZ de cliënt kan zelf kan voldoen aan de huurprijs. Vanaf 2014 zal tevens de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) haar intrede maken. De Wmo houdt in dat mensen met een beperking via de plaatselijke gemeente voorzieningen, hulp en ondersteuning krijgt aangeboden. De komst van de Wmo kan er voor zorgen dat de zorginstelling minder te huisvesten cliënten krijgt.

³⁴ Dynamivast. (sd). Huurberekening De Shelter.

³⁵ Rijksoverheid. (sd). *Wet- en regelgeving*. Opgeroepen op februari 8 2012, van <http://www.rijksoverheid.nl>

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 36

12.5.2 Bestuursorganen/actoren

De eerder beschreven bestuursorganen en actoren zullen, los van het zorgkantoor, allen nog van toepassing blijven voor zowel eigendom als huur. Door het wegvallen van de zorgkantoren zullen de zorgverzekeraars nadrukkelijker aanwezig zijn in het huisvestingstraject.

12.5.3 Publieksmatige actoren

Door de intreding van de Wmo in 2014 zal de gemeente een nadrukkelijker rol hebben binnen de zorgsector. De komst van de Wmo kan er voor zorgen dat de zorginstelling minder te huisvesten cliënten krijgt. Vanuit de provincie of gemeente zijn er tot dusver niet tot nauwelijks subsidies beschikbaar. De zorginstelling dient projectmatig bij de provincie en gemeente een aanvraag te doen voor mogelijke subsidies.

12.6 Financieringsstelsel

12.6.1 Overgangsperiode

Het NHC tarief is vanaf 1 januari 2012 10% onderdeel van de ZZP's. Na een overgangsperiode van 2012 tot 2018 is het NHC tarief geheel onderdeel van de ZZP's. Vanaf 2018 geldt er een integraaltarief.

12.6.2 Vergoedingen

De ZZP en NHC vergoedingen kunnen elk jaar opnieuw vastgesteld worden. In februari j.l. is er een advies uitgebracht door de NZa aan het Ministerie van VWS over het NHC onderhoud. In dit rapport adviseert het NZa om de investeringsbedragen alleen aan te passen in geval van politieke besluitvorming. Tevens is het advies om de investeringsbedragen voor de investering en dekking van de huurlasten per jaar met 2,5% te indexeren³⁶. De onderdelen die nu vergoed worden zullen gehandhaafd blijven. Tevens is de verwachting dat het losse inventariscomponent vanaf 2013 aan de ZZP wordt toegevoegd.

12.6.3 ZZP indicaties

Tot op heden kent de V&V sector 10 ZZP's, de GGZ-sector 13 ZZP's en de GZ-sector in totaal 30 ZZP's. Het kabinet streeft ernaar om per 1 januari 2014 te starten met het scheiden van wonen en zorg voor de cliënten met indicatie ZZP 1 en 2. Het streven is tevens om vanaf 2016 ook de indicatie ZZP 3 en 4 tot het scheiden van wonen en zorg te laten behoren³⁷.

12.6.4 Contracteerruimte

Vanaf heden is 10% van het NHC tarief onderdeel van de contracteerruimte. Door middel van de overgangsperiode tot 2018 (2013: 20%, 2014: 30%, 2015: 50%, 2016: 70% 2017: 85%, 2018: 100%) wordt de gehele NHC onderdeel van de contracteerruimte³⁸. De contracteerruimte zal vanaf 2013 uitgevoerd worden door de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kopen zorg in voor 2013 via representatie: twee of drie verzekeraars verzorgen gezamenlijk de zorginkoop namens alle verzekeraars.

12.6.5 Zorgkantoor

Vanaf 2013 hebben de zorgkantoren geen bestaansrecht meer³⁹. De zorgverzekeraars zullen de taken over gaan nemen. Voor vastleggen van inkoopafspraken met zorginstellingen gebruiken zorgverzekeraars de Wmg-overeenkomst. De overeenkomst bestaat uit een algemeen, regionaal en een instellingsgebonden deel. Zorgverzekeraars kopen zorg in voor 2013 via representatie: twee of drie verzekeraars verzorgen gezamenlijk de zorginkoop namens alle verzekeraars⁴⁰. De zorginkoop dient ook bij de zorgverzekeraars te passen binnen het beschikbare (regio) budget. De NZa zal

³⁶ NZA. (2012). *Advies NHC-onderhoud langdurige zorg*.

³⁷ <http://www.aag.nl/>

³⁸ <http://www.kcwz.nl/>

³⁹ <http://www.czzorgkantoren.nl/>

⁴⁰ <http://www.awbzdooorzorgverzekeraars.nl/>



Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 37

tevens dit jaar bekend maken of en hoe het extra bedrag van 100 miljoen euro wordt toegevoegd aan de contracteer-
ruimte⁴¹.

12.7 Financiering

Vanaf 2018 gelden er voor de banken strengere regels ten aanzien van de eigen liquiditeit en solvabiliteit, door de Basel III regeling. Tot aan 2018 moeten de banken hier geleidelijk aan voldoen. De banken dienen in tijden van stress op korte en lange termijn aan hun verplichtingen te kunnen voldoen en er worden eisen gesteld aan de omvang van het eigen vermogen. Naast Basel III krijgen de banken mogelijk ook te maken met de bankenbelasting. Deze veranderingen, gezamenlijk met de ontwikkeling van de marktrente, kunnen er toe leiden dat de financiering duurder wordt voor de zorginstelling en minder vanzelfsprekend is. Of de bancaire sector op termijn de zorginstellingen kan blijven voorzien van voldoende financieringsmiddelen hangt samen met de vraag hoe hard de zorgvraag blijft groeien, welke ruimte zorginstellingen krijgen om haar financiële positie te kunnen verstevigen en hoe de zorgverzekeraars hun rol precies gaan invullen. Voor goede business cases blijft in beginsel bancaire financiering beschikbaar⁴².

⁴¹ NZa. (2011). *Contacteerruimte AWBZ 2011 en 2012*.

⁴² Postema, D. J. (2011). De gevolgen van Basel III. *Vastgoedmarkt*, 3.



Zorg. Ondernemen. Huisvesten.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 38

V. Conclusie en aanbeveling voor het zorghuisvestingstraject

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 39

13. Conclusie

Om de probleemstelling te beantwoorden: “wat zijn de financiële invloeden van het huidige financieringsstelsel op de verschillende huisvestingsscenario’s?”, kan er geconcludeerd worden dat er vele factoren zijn die invloed hebben op de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting. Uit het onderzoek zijn de volgende overkoepelende conclusies gekomen die van toepassing zijn bij zowel de huisvestingsscenario van eigendom als huur:

1. De cliënt staat centraal;
2. Marktonderzoek is het toverwoord;
3. Kloof wordt kleiner tussen maatschappelijke en commerciële partijen;
4. Geld stuurt, haalbaarheid is budget afhankelijk;
5. Risico's spelen een grote rol;
6. Een proactieve houding met betrekking tot de toekomstperspectieven is vereist;
7. Een goed businessplan is het halve werk;

Onderstaand worden de conclusies omschreven.

13.1 De cliënt staat centraal

Door alle geïnterviewde personen en de aangeraden literatuur is grofweg het zelfde uitgesproken en omschreven: “de cliënt staat centraal”. De cliënt staat centraal in het gehele huisvestingstraject (zie figuur 3): zonder cliënt zijn er geen inkomsten en dus geen realisatie of exploitatie. Alle partijen en factoren, van zorginstelling tot verhuurder en van het financieringsstelsel tot de financiering, werken in dienst of zijn afhankelijk van de cliënt.

Tijdens het interview met een zorginstelling is aangegeven dat door de marktwerking meer concurrentie optreedt. De zorginstelling dient een goed product te realiseren en in te spelen op de behoefte van de cliënt. Door het goed inspelen op de behoefte van de cliënt, op het gebied van huisvesting, zal deze zich niet genooddacht voelen om elders huisvesting te zoeken.



Figuur 3 De cliënt staat centraal

13.2 Marktonderzoek is het toverwoord

Doordat de cliënt en niet het vastgoed centraal staat (zie conclusie 1) dient de zorginstelling zekerheid te hebben dat bepaalde cliënten gehuisvest kunnen worden. Tijdens de interviews is met regelmaat aangegeven dat marktonderzoek het ‘toverwoord’ is. Door middel van het marktonderzoek kan de zorginstelling inzicht krijgen naar de huidige in toekomstige zorgbehoefte. Tevens is tijdens de interviews met de financierder, het zorgkantoor en de verhuurder aangegeven dat marktonderzoeken noodzakelijk zijn voor het verkrijgen van een financiering, overeenstemming in de contracteerruimte en overeenstemming met de verhuurder.

13.3 K loof wordt kleiner tussen maatschappelijke en commerciële partijen

Door de marktwerking is de zorgsector een marktgerichte sector aan het worden waarbij de kloof tussen commerciële en maatschappelijk gerichte partijen steeds kleiner wordt. Uit het onderzoek is gebleken dat de zorginstellingen de commerciële partijen nodig heeft bij het huren van de huisvesting aangezien het niet vanzelfsprekend is, door de financiële risico's, dat woningcorporaties als verhuurder optreden.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 40

13.4 Geld stuurt, financiële haalbaarheid is budget afhankelijk

Het beschikbare budget dat de zorginstelling ontvangt, om het huisvestingstraject te doorlopen, is cliënt afhankelijk. Ongeacht de keuze van de zorginstelling voor eigendom of huur: het huisvestingstraject dient zich af te spelen binnen de vastgestelde financiële kaders. Overige actoren die actief zijn binnen het huisvestingstraject dienen zich hieraan te conformeren. De vastgestelde investeringsbedragen zijn door middel van de ZZP en NHC opgesteld met de achterliggende gedachte dat dit conform de gemiddelde kosten zijn die bij de oude regeling op basis van nacalculatie bekostigd werd. Theoretisch gezien verandert er dus niet veel voor de zorginstelling als men zelf investeert in de huisvesting en dit in eigendom neemt. Echter kan dit in de praktijk natuurlijk anders uitvallen en is dit project afhankelijk. Tijdens de interviews is hier wisselend op gereageerd. Men heeft aangegeven dat het projectafhankelijk is of de vergoedingen voldoende is om kwalitatieve huisvesting te realiseren. Daarbij gaf men wel aan dat het goed omgaan met het beschikbare budget er voor zorgt dat de kwaliteit van de huisvesting toenemen.

Bij het in zelf ontwikkelen, realiseren en exploiteren van de huisvesting dient er in de planontwikkelingsfase duidelijk te zijn welke vergoedingen men in de exploitatiefase binnen krijgt. Vanuit de vergoedingen dient terug geredeneerd te worden (als bij een residuele grondwaardemethode) welke investeringskosten de zorginstelling ter beschikking heeft. Het voordeel is dat de zorginstelling kan besparen op bijvoorbeeld de grondkosten om zodoende meer budget beschikbaar te hebben voor bijvoorbeeld de bouwkosten.

Bij het huren van de huisvesting zal de verhuurder verschillende financiële eisen stellen en een bepaalde huursom wensen. Echter kan de zorginstelling niet meer betalen dan men aan budget binnen krijgt. De verhuurder kan niet meer wensen dan dat de zorginstelling kan betalen. De zorginstelling dient zich transparant naar de verhuurder op te stellen om aan te tonen dat de instelling een bepaald maandbedrag kan betalen. Daarnaast dient men goede afspraken te maken over de extra investeringkosten die de zorginstelling voor haar rekening neemt. Mocht de zorginstelling extra investeringkosten voor haar rekening nemen dan heeft het minder budget over om de maandelijkse huur te dekken. De verhuurder dient zich hier van bewust te zijn.

13.5 Risico's spelen een grote rol

Ten tijden van de nacalculatie, door de overheid, speelden mogelijk op te treden risico's geen grote rol. De overheid vergoedde de kapitaalslasten waardoor overige partijen in het huisvestingstraject ook geen risico liepen op bijvoorbeeld financiële zekerheid. Die tijden zijn echter veranderd. Tijdens het onderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat de risico's vanaf heden een grote rol spelen in de haalbaarheid van de intramurale zorghuisvesting. Door het goed omgaan met de onderdelen en uitgangspunten van de factoren, die in het onderzoek omschreven zijn en van toepassing zijn bij de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting, kan men op een snelle manier reageren op de mogelijk op te treden risico's. In bijlage 13 is een overzicht weergegeven van de factoren en uitgangspunten die van invloed zijn op de financiële haalbaarheid. Tijdens het onderzoek zijn, door middel van interviews en geraadpleegde literatuur, de volgende risico's naar voren gekomen:

1. Cliënt risico:

Doordat de cliënt centraal staat en meer zeggenschap heeft is er de risico dat de zorginstelling minder cliënten kan huisvesten. De zorginstelling dient er van bewust te zijn dat men een product moet realiseren wat voldoet aan de wensen/eisen van de cliënt (zie conclusie 1).

2. Risico's bij voorwaarden verhuurder:

Tijdens de interviews met de mogelijke verhuurders is gebleken dat men niet veel kennis beschikt over de financiële kaders die voor de zorginstelling beschikbaar zijn. Bij het huren van de huisvesting zal de verhuurder verschillende financiële voorwaarden stellen waarvan verwacht wordt dat de zorginstelling hieraan voldoet. Echter heeft de zorginstelling een maximaal financieel budget dat besteed kan worden aan de huisvesting. De verhuurders passen de voorwaarden niet aan op het financiële budget wat de zorginstelling te besteden heeft. De verhuurder dient zich te conformeren aan de huurder en niet andersom. Dit kan tot het risico leiden dat de verhuurder het zorghuisvestingstraject niet

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 41

aan wilt gaan. De zorginstelling dient zich transparant op te stellen en duidelijk aan te geven wat de maximale financiële kaders zijn voor het huren van de huisvesting.

3. Risico's in de exploitatiefase:

Tijdens interviews is naar voren gekomen dat er risico's optreden in de exploitatiefase. Met name leegstandsrisico en risico's over het huurtermijn. Bij het in eigendom nemen en huren van de huisvesting is de leegstandsrisico erg aanwezig. De NHC gaat uit van een 3% leegstand over een termijn van 30 jaar. Echter kan dit in de praktijk hoger of lager uitvallen. Bij het huren van de huisvesting dient men goede overeenstemmingen te maken het huurtermijn. De geïnterviewde verhuurders gaan uit van een minimale huurtermijn van 15/20 jaar. De zorginstelling gaat uit van een minimaal huurtermijn van minimaal 15 jaar. De cliënt zal zich vaak echter langer dan 15 jaar willen huisvesten. De zorginstelling en verhuurder dienen duidelijke afspraken te maken over verleningen van het huurcontract zodat de cliënt hier niet de dupe van wordt.

4. Risico's door wet- en regelgeving

Tijdens de interview met de woningcorporatie is aangegeven dat de wet- en regelgeving een risico vormt. Met name de veranderingen die de overheid doorvoert zijn door de overige partijen maar op te volgen. Per wet- en regelgeving is het afwachten of dit een positief of negatief effect heeft. De zorginstellingen en overige partijen in het zorghuisvestingstraject dienen rekening te houden met mogelijke wijzigingen op het huidige beleid.

5. Risico's in het financieringsstelsel

Tijdens de interviews is naar voren gekomen dat de contracteerruimte een groot risico is. Met name het beschikbare budget en de zorginkoop met het zorgkantoor. De zorgkantoren geven geen lange termijn vergoedingen maar kijken elk jaar of de vergoedingen passen binnen het beschikbare regio budget. De zorgkantoor dient in een vroeg stadium enige zekerheid te hebben van het zorgkantoor over de zorgafname. Geen budget is geen vergoeding voor de planontwikkelings-, realisatie- en exploitatiefase.

6. Risico's bij de financiering

Door vooral het cliënt risico en het risico in het financieringsstelsel is er tijdens de interviews aangegeven dat dit invloed heeft op het verkrijgen van een financiering. Als de financierder geen zekerheid heeft over de cliënt afname en vergoedingen uit de contracteerruimte dan zal de financieringsaanvraag hoogstwaarschijnlijk niet rond komen.

13.6 Proactieve houding vereist met betrekking tot de toekomstperspectieven

In het literatuur onderzoek is naar voren gekomen dat er vele toekomstperspectieven zijn. Tijdens de interviews is tevens onderbouwd dat de zorginstellingen hier nu al rekening mee dienen te houden. Om in de toekomst niet voor verrassingen te staan dient de zorginstelling een proactieve houding te hebben bij de omschreven toekomstperspectieven uit hoofdstuk 12.

13.7 Een goed businessplan is het halve werk

Een zorginstelling dient voor de financieringsaanvraag van de investeringskosten, bij het in eigendom nemen van de huisvesting, een businessplan op te stellen. Voor de mogelijke investeringskosten, bij het huren van de huisvesting, is dit ook van belang. Tijdens de interviews met de zorginstelling, financierder, en adviseurs is aangegeven dat het opstellen van een goed businessplan noodzakelijk is. Zonder financiering geen project. In het businessplan worden eigenlijk alle bovenstaand omschreven conclusies omschreven en uitgewerkt. Door het goed uitwerken van het businessplan zijn alle factoren onderzocht en uitgewerkt die invloed hebben op het huisvestingstraject. Het businessplan geldt als het kader/vertrekpunt waaruit het verdere huisvestingstraject van start kan gaan.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 42

14. Aanbeveling

Om aan de doelstelling te voldoen, het opstellen van een intern document, is een structuur ontwikkeld dat de factoren omschrijft die van invloed zijn bij de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel. Zie daarvoor de afbeeldingen en omschrijvingen van het huisvestingstraject. De resultaten hiervan dienen geïmplementeerd te worden in de organisatie van Estea om zodoende het C.A.R.E. model optimaal te kunnen uitvoeren. Daarnaast kunnen de onderzoeksresultaten omgezet worden in een extern document voor zorginstelling en overige partijen die actief zijn in het huisvestingstraject. Om Estea van actuele informatie te blijven voorzien zijn vervolgonderzoeken noodzakelijk. De aanbeveling worden in dit hoofdstuk nader omschreven.

14.1 Implementeren van de onderzoeksresultaten

Zoals eerder genoemd, kan het onderzoek zowel intern (bij Estea) als extern geïmplementeerd worden. Onderstaand wordt dit omschreven.

14.1.1 Intern

Met betrekking tot de interne implementatie, dient dit document als algemene kennisinput beschouwd te worden voor de werkzaamheden binnen het C.A.R.E model van Estea. In dit document zijn de stappen en factoren omschreven die van invloed zijn op de financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel. De stappen dienen doorlopen te worden om de zorginstelling een passend advies te geven voor het nieuwe huisvestingstraject. De uitwerkingen van de factoren zijn echter projectafhankelijk en afhankelijk van de keuze van de zorginstelling om de zorghuisvesting in eigendom te nemen of te huren. Afhankelijk van het project en huisvestingsscenario dient Estea op de volgende manier de stappen te doorlopen (zie bijlage 13 voor een totaal overzicht van de factoren en onderdelen):

Huisvesting in eigendom

1. Bepalen doelgroep middels bestaande wachtlijsten of nieuwe marktonderzoeken;
2. Bepalen huisvestingsonderdelen;
3. Berekenen van de investeringskosten in de planontwikkeling-, realisatie- en exploitatiefase;
4. Goedkeuring/afstemming met de wet- en regelgeving en actoren;
5. Overeenstemming vergoedingen in de contracteer-ruimte over de ZZP, NHC en overige vergoedingen;
6. Aanvraag financiering voor de investeringskosten;

Huisvesting huren

1. Bepalen doelgroep middels bestaande wachtlijsten of nieuwe marktonderzoeken;
2. Bepalen huisvestingsonderdelen;
3. Afstemmen over voorwaarde huurder. Onder andere over de demarcatielijst en maandelijkse huurlasten;
4. Berekenen van de mogelijke investeringskosten in de planontwikkeling-, realisatie- en exploitatiefase;
5. Goedkeuring/ afstemming met de wet- en regelgeving en actoren;
6. Overeenstemming vergoedingen in de contracteer-ruimte over de ZZP, NHC en overige vergoedingen;
7. Aanvraag financiering voor de investeringskosten;

Naast bovenstaande stappen dient men rekening te houden met de toekomstperspectieven en de omschreven conclusies. Met name de omschreven risico's dienen specifiek per project uitgewerkt te worden.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 43

14.1.2 Extern

In eerste instantie is het onderzoek opgesteld als intern document voor Estea. Echter kan dit gemakkelijk omgezet worden naar een extern document voor zorginstellingen en overige partijen die actief zijn in het huisvestingstraject. Estea heeft de keus om het document om te zetten naar een algemeen extern document of een extern document dat specifiek uitgewerkt is voor een bepaald project. De omschrijvingen uit onderdeel III dienen als basis voor het document. Onderstaand is de inhoud van het externe document weergegeven op basis van algemene informatie zoals in dit rapport is omschreven.

Huisvesting in eigendom

1. Voorwoord, inleiding, etc.;
2. Doelgroep;
3. Huisvestingsonderdelen intramurale cliënt;
4. Financieringsstelsel;
5. Wet- en regelgeving en actoren;
6. Fases zorghuisvestingstraject;
7. Kosten fases zorghuisvestingstraject;
8. Financiering;
9. Toekomstperspectieven;
10. Conclusies;
11. Bijlage: uitgebreide informatie betreffende bovenstaande onderdelen;

Huisvesting huren

1. Voorwoord, inleiding, etc.;
2. Doelgroep;
3. Huisvestingsonderdelen intramurale cliënt;
4. Voorwaarden huurder;
5. Financieringsstelsel;
6. Wet- en regelgeving en actoren;
7. Fases zorghuisvestingstraject;
8. Kosten fases zorghuisvestingstraject;
9. Financiering;
10. Toekomstperspectieven;
12. Conclusies;
13. Bijlage: uitgebreide informatie betreffende bovenstaande onderdelen;

Bovenstaand is de inhoud van het externe document weergegeven op basis van algemene informatie. Het document kan projectspecifiek gemaakt worden door projectspecifieke informatie te omschrijven bij de betreffende onderdelen.

14.2 Vervolgonderzoek

Tijdens de interviews en het bestuderen van de geraadpleegde literatuur zijn een aantal onderwerpen naar voren gekomen die nader onderzocht dienen te worden om Estea, zorginstellingen en overige partijen in het huisvestingstraject van actuele informatie te blijven voorzien. Onderstaand zijn de mogelijke onderzoeken met een korte toelichting omschreven.

1. Onderzoek naar specifieke eisen/wensen m.b.t. de huisvestingsonderdelen;
 - Wat zijn de specifieke eisen/ wensen van de cliënt en hoe kan de zorginstelling hieraan voldoen?
2. Onderzoek naar optimale kosten in de ontwikkelingsfase binnen de beschikbare vergoedingen;
 - Tijdens het onderzoek is gebleken dat in de praktijk de vergoedingen niet altijd voldoende zijn voor de realisatie van de huisvesting. Hoe kan men de kosten optimaliseren waardoor de vergoedingen voldoende zijn?
3. Onderzoek naar werkwijze in de contracteerruimte;
 - Tijdens het onderzoek is gebleken dat het beschikbare budget in de contracteerruimte moeizaam te verkrijgen is. Dit is echter van belang voor de financiële haalbaarheid van zorghuisvesting. Er dient onderzoek gedaan te worden naar dit probleem.
4. Onderzoek naar overige huisvestingsscenario's als bijvoorbeeld sale and leaseback;
 - Tijdens het literatuur onderzoek is sale and leaseback bij bestaande bouw vaak naar voren gekomen. Is dit ook toepasbaar bij nieuwbouw?
5. Onderzoek naar invloeden toekomstperspectieven op het gebied van:
 - Wat zijn de invloeden van de huidige marktomstandigheden voor de mogelijke verhuurders?
 - Wat zijn de invloeden van Wmo en Scheiden van wonen en zorg voor de zorginstelling?
 - Wat is de rol en invloed van de zorgverzekeraar in plaats van het zorgkantoor?
 - Hoe gaat het integrale ZZP tarief er uit zien en voldoen deze vergoedingen?



Zorg. Ondernemen. Huisvesten.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 44

VI. Afsluiting



Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 45

15. Begrippen- en bronnenlijst

Onderstaand is een begrippen- en bronnenlijst weergegeven.

15.1 Begrippenlijst

Begrip	Omschrijving
Bancaire sector	: Banken
Bruto aanvangrendement (BAR)	: Huuropbrengsten gedeeld door de investering, uitgedrukt in een percentage
Budget	: Financieel beschikbaar bedrag
Care-sector	: langdurige, meestal intramurale zorg, zoals verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg, psychiatrische zorg, langdurige thuiszorg
Cliënt	: De zorgbehoevende eindgebruiker
College Bouw	: Stelde voorheen uitgangspunten en eisen op m.b.t. indeling en uitstraling zorghuisvesting
Contracteerruimte	: Onderhandelingsruimte tussen zorginstelling en zorgkantoor voor zorgafname en toekenning budgetten
Financieringsstelsel	: Vergoedingen door middel van de ZZP en NHC
Huisvestingsonderdelen	: Onderdelen die gerealiseerd dienen te worden voor de cliënt
Huisvestingsscenario's	: Keuze voor realisatie en instandhouding van de huisvesting
Intramuraal	: Intern voorzien
Intramurale cliënten	: Verzorging en verpleging (V&V) / Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) / Gehandicaptenzorg (GHZ)
Kapitaallasten	: Kosten voor rente en afschrijving van investeringen in gebouwen en grond. Zowel in eigendoms- als huursituaties is sprake van kapitaallasten
Kredietverstrekkers	: Banken
Normatieve huisvestingscomponent (NHC)	: Een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) nieuwbouw en instandhouding (kapitaallasten)
Vastgoedexploitatie	: Kosten voor de zorginstelling voor het realiseren en onderhouden voor de benodigde huisvesting voor de cliënt
Zorgexploitatie	: Kosten voor de zorginstelling voor het verlenen van de benodigde zorg aan de cliënt
Zorghuisvesting	: Huisvesting voor de zorgbehoevende
Zorgzwaartepakket (ZZP)	: Volledig pakket van intramurale zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en de soort zorg die de cliënt nodig heeft

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 46

15.2 Bronnenlijst

Voor het opstellen en uitwerken van het onderzoek is er gebruik gemaakt van interviews, websites, literatuur en een overige bron. Onderstaand geraadpleegde onderdelen weergegeven.

15.2.1 Interviews

	<u>Geïnterviewde</u>	<u>Functie</u>	<u>Bedrijf</u>	<u>Onderwerp</u>
•	Mvr. A. de Groot	Beleidsmedewerker volkshuisvesting	Gemeente Veenendaal	Gedachtegang gemeente betreffende zorghuisvesting
•	Dhr. A. Troost	Wethouder	Gemeente Barneveld	Gedachtegang gemeente betreffende zorghuisvesting
•	Dhr. A. Kardolus	Zorginkoper	Zorgkantoor Menzis	Functie en inkoopproces zorgkantoor
•	Dhr. A. van Oord &	Business Manager &	BNG Bank	Financiering zorghuisvesting
•	Dhr. D. Postema	Marktmanager gezondheidszorg		
•	Dhr. C. van der Poel & E. Burgerhout	Beleidsmedewerker & Manager bedrijfsdiensten	Patrimonium woonstichting	Investering in zorghuisvesting
•	Mvr. I. Houkes	Financieel economisch adviseur	Estea	Algemene informatie zorghuisvesting
•	Dhr. J. Meijer	Directeur	SNH Partners	Financiële stromingen zorghuisvesting
•	Dhr. J. W. Gouverneur	Manager Vastgoed	Riwis Zorg en Welzijn	Visie van de zorginstelling
•	Dhr. O. van Alphen	Directeur	FoMaVa	Beleggen in zorghuisvesting

15.2.2 Websites

- <http://www.aag.nl/>
- <http://www.awbzdoorzorgverzekeraars.nl/>
- <http://www.actiz.nl/>
- <http://www.bng.nl/>
- <http://www.cobouw.nl/>
- <http://www.czzorgkantoren.nl/>
- <http://www.deweekkrant.nl/>
- <http://www.estea.nl/>
- <http://www.kcwz.nl/>
- <http://www.menzis.nl/>
- <http://www.nza.nl/>
- <http://www.rijksoverheid.nl/>
- <http://www.syntrusachmea.nl/>
- <http://www.tweedekamer.nl/>
- <http://www.vastgoedmarkt.nl/>
- <http://www.vws.nl/>
- <http://www.wetten.nl>
- <http://www.wfz.nl/>
- <http://www.zorgmarkt.nl/>

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 47

15.2.3 Literatuur

- Bouwman-Sie, A. (2010). Zorgvastgoed trekt aandacht beleggers. *Cobouw* , 2.
- CAK. (sd). *Informatie over het Centraal Administratie kantoor*. Opgeroepen op februari donderdag, 2012, van <http://www.hetcak.nl>
- CIZ. (sd). *Informatie over het Centrum Indicatiestelling Zorg*. Opgeroepen op februari donderdag, 2012, van <http://www.ciz.nl>
- CVS. (2008). *AWBZ-Kompas*.
- Niemeijer, A. (2009). Banken stellen nieuwe eisen bij nieuwbouw. *Zorgvisie* , 1.
- NZa. (2012). *Advies NHC-onderhoud langdurige zorg*.
- NZa. (2012). *Beleidsregel CA-300-510: Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 2012*.
- NZa. (sd). *Beleidsregel Zorginfrastructuur*. Opgeroepen op maart 2, 2012, van <http://www.nza.nl>
- NZa. (2011). *Contacteerruimte AWBZ 2011 en 2012*.
- NZa. (sd). *Informatie over de Nederlandse Zorgautoriteit*. Opgeroepen op februari 7, 2012, van <http://www.nza.nl>
- NZa. (sd). *Zorgzwaartepakketten sector GGZ versie 2012*. Opgeroepen op februari 15, 2012, van <http://www.nza.nl>
- NZa. (sd). *Zorgzwaartepakketten sector GZ versie 2012*. Opgeroepen op februari 16, 2012, van <http://www.nza.nl>
- NZa. (sd). *Zorgzwaartepakketten sector V&V versie 2012*. Opgeroepen op februari 15, 2012, van <http://www.nza.nl>
- Patrimonium woonstichting. (2012). *Investeringsstatuut*.
- Peters, D., & Schipper, C. (2008). Vastgoedontwikkeling en vastgoedexploitatie in de zorg. *Real Estate* , 4.
- Postema, D. J. (2011). De gevolgen van Basel III. *Vastgoedmarkt* , 3.
- Ridder, E. d. (2012). Zorgvastgoed: eigendom of huren? *Zorgmarkt* , 3.
- Rijksoverheid. (sd). *Wet- en regelgeving*. Opgeroepen op februari 2012, van <http://www.rijksoverheid.nl>
- Rijnpost, D. (2012, maart 12). Rhenense Woningstichting is alert op risico's. *De weekkrant* , p. 1.
- TNO Bouw en Ondergrond. (2010). *Kostenontwikkelingen van gebouwen in de zorg*. TNO.
- Tweede Kamer. (2012, maart 7). Technische Briefing. *Scheiden van wonen en zorg* .

15.2.4 Overig

- Dynamivast. (sd). Huurberekening De Shelter.

Datum 1-6-2012

Onderwerp Financiële haalbaarheid van intramurale zorghuisvesting in het huidige financieringsstelsel

Pagina 48

16. Bijlage

16.1 Onderdelen onderzoek

De volgende bijlage zijn door de auteur opgesteld ter verduidelijking van de betreffende omschrijvingen en zijn op de volgende pagina's te bekijken.

1. Bijlage 1: Huisvestingsonderdelen d.d. 01-06-'12;
2. Bijlage 2: Onderdelen ZZP en NHC d.d. 01-06-'12;
3. Bijlage 3: NHC uitgangspunten en investeringsbedragen d.d. 01-06-'12;
4. Bijlage 4: Dagtarieven NHC d.d. 01-06-'12;
5. Bijlage 5: Contracteerruimte d.d. 01-06-'12;
6. Bijlage 6: Kosten ontwikkelingsfase d.d. 01-06-'12;
7. Bijlage 7: Voorwaarden financiering d.d. 01-06-'12;
8. Bijlage 8: Huisvestingsscenario in eigendom d.d. 01-06-'12;
9. Bijlage 9: Huisvestingsscenario bij huur d.d. 01-06-'12;
10. Bijlage 10: Voorwaarden woningcorporatie d.d. 01-06-'12;
11. Bijlage 11: Huurberekening d.d. 01-06-'12;
12. Bijlage 12: Demarcatielijst d.d. 01-06-'12;
13. Bijlage 13: Overzicht factoren en onderdelen d.d. 01-06-'12;

16.2 Interviews

In bijgevoegd rapport d.d. 01-06-'12 zijn de uitwerkingen van de interviews terug te lezen.

Bijlage 1 - Huisvestingsonderdelen intramurale cliënt

Let op: Er gelden geen normen meer. De oppervlakte en onderdelen zijn cliënt afhankelijk, kunnen per project verschillen en zijn afhankelijk van het PVE van de zorginstelling

Woonruimte				
Individueel wonen	Onderdelen	Aantal	Oppervlakte	Oppervlakte totaal
Gesitueerd: Intern	Entree	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Woonkamer (met open keuken)	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Slaapkamer	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Sanitair (douche/toilet)	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Buitenruimte	project afhankelijk	project afhankelijk	
	<i>totaal</i>			0
Groepwoningen	Onderdelen	Aantal	Oppervlakte	Oppervlakte totaal
Gesitueerd: Intern	Entree	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Woonkamer (met open keuken)	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Slaapkamer	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Sanitair (douche/toilet)	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Buitenruimte	project afhankelijk	project afhankelijk	
	<i>totaal</i>			0
Gezamenlijke voorzieningen				
Ontmoetingsruimte	Onderdelen	Aantal	Oppervlakte	Oppervlakte totaal
Gesitueerd: Intern	Entree	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Zit/woonruimte	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Keuken	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Buitenruimte	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Computerwerkplek/kantoor	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Berging	project afhankelijk	project afhankelijk	
	Werkkast	project afhankelijk	project afhankelijk	
	<i>totaal</i>			0
Ondersteunende diensten				
Ondersteunende dienst	Onderdelen	Aantal	Oppervlakte	Oppervlakte totaal
Gesitueerd: Intern of extern	project afhankelijk	project afhankelijk	project afhankelijk	
	project afhankelijk	project afhankelijk	project afhankelijk	
	<i>totaal</i>			0
Dagbesteding				
Dagbesteding	Onderdelen	Aantal	Oppervlakte	Oppervlakte totaal
Gesitueerd: Intern of extern	project afhankelijk	project afhankelijk	project afhankelijk	
	project afhankelijk	project afhankelijk	project afhankelijk	
	<i>totaal</i>			0
Behandeling				
Behandeling	Onderdelen	Aantal	Oppervlakte	Oppervlakte totaal
Gesitueerd: Intern of extern	project afhankelijk	project afhankelijk	project afhankelijk	
	project afhankelijk	project afhankelijk	project afhankelijk	
	<i>totaal</i>			0
Overige ruimte				
Overige ruimte	Onderdelen	Aantal	Oppervlakte	Oppervlakte totaal
Gesitueerd: Intern	Bezoekerstoilet	Project afhankelijk	project afhankelijk	
	(Buiten) bergingen	1 per cliënt	project afhankelijk	
	Parkeerplaatsen	Norm gemeente	project afhankelijk	
	Openbaar terrein	Afhankelijk van wensen zorginstelling	project afhankelijk	
	project afhankelijk	project afhankelijk	project afhankelijk	
				0

Bijlage 2 - ZZP of NHC per huisvestingsonderdeel

Component	Onderdelen/behoefte cliënt	Vergoeding ZZP voor	Vergoeding NHC voor
Woonruimte	Individueel wonen	Beschermende woonomgeving. Permanent toezicht.	Realisatie en instandhouding
	Groepwoningen	Bouwkundige voorzieningen;	Realisatie en instandhouding
	Ontmoetingsruimte	· Inrichting van de woning (deurklink, lampen, kasten); · Klein onderhoud; · Schoonmaak; · Voeding; · Belastingen, verzekeringen en heffingen; · Energiekosten; Begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging, personeelskosten, begeleiding bij vervoer. Ondersteunen van persoonlijke verzorging. Verpleging, advies.	Realisatie en instandhouding
Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten	Personeelskosten	Realisatie en instandhouding
	Dagbesteding	Personeelskosten. Begeleiding bij vervoer.	Realisatie en instandhouding
	Behandeling	Behandeling	Realisatie en instandhouding
Overige ruimte	Bezoekerstoilet	nvt	Realisatie en instandhouding
	(Buiten) bergingen	nvt	Realisatie en instandhouding
	Parkeerplaatsen	nvt	Realisatie en instandhouding
	Openbaar terrein	nvt	Realisatie en instandhouding

Bijlage 3 - Uitgangspunten NHC en Investeringsbedragen

Uitgangspunt NHC

Component	Uitgangspunten	Onderdeel
Looptijd	Investeringspatroon van 30 jaar zonder renovatie	
Rente	5%	Rentelasten en afschrijving financiering
Bouwtijd	18 maanden	Kosten bouwwerk, bouwbegeleiding, advieskosten, bestemmingsplanprocedure, architectkosten, etc;
Jaarlijkse instandhouding	0,8% van nieuwbouwwaarde op jaarbasis	Grootonderhoud: Grote schilderbeurten, dak vervangen, isolatie, etc;
Bezettingspercentage	97%	
Grond, interim-huisvesting en terreinvoorziening	gemiddelde grondprijs (NL) + toevoeging 10%	Grondkosten
Inventarissen	€3,74 per dag per cliënt	Medisch en overige inventarissen. Afschrijving in 10 jaar
Indexatie	2,5% tot 2017	

ZZP V&V / GHZ / GGZ

	Basis Verblijf	Onderst. Diensten	Totaal Basis	Dagbesteding	Behandeling	Totaal Investeringskosten
V&V						
ZZP VV 1	116.424	6.335	122.759	16.096	0	138.855
ZZP VV 2	123.348	6.340	129.688	16.111	0	145.799
ZZP VV 3	136.264	6.468	142.732	16.435	2.420	161.586
ZZP VV 4	138.544	6.468	145.012	16.435	2.420	163.867
ZZP VV 5	127.665	9.500	137.165	21.765	4.936	163.867
ZZP VV 6	125.197	9.500	134.697	23.785	8.975	167.457
ZZP VV 7	130.357	9.500	139.857	23.785	8.975	172.618
ZZP VV 8	135.294	9.500	144.794	23.785	8.975	177.554
ZZP VV 9	125.197	9.500	134.697	19.522	55.648	209.866
ZZP VV 10	135.294	9.500	144.794	23.785	8.975	177.554
GHZ						
ZZP VG 1	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP VG 2	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP VG 3	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP VG 4	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP VG 5	109.412	8.643	118.055	46.859	21.661	186.577
ZZP VG 6	109.412	8.643	118.056	46.859	21.661	186.577
ZZP VG 7	109.412	8.643	118.056	46.859	21.661	186.577
ZZP VG 8	150.421	8.643	159.064	56.806	21.661	237.532
ZZP LVG 1	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LVG 2	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LVG 3	142.198	8.643	150.842	46.859	21.661	219.362
ZZP LVG 4	142.198	8.643	150.842	46.859	21.661	219.362
ZZP LVG 5	142.198	8.643	150.842	46.859	21.661	219.362
ZZP SGLVG	142.198	8.643	150.842	46.859	21.661	219.362
ZZP LG 1	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LG 2	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LG 3	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LG 4	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LG 5	119.359	8.643	128.002	46.859	21.661	196.523
ZZP LG 6	146.430	8.643	155.073	56.806	21.661	233.541
ZZP LG 7	146.430	8.643	155.073	56.806	21.661	233.541
ZZP ZG aud 1	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG aud 2	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG aud 3	112.683	8.643	121.327	46.859	21.661	189.847
ZZP ZG aud 4	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG vis 1	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG vis 2	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG vis 3	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG vis 4	122.927	8.643	131.570	46.859	21.661	200.091
ZZP ZG vis 5	150.421	8.643	159.064	56.806	21.661	237.532
GGZ						
ZZP GGZ 1B	81.587	9.697	91.284	53.554	4.869	149.707
ZZP GGZ 2B	81.587	9.697	91.284	53.554	4.669	149.707
ZZP GGZ 3B	113.343	9.697	123.040	53.554	4.869	181.463
ZZP GGZ 4B	113.343	9.697	123.040	53.554	4.869	181.463
ZZP GGZ 5B	158.880	9.697	168.577	59.384	5.444	233.405
ZZP GGZ 6B	139.222	9.697	148.919	49.165	8.918	207.002
ZZP GGZ 7B	142.786	15.898	158.684	79.646	21.821	260.151
ZZP GGZ 1C	93.812	5.989	99.801	39.362	0	139.163
ZZP GGZ 2C	93.812	5.989	99.801	39.362	0	139.163
ZZP GGZ 3C	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP GGZ 4C	130.882	5.989	136.872	47.717	0	184.588
ZZP GGZ 5C	133.665	5.989	139.654	42.680	0	182.334
ZZP GGZ 6C	135.038	5.989	141.027	47.717	0	188.744



Bijlage 4 - dagtarieven NHC

ZZP V&V		incl. dagbesteding, niet toegelaten voor BH		incl. dagbesteding, toegelaten voor BH		excl. dagbesteding, BH		excl. dagbesteding, geen BH	
		Prestatiecode	Totaalwaarde per dag	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag
	1VV	N015	€ 22,83						
	2VV	N025	€ 23,97						
	3VV	N031	€ 26,17	N033	€ 26,56				
	4VV	N041	€ 26,54	N043	€ 26,93				
	5VV	N051	€ 26,13	N053	€ 26,93				
	6VV	N061	€ 26,06	N063	€ 27,52				
	7VV	N071	€ 26,90	N073	€ 28,37				
	8VV	N081	€ 27,71	N083	€ 29,19				
	9aVV	N094	€ 25,35	N096	€ 34,50				
	9bVV	N095	€ 25,35	N097	€ 34,50				
	10VV	N101	€ 27,71	N103	€ 29,19				
ZZP GGZ	1GGZ-B			N213	€ 24,61	N212	€ 15,81		
	2GGZ-B			N223	€ 24,61	N222	€ 15,81		
	3GGZ-B			N233	€ 29,83	N232	€ 21,03		
	4GGZ-B			N243	€ 29,83	N242	€ 21,03		
	5GGZ-B			N253	€ 38,37	N252	€ 28,61		
	6GGZ-B			N263	€ 34,03	N262	€ 25,95		
	7GGZ-B			N273	€ 42,76	N272	€ 29,67		
	1GGZ-C	N311	€ 22,88					N310	€ 16,41
	2GGZ-C	N321	€ 22,88					N320	€ 16,41
	3GGZ-C	N331	€ 27,73					N330	€ 21,26
	4GGZ-C	N341	€ 30,35					N340	€ 22,50
	5GGZ-C	N351	€ 29,97					N350	€ 22,95
	6GGZ-C	N361	€ 31,03					N360	€ 23,18
ZZP GHZ	K1.1			NK13	€ 42,76	NK12	€ 29,67		
	K1.2			NK23	€ 42,76	NK22	€ 29,67		
	K1.3			NK33	€ 42,76	NK32	€ 29,67		
	K1.4			NK43	€ 42,76	NK42	€ 29,67		
	K1.5			NK53	€ 42,76	NK52	€ 29,67		
	K1.6			NK63	€ 42,76	NK62	€ 29,67		
	KF1.1			NKF13	€ 57,01	NKF12	€ 39,56		
	KF1.2			NKF23	€ 57,01	NKF22	€ 39,56		
	KF1.3			NKF33	€ 57,01	NKF32	€ 39,56		
	KF1.4			NKF43	€ 57,01	NKF42	€ 39,56		
	KF1.5			NKF53	€ 57,01	NKF52	€ 39,56		
	KF1.6			NKF63	€ 57,01	NKF62	€ 39,56		
	K1B			N283	€ 57,01				
	NTF			NTF12	€ 10,69	NTF13	€ 17,55		
	NTO			NTO22	€ 9,89	NTO23	€ 14,25		
	1VG	Z415	€ 27,73					N414	€ 21,26
	2VG	Z425	€ 27,73					N424	€ 21,26
	3VG	N431	€ 27,73	N433	€ 27,73	N432	€ 21,26	N430	€ 21,26
	3ZG-aud	N731	€ 27,65	N733	€ 31,21	N732	€ 23,50	N730	€ 19,95
	4ZG-aud	N741	€ 27,73	N743	€ 27,73	N742	€ 21,26	N740	€ 21,26
	1ZG-vis	N815	€ 27,73					N814	€ 21,26
	2ZG-vis	N825	€ 27,73					N824	€ 21,26
	3ZG-vis	N831	€ 27,73	N833	€ 27,73	N832	€ 21,26	N830	€ 21,26
	4ZG-vis	N841	€ 29,33	N843	€ 32,89	N842	€ 25,19	N840	€ 21,63
	5ZG-vis	N851	€ 35,49	N853	€ 39,05	N852	€ 29,71	N850	€ 26,15
	Verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner							N995	€ 22,83
	Verblijfscomponent kortdurend verblijf V&V							N996	€ 34,15
	Verblijfscomponent kortdurend verblijf GGZ							N992	€ 34,93
	Verblijfscomponent kortdurend verblijf GHZ: VG en LG							N993	€ 36,56
	Verblijfscomponent kortdurend verblijf GHZ: ZG							N994	€ 37,72
	Mutatiedag (V&V)					N917	€ 22,83	N916	€ 22,83
	Crisisopvang V&V met behandeling					N110	€ 28,37		
	Crisisopvang GHZ VG					N491	€ 30,67	N490	€ 27,11
	Crisisopvang LVG							N560	€ 36,07

Bijlage 5 - Contracteerruimte

Regio
Zorgkantoor
Zorgverzekeraar

Criteria door zorgkantoor

	Onderdelen	Omschrijving
Toetsing zorgkantoor	Zorgverlening Toelating WTZi Beleidsmatige plaatsing	op basis van de AWBZ Uitangspunten WTZi Onderbouwing middels visie en beleid
Toetsing bij inkoop	Beschikbaarheid/toegankelijkheid Prijs/doelmatigheid Kwaliteit van zorg Managementinformatie/administratieve organisatie Klantgerichtheid Doelgroepen en ketens	CQ-index

Vaststelling budget

ZZP

ZZP bedrag per cliënt €...--
dag/uurtarief x 365 dagen De kosten voor loon en materiële kosten voor de ondersteunende diensten, dagbesteding, behandeling en persoonlijke woonbegeleiding

Extra kosten €...--
afhankelijk van de afspraken met zorgkantoor Basisprestatie, toeslagen, vervoerskosten en zorginfrastructuur

Totaal ZZP €...-- *Totaal ZZP afhankelijk van aantal cliënten en indicatie*

10% NHC - investeringsbedrag

NHC bedrag per cliënt €...--
investeringsbedrag x 97% Kosten voor de kapitaallasten

10% NHC - Maandelijkse huurlasten

NHC bedrag per cliënt €...--
NHC dagtarief x 365 x 97%
NHC investeringsbedrag x 97% Kosten voor de kapitaallasten

Totaal NHC €...-- *Totaal NHC afhankelijk van aantal cliënten en indicatie*

Overige vergoedingen

Groeiruimte
Nieuwe zorgprestaties
Extreme zorgzwaarte in de GHZ
innovatie ten behoeve van ketenzorg dementie
Innovatie tbv Ouderenzorg
Aanpakken wachtlijsten
door middel van afstemming met zorgkantoor
door middel van afstemming met zorgkantoor
door middel van afstemming met zorgkantoor
door middel van afstemming met zorgkantoor
door middel van afstemming met zorgkantoor
door middel van afstemming met zorgkantoor

Afronding budget

Totaal ZZP €...--
Totaal NHC (10%) €...--
Overige vergoedingen €...--

Bandbreedte 94% - 100%

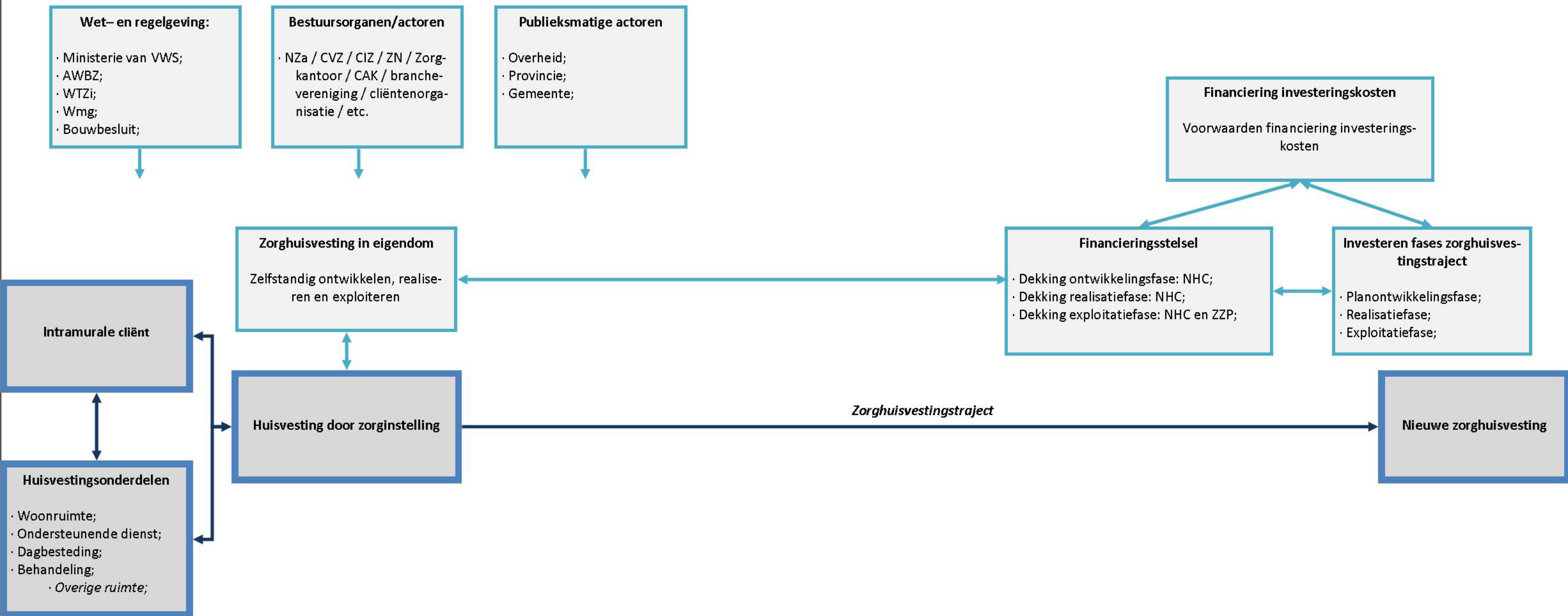
Totaal budget €...-- Budget dient te passen binnen het beschikbare regio budget

Bijlage 6 - Kosten ontwikkelingsfases

Onderdelen		Uitgangspunten								
A VERWERVING / GRONDKOSTEN										
A 1	Aankoop project			Uitgangspunt per m2		Indexatie	Uitgangspunt per m2			
		A Koopson	Doelgroep	Onderdeel	1-1-2010		1-1-2012			
			ZZP V&V	Verzorgingshuis, woonzorgcentrum, appartementen	€	225,00	2,5%	€	236,39	
			Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2010–TNO	ZZP V&V	Verpleeghuis, kleinschalig groepswonen	€	265,00	2,5%	€	278,42
			ZZP GGZ/GHZ	Appartementen (beschermd wonen en resocialisatie)	€	265,00	2,5%	€	278,42	
			ZZP GGZ/GHZ	Andere doelgroepen	€	304,00	2,5%	€	319,39	
		B Overdrachtsbelasting								
		C Bankgarantie								
		D Rente tot start bouw (.. jaar)								
		A 2 Notaris / makelaar								
	A Aankoop notaris									
	B Aankoopfee									
A 3 Infrastructurele voorzieningen										
	A Aanleg weg									
	B Groen voorziening									
A 4 Bouwrijp maken										
	A Grondsanering									
	B Sloop									
	C Grondwerk etc.									
	D Asbestsanering									
A 5 Kadastrale inmeting										
	A Perceel inmeten									
	B Veldwerk									
	C Kadastrale kaart en uittreksel									
B BOUWKOSTEN										
1	Bouwkundige werken			Uitgangspunt per m2		Indexatie	Uitgangspunt per m2			
		A Bouwkosten	Doelgroep	Onderdeel	1-1-2010		1-1-2012			
			ZZP V&V	Verzorgingshuis, woonzorgcentrum (a-specifieke bouw)	€	1.388,00	2,5%	€	1.458,27	
				Appartementen (a-specifieke bouw)	€	1.388,00	2,5%	€	1.458,27	
				Verpleeghuis (specifieke bouw)	€	1.611,00	2,5%	€	1.692,56	
				Kleinschalig groepswonen (specifieke bouw)	€	1.611,00	2,5%	€	1.692,56	
				Kantoor / centraal bureau	€	1.439,00	2,5%	€	1.511,85	
			ZZP GGZ	Appartementen / woningen (a-specifieke bouw)	€	1.388,00	2,5%	€	1.458,27	
				Kleinschalig groepswonen / laagbouwclusters (specifieke bouw)	€	1.611,00	2,5%	€	1.692,56	
				Behandel-/therapiegebouw	€	1.580,00	2,5%	€	1.659,99	
			Werkplaats dagbesteding	€	1.580,00	2,5%	€	1.659,99		
			SGLVG behandelcentrum	€	1.760,00	2,5%	€	1.849,10		
			SGLVG+ behandelkliniek (beveiligd)	€	1.944,00	2,5%	€	2.042,42		
			Kantoor / centraal bureau	€	1.439,00	2,5%	€	1.511,85		
		ZZP GHZ	Appartementen / woningen (a-specifieke bouw)	€	1.388,00	2,5%	€	1.458,27		
			Monoliet instelling	€	1.600,00	2,5%	€	1.681,00		
			Kleinschalig groepswonen / laagbouwclusters (specifieke bouw)	€	1.611,00	2,5%	€	1.692,56		
			Behandel-/therapiegebouw	€	1.580,00	2,5%	€	1.659,99		
			Werkplaats dagbesteding	€	1.335,00	2,5%	€	1.402,58		
			Separeervoorziening	€	2.687,00	2,5%	€	2.823,03		
	B Meerwerk					€	1.511,85			
	C Onderhoudskosten									
B 2 Aanleg terrein										
	A Bestrating									
	B Groenvoorziening									
C INVENTARISKOSTEN										
C 1 A Inventaris						Uitgangspunt				
Vaste vergoeding per dag per cliënt + afschrijving in 10 jaar						1-1-2012				
						€	3,74			
D BIJKOMENDE KOSTEN										
D 1 Gemeentelijke kosten						Uitgangspunt				
Percentage van de bouwkosten						1-1-2012				
						2,5%				
A	Leges sloop									
		B Leges kapvergunning								
		C Leges omgevingsvergunning								
		D Gemeentelijke proceskosten								
		E Waterschap								
		F Leges rioolvergunning								
		G Fonds Bovenwijkse voorzieningen								
		H Bijdragen Cultuurfonds								
		I Inritvergunning								
D 2 Nutsvoorzieningen										
	A Gas									
	B Water									
	C Elektra									
	D Riolering									
	E Aansluiting uitnemen									
	F Aansluitkosten CAI									
	G Telefoon									
	I Gebruikskosten									
D 3 Gemeentebelasting										
	A O.Z.B									
	B Waterschap									
	C Rioolrecht									
E DIRECTIE/ADVISEURKOSTEN										
E 1 Adviseurs						Uitgangspunt				
Directiekosten = percentage van de bouwkosten						1-1-2012				
						14,0%				
A	Geluidsrapport									
		B Sonderingen								
		C Bodemonderzoek								
		D Asbestsaneringsrapport								
		E Fiscaaladvies								
		F Coördinatievergoeding								
		G Oprichting VVE								
		H Stedebouwkundig advies								
		I Opnamerapport								
		J Calculatiekosten								
		K Bouwtoezicht								
		L Installatiesadvies								
		M Meetrapport								
		N Marktonderzoek								
		P Archeologisch onderzoek								
		Q EPN berekening								
		R Landschapsinrichting								
		S Grondwateradvies								
		T Infra-advies								
E 2 Juridische kosten										
	A Advocaat									
	B Samenwerkingsovereenkomst									
E 3 Architect										
	A Honorarium (opgave Timpaan)									
	B Verschotten									
	C Splitsingstekening									
	D Meerwerk									
	E Presentatie									
E 4 Constructeur										
	A Honorarium (in D03-A)									
	B Verschotten									
	C Meerwerk									
	D Funderingsadvies									
E 5 Provisie										
	A Commissie									
	B Ontwikkelingsfee									
E 6 Schadevergoeding										
	A Omwonenden, huurders									
	B Planschade									
F ONVOORZIEN										
F 1 Onvoorzien						Uitgangspunt				
Percentage van de bouwkosten, bijkomende kosten en directiekosten						1-1-2012				
						2,5%				
F 2 Ontwikkelingskosten										
	A Bijkomende kosten									
	B Bezorgkosten									
	C Verzekeringskosten									
	D Bewaking									
	E Lichtdrukkosten									
	F Tijdelijke huisvesting									
	G Beperking voorbelasting									
F 3 Notaris										
	A Verkoop (incl.kadastraalrecht en uitmeten)					Uitgangspunt				
						1-1-2012				
						5,0%				
G 1 Financieringskosten										
	A Rente grond (startbouw tot oplevering)	Rente tijdens de bouw	bouwtijd 18 maanden							
	B Rente bouw									
	C Rente bijkomende kosten									
H 1 Startkosten										
	A Startkosten en onderhoud	Percentage van de nieuwbouwkosten				Uitgangspunt				
						1-1-2012				
						0,8%				

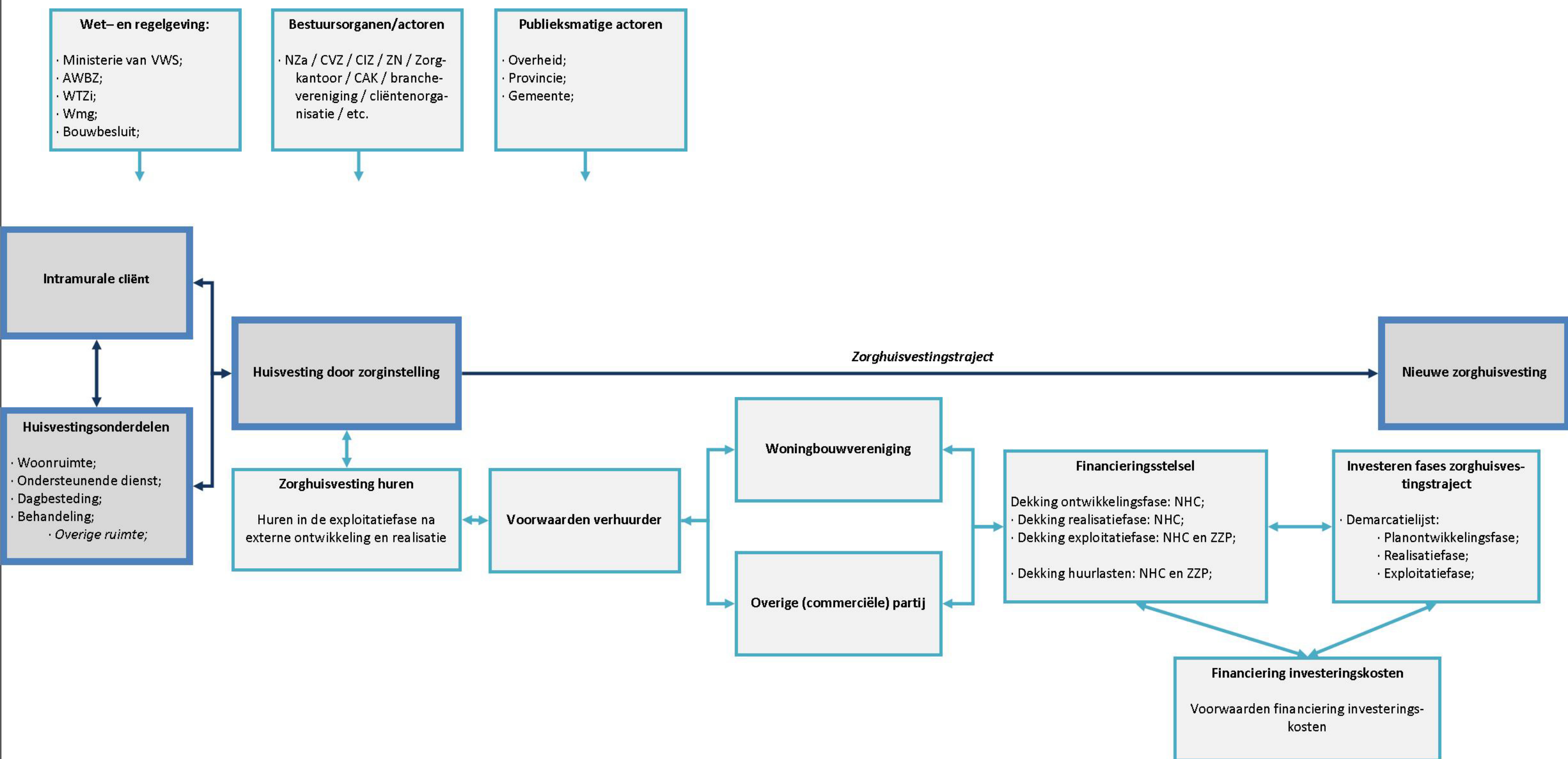
Bijlage 7 - Financiering

Formele voorwaarden		
Onderdelen	Omschrijvingen	Uitgangspunten
Instellingsoort	AWBZ instelling	Toelating WTZi
Jaarrekening en jaarverslag	Goedkeuring jaarrekening en jaarverslag	Conform eisen WTZi
Kredietwaardigheid eisen		
Onderdelen	Omschrijvingen	Uitgangspunten
Keuring zorginstelling	De bestuurlijke, financiële, juridische en organisatorische structuur	Goed bewind en goede toezichhouders. ‘Capabel management’ met bewezen track record
De exploitatie en toekomstverwachting van de zorginstelling	Waar gaat men zich op richten, marktonderzoek	Uitkomsten marktonderzoek
De kwaliteit van de sturing en beheersing van de zorginstelling	Omgang cliënten	Uitkomsten CQ-score
De solvabiliteitspositie van de zorginstelling	Solvabiliteitsratio	Solvabiliteitsratio van 10%-12%. 1% jaarlijkse stijging na oplevering gebouw
Overige onderdelen		
Onderdelen	Omschrijvingen	Uitgangspunten
Marktonderzoek markontwikkeling Vertaald naar de eigen organisatie	Analyse van de vraagontwikkeling. Ontwikkeling van de concurrentie. Demografische en technologische ontwikkelingen.	Uitkomsten marktonderzoek
Analyse stakeholders	Wat is de visie van de interne directie en de zorgverzekeraar en het zorgkantoor (regio budget/toewijzing).	Uitkomsten marktonderzoek en contracteerruimte zorgkantoor
Analyse overheidsbesluit	Is er een mogelijkheid tot bezuinigingsplannen, subsidies, etc.	Overeenstemming overheden
Eigen mogelijkheden en onmogelijkheden	Beleid over eigen vermogen. Keuze tot aard en omvang zorgverlening. Vastgoedkeuze. Bedrijfsuitvoering.	Uitkomsten SWOT-analyse
Investeringsbeslissingen		
Onderdelen	Omschrijvingen	Uitgangspunten
Aard en omvang investering	Doel van de investering. Kosten verdeeld over grond, gebouw, installaties, etc. Mogelijke fiscale consequenties en/of verkoop aan derden	Kengetallen TNO (zie bijlage ...)
Tijdspad investering	Planning ingebruikname, fasering, voorwaarden gemeentelijke eisen	Overzichtelijke planning en overeenstemming gemeente
Bestemmingstoets	Toelichting omgang veranderende omstandigheden	Flexibiliteit gebouw, alternatieve aanwendingsmogelijkheid.
Bouwkundige kwaliteit	Normen gehanteerde bouwkundige eisen/wensen	Normen TNO en NZA
Bouwmanagement	Sturing en beheersing bouwmanagement	Uitkomsten rapport beheersing en sturing
Financieringsbeslissingen		
Onderdelen	Omschrijvingen	Uitgangspunten
Meerjaren prognose	Meerjaren prognose wint- en verliesrekening. Meerjaren kasstroomprognose. Exploitatie- en kasstroomprognose locatie- en investeringsniveau.	Prognoses van komende 10 jaar met doorkijk tot 25-30 jaar.
Kasstroomprognose	Liquiditeit	Debt Service Coverage Ratio (DSCR) >1,2-1,4
Omzet	Verwachte groei, omzet, bezettingsgraad, vergoeding ZZP/NHC.	Uitkomsten financieringsstelsel (inkomsten ZZP/NHC)
Kosten	Kosten vastgoedexploitatie. Effecten investering op de zorgexploitatie.	Jaarlijkse instandhouding (0,8%) Afschrijvingstermijnen: Grond (geen afschrijvingstermijnen), nieuwbouw/stenen (max. 35 jaar, renovatie na 20 jaar), Renovatie (15 a 20 jaar), instandhoudinginvestering (10 jaar), installaties (15 a 20 jaar), inventaris (8 a 10 jaar), ICT (3 a 5 jaar), restwaarde (0)
Rente	Omgang bouwrente.	Uitgangspunt bouwrente 6%
Inflatie	Inflatie	Uitgangspunt 1%-2%.
Financiering	Financieringsvormen. Renterisico en beschikbaarheidsrisico. Flexibiliteit.	Lineaire aflossing. Voorfinanciering, lange lening of rentederivaten Financieringstermijn (lange lening) van 30 jaar met herfinancieringstermijn van 15 jaar.
Lange lening		
Onderdelen	Omschrijvingen	Uitgangspunten
Stortingsdatum	Periode tussen de offertedatum en de stortingsdatum	Vraag meerdere offertes aan. Een dag verschil kan in de prijs schelen
Rentepercentage	Overeen te komen met kredietverstrekker	Berekening op de maand en het jaar op het juiste aantal dagen. Rente moet worden berekend op basis van 'juist/juist'.
Rentebetaling	Vooraf of achteraf betalen en met welke frequentie	Uitgangspunt bij rente van 5%: · Halfjaar achteraf: 5,063% · Kwartaal achteraf: 5,094% · Maand achteraf: 5,116%
Rente herzieningsdatum	Gekozen rentevaste periode	flexibiliteit van de leningportefeuille, en beheersing van het renterisico van belang.
Aflossingsschema	Aflossingsverloop en frequentie	Keuze per jaar, kwartaal of maand



Zorg. Ondernemen. Huisvesten.

Datum : 1 juni 2012
Referentie : E120601
Behandeld door : F. Boin
E-mail adres : f.boin@estea.nl
Opdrachtnr / werk : Afstudeeronderzoek Farshad Boin
Onderwerp : Bijlage 8: Zorghuisvestingstraject eigendom



Zorg. Ondernemen. Huisvesten.

Datum : 1 juni 2012
 Referentie : E120601
 Behandeld door : F. Boin
 E-mail adres : f.boin@estea.nl
 Opdrachtnr / werk : Afstudeeronderzoek Farshad Boin
 Onderwerp : Bijlage 9: Zorghuisvestingstraject huren

Bijlage 10 - Ranvoorwaarden woningcorporatie

Toetsing zorginstelling

Onderdelen	Omschrijvingen
Marktonderzoek	Reden van intenties/ontwikkeling/keuze doelgroep/etc dient goed onderbouwd te zijn;
Wachtljsten	Aanpak wachtlijsten dient goed onderbouwd te zijn;
Richtlijnen	Visie, missie, strategie van de zorginstelling dient aan te sluiten bij de doelstelling van de woningbouwverenging;
Financiële status	Zorginstelling dient financieel in 'goed weer te verkeren';

Toetsing op investeringsniveau

Kaders	Onderwerp	Onderdeel	Uitgangspunt
Beleidskaders	Missie, visie en strategie		Voldoen aan onderdelen, afhankelijk per woningcorporatie
	Wet- en regelgeving	landelijke, regionale en lokaal	Landelijk: woningwet, besluit beheer sociale huursector, burgerlijk wetboek, MG-circulaires en bouwbesluit Regionaal: huisvestingsverordening Lokaal: woonvisie en het bestemmingsplan.
	Strategisch voorraadbeleid	Woningvoorraad portefeuillestrategie, facetbeleid, wijkstrategie en complexstrategie.	Afhankelijk per woningcorporatie dient bij te dragen aan de onderdelen
	Beleidskaders en randvoorwaarden	Ondernemingsplan, jaarplan en begrotingen, locatie (werkgebied), referentiebe-stek (basisregels en voorschriften), duurzaamheidvisie, procuratieregeling (bevoegdheden van verantwoordelijkheden) en integriteitcode (werkwijze).	Voldoen aan onderdelen, afhankelijk per woningcorporatie
Financiële kaders	Financieel toetsingskader	Investeringsbedrag IRR NCW	Afhankelijk per project, maximale marktwaarde Circa 5% Afhankelijk van huur, verhuurprijs tot huurtoeslaggrens (€ 664,66, p.p. 1-1-'12) Uitgangspunt exploitatie van 15/20 jaar
	Richtgevende kengetallen	BAR Maximaal redelijke huur	Afhankelijk van investeringsbedrag, exploitatie van 15/20 jaar € 664,66, p.p. 1-1-'12
	Financiering	DAEB lijst	Financiering voor onderdelen uit DAEB lijst
Risico's	Inventarisatie	Afzetrisico Grondrisico Bouwkostenrisico Financieringsrisico Procedurerisico Politiekrisico Imagorisico	Uitkomsten marktonderzoek Juiste grondprijs tov inkomsten Juiste bouwkosten tov inkomsten Geborgd via DAEB lijst, geen commerciële zorggerelateerde functies Juiste bestemmingsplan functie of mogelijkheid tot wijziging Politieke steun Niet/nauwelijk weerstand bij omwonende/actiegroepen/etc.

Toetsing op projectniveau

Onderdelen	Omschrijvingen
Doelgroep	Tot ZZP 8 ivm openheid/toegankelijkheid van het vastgoed en mogelijke omkeerbaarheid
Locatie	Geen harde eis over de locatie. Voorkeur voor inbrei locaties
Openbare voorzieningen	Afhankelijk van doelgroep en wensen zorginstelling
Vormgeving	Geen harde eis over vormgeving. Dient door Welstand goedgekeurd te zijn
Invulling vastgoed	Woningen die op de DAEB lijst voorkomen kan men zelf financieren. Mocht er in het complex commerciële (zorggerelateerde) voorzieningen komen dan dient een overige partij dit te exploiteren
Invulling woningen	Afhankelijk van pve zorginstelling. Dient rekening te houden met marktconforme afmetingen en mogelijkheid tot omkeerbaarheid naar verhuur in de vrije sector

Bijlage 11 - huurberekening

	Verhuurder	
	Huurder	
Beschikbare kapitaalvergoeding		
	Totaal NHC	NHC - OD NHC - DB NHC - BH
Beschikbaar NHC bedrag	€...--	€...-- €...-- €...--
Totaal NHC afhankelijk van aantal cliënten en indicatie		
Aftrekposten	€...--	..% Inhouding ivm ondersteunende dienst (OD) elders
Inhouding op totaal NHC	€...--	..% Inhouding ivm dagbesteding (DB) elders
	€...--	..% Inhouding ivm behandeling (BH) elders
Beschikbare kapitaalvergoeding €...--		totaal NHC - aftrekposten
Overige posten		
	Totaal	
Jaarlijkse instandhouding	€...--	..% toe of afrekenen In het NHC zit een component van 0,8% voor de jaarlijkse instandhouding. Als men afspreekt dat de huurder de jaarlijkse instandhouding bekostigd dan zal de zorginstelling korting op de beschikbare kapitaalvergoeding wensen.
Leegstand	€...--	..% toe of afrekenen De NHC hanteert een leegstand percentage van 3%. Dit is ten koste van de zorginstelling. Men zal korting op de beschikbare kapitaalvergoeding wensen.
Interim-huisvesting	€...--	..% toe of afrekenen Mocht het nodig zijn dan voorziet het NHC tarief in interim-huisvesting. Als men afspreekt dat de huurder de mogelijke interim-huisvesting bekostigd dan zal de zorginstelling korting op de beschikbare kapitaalvergoeding wensen.
Belastingen en verzekeringen	€...--	..% toe of afrekenen In het ZZP tarief zit een component voor belastingen en verzekeringen. Echter betaald de verhuurder, over het algemeen, deze kosten. De zorginstelling zal, over het algemeen, het percentage toerekenen bovenop de beschikbare kapitaalvergoeding.
Onderhoud	€...--	..% toe of afrekenen In het ZZP tarief zit een component voor onderhoud. Echter betaald de verhuurder, over het algemeen, deze kosten. De zorginstelling zal, over het algemeen, het percentage (of een deel daarvan) toerekenen bovenop de beschikbare kapitaalvergoeding.
Overige posten €...--		optelsom van de overige posten
Aanvullende investeringen		
investering ontwikkelingsfase	€...--	afhankelijk van demarcatielijst
investering realisatiefase	€...--	afhankelijk van demarcatielijst
investering exploitatiefase	€...--	afhankelijk van demarcatielijst
totaal aanvullende investeringskosten €...--		afhankelijk van demarcatielijst
Huurbedrag		
Beschikbare kapitaalvergoeding	€...--	
Overige posten	€...--	
totaal aanvullende investeringskosten	€...--	
totaal beschikbaar voor verhuurkosten €...--		Beschikbare kapitaalvergoeding +/- overige posten - aanvullende investeringen



Bijlage 12 Demarcatielijst

Verhuurder
Huurder

Woonruimte		Kosten	Verhuurder	Huurder	N.v.t.	Opmerking
Individueel en groepswonen						
Omschrijving						
Afwerking van de ruimte						
1	leveren en aanbrengen vloerbedekking (anders dan tegelwerk conform afwerkstaat) / egalisatie					
2	leveren en aanbrengen wandafwerking (anders dan tegelwerk conform afwerkstaat)					
3	epoxyvloer + vinylbehang i.p.v. vloer en wandtegels badkamer					
31	leveren en aanbrengen extra wandtegels tot plafond					
4	leveren en aanbrengen aanvullende zonweringen handbediend / elektrisch					
5	ophangrails voor schilderijen					
6	ADL voorzieningen woonkamer					
7	vitrage en privacygordijnen					
8	meubilair					
9	bedlitten, schappen+stootranden					
10	breedere deuren					
18	leveren en aanbrengen transportrailsysteem naar badkamer					
19	leveren en aanbrengen schuifdeursysteem naar badkamer					
Omschrijving		Kosten	Verhuurder	Huurder	N.v.t.	Opmerking
E-installaties						
11	leveren en plaatsen kitschenette / apparatuur					
12	leveren en plaatsen onderrijdbaar keukenblok, hoogte stelbaar elektrisch					
13	leveren en aanbrengen extra voorzieningen tbv kitchenette					
14	leveren en aanbrengen brandmeldinstallatie (gecertificeerd) + doormelding					
15	aansluitkosten en abonnementskosten meldkamer					
16	onderhoud brandmeldinstallatie					
17	jaarlijkse certificering brandmeldinstallatie					
18	leveren en aanbrengen zorg- zusteroproepsysteem / DECT					
19	leveren en aanbrengen inluistersysteem					
20	leveren en aanbrengen Domotica					
21	leveren en aanbrengen telefooninstallatie, data, etc					
23	aansluiting, loze leidingen + bedraden CAI en KPN aansl. individuele kamers					
38	aansluiting, loze leidingen + bedraden 2e CAI en KPN aansl. slaapkamer					
24	camerabewaking / inbraakbeveiligingsinstallatie					
25	leveren en aanbrengen deurautomaten					
W en S-installaties						
20	leveren en aanbrengen vrijhangende toiletten					
34	leveren en aanbrengen individuele meters tbv w+k water, electra					
35	leveren en aanbrengen specifieke kranen tbv wastafels, douche en keuken					
36	leveren en aanbrengen loze leiding appartement tbv deurautomaten					
39	onderrijdbare wastafels + kantelspiegels					
32	leveren en aanbrengen opklapbare toiletbeugels algemeen miva toilet					
33	leveren en aanbrengen opklapbaar toiletzitje algemeen miva toilet					
52	installatie eis < 25,5 graden					
55	afscherming radiatoren (indien van toepassing)					
Gezamenlijke voorzieningen		Kosten	Verhuurder	Huurder	N.v.t.	Opmerking
Ontmoetingsruimte						
Omschrijving						
Afwerking van de ruimte						
1	leveren en aanbrengen vloerbedekking (anders dan tegelwerk conform afwerkstaat) / egalisatie					
2	leveren en aanbrengen wandafwerking (anders dan tegelwerk conform afwerkstaat)					
3	epoxyvloer + vinylbehang i.p.v. vloer en wandtegels badkamer					
4	leveren en aanbrengen aanvullende zonweringen handbediend / elektrisch					
5	ophangrails voor schilderijen					
6	ADL voorzieningen woonkamer					
7	vitrage en privacygordijnen					
8	meubilair					
9	bedlitten, schappen+stootranden					
10	breedere deuren					
Omschrijving		Kosten	Verhuurder	Huurder	N.v.t.	Opmerking
E-installaties						
11	leveren en plaatsen groepskeukenvoorziening / apparatuur					
12	leveren en plaatsen onderrijdbaar keukenblok, hoogte stelbaar elektrisch					
13	leveren en aanbrengen extra voorzieningen tbv groepkeukens					
14	leveren en aanbrengen brandmeldinstallatie (gecertificeerd) + doormelding					
15	aansluitkosten en abonnementskosten meldkamer					
16	onderhoud brandmeldinstallatie					
17	jaarlijkse certificering brandmeldinstallatie					
18	leveren en aanbrengen zorg- zusteroproepsysteem / DECT					
19	leveren en aanbrengen inluistersysteem					
20	leveren en aanbrengen Domotica					
21	leveren en aanbrengen telefooninstallatie, data, etc					
22	leveren en aanbrengen afstandbediening / controlesysteem voordeuren door middel van videofoon per groepsruimte					
23	aansluiting, loze leidingen + bedraden CAI en KPN aansl. In woonkamer					
24	camerabewaking / inbraakbeveiligingsinstallatie					
25	leveren en aanbrengen deurautomaten					
Omschrijving		Kosten	Verhuurder	Huurder	N.v.t.	Opmerking
W en S-installaties						
27	leveren en aanbrengen individuele warmtemeters tbv warmwatervoorziening					
28	leveren en aanbrengen individuele warmtemeters tbv centrale verwarming					
29	leveren en aanbrengen koelsysteem					
30	opstellen Legionella risicoanalyse / beheersplan					
31	leveren en aanbrengen specifieke kranen tbv wastafels, douche, etc					
32	leveren en aanbrengen opklapbare toiletbeugels algemeen miva toilet					
33	leveren en aanbrengen opklapbaar toiletzitje algemeen miva toilet					
34	installatie eis < 25,5 graden					
35	afscherming radiatoren (indien van toepassing)					
26	leveren en aanbrengen vrijhangende toiletten					
Ondersteunende diensten, dagbesteding en behandeling		Kosten	Verhuurder	Huurder	N.v.t.	Opmerking
Ondersteunende dienst, dagbesteding en behandeling						
Omschrijving						
Kantoorruimte en overige algemene ruimten						
1	laadpunten tbv Tililiften					
2	leveren en aanbrengen deurautomaten					
3	MIVA signalering					
4	vitrage en privacygordijnen					
5	leveren en plaatsen lockers/ kluisjes medewerkers					
6	sanitair en kranen algemeen (ook in behandelkamers)					
7	inbraakbeveiligingsinstallatie					
8	centrale balie					
9	afscherming radiatoren (indien van toepassing)					
10	meubilair					
11	kleine kantoorinventaris					
12	telefooncentrales en toestellen					
13	bedlitten, schappen+stootranden					
14	breedere deuren					
Overige ruimte		Kosten	Verhuurder	Huurder	N.v.t.	Opmerking
Overige ruimte						
Omschrijving						
Afhankelijk van wensen zorginstelling						
1						
2						
3						
4						

Bijlage 13 - Overzicht factoren en onderdelen

Cliënt en huisvestingsonderdelen					
	onderwerp	onderdeel	toelichting	oppervlakte	Toekomstperspectief
zorghuisvesting in eigendom en zorghuisvesting huren	Te huisvesten cliënt	n.t.b. n.t.b. n.t.b.	bestaande cliënten bestaande wachtlijst uitkomsten marktonderzoek		Let op SWZ mbt ZZZP indicaties
zorghuisvesting in eigendom en zorghuisvesting huren	Huisvestingsonderdelen	individuele woning groepswooning ontmoetingsruimte ondersteunende dienst dagbesteding behandeling overige ruimte	afhankelijk van cliënt, vereist afhankelijk van cliënt, vereist afhankelijk van cliënt, vereist uitg.punt: elders voorzien uitg.punt: elders voorzien uitg.punt: elders voorzien project afhankelijk	volgens pve en conform budget ZZZP/NHC volgens pve en conform budget ZZZP/NHC volgens pve en conform budget ZZZP/NHC volgens pve en conform budget ZZZP/NHC volgens pve en conform budget ZZZP/NHC volgens pve en conform budget ZZZP/NHC	geen onderdelen van toepassing
Ontwikkelingsfasen					
	onderwerp	onderdeel	toelichting		
zorghuisvesting in eigendom	Planontwikkelingsfase Realisatiefase Exploitatiefase	investeringskosten door zorginstelling investeringskosten door zorginstelling investeringskosten door zorginstelling	kosten gedekt middels vergoedingen NHC kosten gedekt middels vergoedingen NHC kosten gedekt middels vergoedingen ZZZP/NHC		geen onderdelen van toepassing
zorghuisvesting huren	Planontwikkelingsfase Realisatiefase Exploitatiefase	kosten afhankelijk van demarcatieijst kosten afhankelijk van demarcatieijst kosten afhankelijk van demarcatieijst	uitg.punt: kosten voor verhuurder uitg.punt: kosten voor verhuurder uitg.punt: kosten voor verhuurder (kosten gedekt middels ZZZP/NHC)		geen onderdelen van toepassing
Kosten ontwikkelingsfasen					
	onderwerp	onderdeel	toelichting		
zorghuisvesting in eigendom	Planontwikkelingsfase Realisatiefase Exploitatiefase	kosten zijn project afhankelijk kosten zijn project afhankelijk kosten zijn project afhankelijk	conform budget NHC (zie bijlage 6) conform budget NHC (zie bijlage 6) conform budget ZZZP/NHC (zie bijlage 6)		rekening houden met prioriteit duurzaamheid
zorghuisvesting huren	Planontwikkelingsfase Realisatiefase Exploitatiefase	uitg.punt: kosten voor verhuurder uitg.punt: kosten voor verhuurder kosten zijn project afhankelijk	conform budget ZZZP/NHC (zie bijlage 6)		rekening houden met prioriteit duurzaamheid
Wet- en regelgeving en actoren					
	onderwerp	onderdeel	toelichting		
zorghuisvesting in eigendom en zorghuisvesting huren	Wet- en regelgeving	AWBZ WTZI Wmg BouwBesluit	uitgangspunten AWBZ voor vergoedingen ZZZP/NHC zorginstelling dient WTZI goedgekeurd te zijn algemene regels voor cliënt en zorginstelling algemene technische regels voor de huisvesting		geen onderdelen van toepassing
zorghuisvesting in eigendom en zorghuisvesting huren	Bestuursorganen/actoren	Nza VWS CVZ Zorgkantoor CIZ ZN CAK Brancheverenigingen Cliëntenorganisaties	algemene toezichhouders, stellen regels, budgetten en tarieven vast. verantwoordelijk voor AWBZ-beleid en politiek aansprakelijk coördineert de uitvoering van de AWBZ zorginkoop beoordeling en zorgindicatiestelling aan cliënten behartigt de belangen van de zorgondernemingen verantwoordelijk voor de financiering van de AWBZ zorgaanbieders behartigen de belangen van de zorginstellingen behartigen de belangen van de cliënten		Vanaf 2014: zorgverzekeraar neemt taak zorgkantoor over
zorghuisvesting in eigendom	Puileksmatige actoren	Overheid Provincie Gemeente	stelt regelgeving vast, verder geen invloed stellen provinciale rapporten op naar zorgbehoefte faciliterende rol, stelt beleid op adv provinciale rapporten of eigen gemeentelijke rapporten naar zorgbehoefte afhankelijk van eigen grondposities een proactieve rol		Vanaf 2014: scheiden van wonen en zorg Vanaf 2014: Wmo
zorghuisvesting huren	Puileksmatige actoren	Overheid Provincie Gemeente	stelt regelgeving vast, verder geen invloed stellen provinciale rapporten op naar zorgbehoefte faciliterende rol, stelt beleid op adv provinciale rapporten of eigen gemeentelijke rapporten naar zorgbehoefte afhankelijk van eigen grondposities een proactieve rol voorkeur voor huur van maatschappelijke partij		Vanaf 2014: scheiden van wonen en zorg Vanaf 2014: Wmo
Financieringsstelsel					
zorghuisvesting in eigendom en zorghuisvesting huren	Beschikbaar investeringsbedrag	NHC ZZP	investeringsbedragen afhankelijk van cliënt (zie bijlage 3 voor de uitg, punten) component ZZZP afhankelijk van cliënt (zie bijlage 2 voor onderdelen ZZZP)		Vanaf 2018: integraal tarief ZZZP en NHC
zorghuisvesting in eigendom en zorghuisvesting huren	Contracteerruimte	Bandbreedte	ZZP: 94% - 100% 10% NHC: 94% - 100%		Overgangsfase NHC naar contracteerruimte: 2013: 20%, 2014: 30%, 2015: 50%, 2016: 70% 2017: 85%, 2018: 100%
		Regionaal budget	per jaar verschillend		per jaar verschillend
		Overige vergoedingen	groeiruimte nieuwe zorgprestaties extreme zorgwaarte innovatie aanpak tegen wachtlijsten.		per jaar verschillend
		Toetsingscriteria	beschikbaarheid en toegankelijkheid prijs en doelmatigheid kwaliteit van de zorg managementinformatie en administratieve organisatie, kantgerichtheid en doelgroepen en ketens		Inkoop door zorgverzekeraar
zorghuisvesting in eigendom	Dekking huurlasten	Beschikbare kapitaalvergoeding Overige posten Aanvullende investeringen	NHC: dagtarieven afhankelijk van cliënt en huisvestingsonderdelen(zie bijlage 11) zie bijlage 11 afhankelijk van demarcatieijst		per jaar verschillend
		Bepaling huurtarief	Beschikbare kapitaalvergoeding +/- overige posten - aanvullende investeringen (zie bijlage 11)		per jaar verschillend
Financiering					
zorghuisvesting in eigendom en zorghuisvesting huren	Financieringsonderdelen	Financierder Financieringsmogelijkheid Financieringsaanvraag Businessplan Financieringsvormen	Financierder uit maatschappelijk oogpunt: BNG / DNW Bank afhankelijk, uitg.punt: projectgebonden financiering geborgde financiering via WFZ ongeborgde financiering toetsing op organisatie- en projectniveau voortfinanciering, lange lening en rentederivaten		Vanaf 2018: strengere regels ten aanzien van de eigen liquiditeit en solvabiliteit middels de Basel III regeling.
zorghuisvesting in eigendom en zorghuisvesting huren	Voorwaarden financiering	Project en bank afhankelijk	zie bijlage 7 voor volledig overzicht		



Zorg. Ondernemen. Huisvesten.

Farshad Boin
06 14131827

Estea
Galileilaan 23c
Postbus 130, 6710 BC Ede
Telefoon (0318) 64 17 27
Email info@estea.nl
www.estea.nl