

# Bouw en Diversiteit van Wonen

# 1 Voorwoord

Deze inventarisatie brengt de eerste effecten in kaart van het nieuwe beleid met betrekking tot bouw en het gebruik van vastgoed in de zorg. Deze inventarisatie is één van de zes inventarisaties van het traject 'Werken aan de zorg'.

Dit voorjaar kwam het thema kosten en kwaliteit aan de orde, de komende tijd volgen andere deelonderzoeken die de effecten van het beleid inzichtelijk maken rond de thema's administratieve lasten, de aantrekkelijkheid van de arbeidsmarkt, de rol van de zorgvrager en tot slot waardecreatie.

Wij wensen u veel leesplezier toe en hopelijk tot ziens op de debatdag!

Plexus en BKB  
[www.werkenaandezorg.nl](http://www.werkenaandezorg.nl)

Breukelen, september 2010

## Inhoud

### 7 Leeswijzer

### 8 2 Management samenvatting

9	2.1	Van aanbod- naar vraagsturing: ook in de bouw
12	2.2	Extramuralisering en kleinschalig wonen; doelen en uitgangspunten
13	2.3	Overige beleidsinitiatieven in de care: kleinschalig wonen, eenpersoonskamers
15	2.4	Vraagstelling rapportage
15	2.5	Aanpak om vraagstelling te beantwoorden
16	2.6	Beleid leidt tot doelmatiger bouw en gebruik van vastgoed, besparing € 300 – € 390 mln per jaar in de cure. Effect care (nog) niet kwalificeerbaar
20	2.7	Terugbetaalcapaciteit is doorslaggevend in business case
20	2.8	De solvabiliteit ligt onder de marktconforme grens, maar is niet onoverkoombaar voor financiers
21	2.9	Extramuralisering: bekostiging care moet andersom
22	2.10	Functionaliteit voor de patiënt neemt toe door meer eenpersoonskamers
23	2.11	Kleinschalig wonen neemt toe, maar nog steeds beperkt
23	2.12	Onduidelijkheden wegnemen is gewenst
23	2.13	Risicodragend kapitaal: wel of niet gewenst?
26	2.14	Het veld aan zet om de zorg te vernieuwen door innovatieve bouwconcepten

### 27 3 Nieuw bouwbeleid in de Nederlandse zorg

28	3.1	Van aanbod- naar vraagsturing: ook in de de bouw
30	3.2	Extramuralisering en kleinschalig wonen; doelen en uitgangspunten
32	3.3	Overige beleidsinitiatieven in de care: kleinschalig wonen, eenpersoonskamers
33	3.4	Beleidsvoornemen: wooncomponent gaat uit de AWBZ door scheiden van wonen en zorg
34	3.5	Vraagstelling rapportage
34	3.6	Aanpak om vraagstelling te beantwoorden
35	3.7	Verdere opbouw rapportage

### 36 4 Effecten afschaffing bouwregime: van maximalisatie naar optimalisatie

37	4.1	Stijgend aantal vergunningen in de periode 2000 – 2008
39	4.2	Bouwvolume in de zorg neemt toe
42	4.3	Beleid leidt tot doelmatiger bouw en gebruik van vastgoed, besparing € 300 – € 390 mln per jaar in de cure. Effect care (nog) niet kwalificeerbaar
49	4.4	Andere regels na afschaffing bouwregime
50	4.5	Financiers en WFZ stellen andere eisen en rekenen risico-opslag
55	4.6	Casussen
56		Casus Gemini
64		Casus Isala
68	4.7	Conclusie effecten nieuw bouwbeleid

### 69 5 Effecten specifiek bouwbeleid

70	5.1	Extramuralisering in de GGZ, V&V en GHZ nog beperkt
73	5.2	Functionaliteit voor de patiënt neemt toe door meer eenpersoonskamers
76		Casus Stichting Groenhuysen
79	5.3	Kleinschalig wonen neemt toe, maar nog steeds beperkt
82		Casus Estinea
84		Casus Nederweert
88	5.4	Toekomstige vraag naar aangepaste woningen door extramuralisering neemt toe

### 90 6 Onduidelijkheden in huidige beleid

91	6.1	De onduidelijkheden opgesomd
----	-----	------------------------------

## 94 **7 Bouwen in de zorg: doorgaan op de ingeslagen weg, met wegnemen van onduidelijkheden**

95	7.1	Versnel ingezette koers; neem resterende onduidelijkheden weg
95	7.2	Risicodragend kapitaal: wel of niet gewenst?
98	7.3	Extramuralisering kan gestimuleerd worden via andere bekostiging
100	7.4	Mogelijkheden voor het veld om de zorg te vernieuwen door innovatieve bouwconcepten

## 101 **Referenties**

103	Bijlage I:	Nieuw beleid
105	Bijlage II:	Interview onderwerpen
106	Bijlage III:	Overzicht met deelnemende organisaties aan interviews
107	Colofon	

# Leeswijzer

In deze leeswijzer beschrijven we hoe deze rapportage is opgebouwd. De rapportage begint met de management samenvatting. In de management samenvatting zijn de belangrijkste conclusies opgenomen.

De rest van het rapport is als volgt ingedeeld:

- Hoofdstuk 3 bespreekt het nieuwe bouwbeleid in de zorg;
- Hoofdstuk 4 gaat in op de effecten van het afschaffen van het bouwregime;
- Hoofdstuk 5 behandelt de effecten van het inzetten op extramuralisatie en diversiteit van wonen;
- Hoofdstuk 6 gaat in op de huidige onduidelijkheden in het beleid;
- Hoofdstuk 7 bespreekt de toekomst van het nieuwe bouwbeleid en bespreekt hoe de extramuralisering verder is vorm te geven.

Tot slot is er een drietal bijlagen opgenomen in deze rapportage:

- Bijlage I: korte achtergrond beleid van vraagsturing in de Nederlandse zorg;
- Bijlage II: de gebruikte onderwerpenlijst voor de interviews;
- Bijlage III: een overzicht van geïnterviewden.

## 2 Management samenvatting

Deze management samenvatting bespreekt de belangrijkste bevindingen uit dit rapport. We beginnen met het beschrijven van de ingezette beleidsveranderingen in de bouw. Vervolgens beschrijven we onze vraagstellingen en aanpak. We sluiten af met de resultaten van deze inventarisatie.

### 2.1 Van aanbod- naar vraagsturing: ook in de bouw

De zorg is momenteel in transitie van een aanbod- naar een vraaggestuurd stelsel. De reden voor deze beleidswijziging was dat het oude zorgstelsel onvoldoende tegemoet kwam aan de zorgvraag van patiënten. Dit uitte zich in een aantal knelpunten, zoals beperkte keuzemogelijkheden, onvoldoende samenhang en gebrekkige aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag (VWS, 2001). Dit leidde tot drie belangrijke veranderingen:

- Een 'nieuw zorgstelsel' met de komst van de Zorgverzekeringswet (ZVW) in 2006;
- Overgang van instellingsgerichte naar functiegerichte omschrijvingen in de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) in 2003;
- Een grotere rol voor gemeenten met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in 2007.

Doel van de beleidswijzigingen is een meer vraaggestuurde inrichting van de gezondheidszorg teneinde meer doelmatig, patiëntgerichte en kwalitatief hoogwaardige zorg te realiseren. Voor een uitgebreide achtergrond van bovengenoemde beleidsinitiatieven en de onderscheidende uitgangspunten verwijzen we naar bijlage I.

Belangrijk onderdeel van een vraaggericht stelsel is dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor hun productie en investeringen, waaronder het vastgoed dat een substantieel deel uitmaakt van de bestedingen en investeringsruimte die een zorginstelling heeft. Daarnaast heeft het vastgoed zowel in de care als de cure een belangrijke invloed op de (on)mogelijkheden van het afstemmen van het zorgaanbod op de zorgvraag. Zo kan een verblijf in een eenpersoonskamer in een verzorgingshuis bijdragen aan de kwaliteit van zorg. En een efficiënte logistiek voor patiënt en personeel in een ziekenhuis kan alleen bereikt worden met een daarvoor ingericht gebouw. Deze twee redenen vormden de aanleiding tot hervorming van het bouwbeleid in de zorg (VWS, 2006a).

## 2.1.1 Wet Toelating Zorginstellingen: doelen en uitgangspunten nieuwe beleid

Tot 2006 was de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) van kracht waarin het zogenoemde bouwregime is opgenomen; instellingen dienden bouwplannen in bij het College Bouw (CBZ). Indien het CBZ een vergunning afgaf en de bouwinvestering in het budget van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) paste, kon de zorgaanbieder starten met de bouw. Zorginstellingen hadden geen zorgen over de kapitaallasten van het nieuwe gebouw, omdat na afgifte van de vergunning kapitaallasten volledig werden vergoed (ex post) via zogenaamde nacalculatie.

In de 'kapitaallastenbrief' uit 2005 staat omschreven wat de reden was om dit beleid aan te passen volgens de visie van het (toenmalige) kabinet (VWS, 2005):

*"De capaciteit van de intramurale zorgverlening komt in Nederland voort uit particulier initiatief en niet uit een door de overheid zelf gepland en uitgevoerd bouwprogramma. Wel bepaalt de overheid het tempo waarin de particuliere initiatieven mogen worden gerealiseerd. Dit gebeurt om een beheerste groei van de kosten mogelijk te maken. Een nadeel van het huidige systeem is de bureaucratische regelgeving. Verder leidt de budgetzekerheid van de instellingen tot bestaanszekerheid, waardoor zij minder kostenbewust en doelmatig handelen. Hierdoor worden potentiële productiviteitsverbeteringen niet gerealiseerd."*

Naar aanleiding van bovengenoemde nadelen kiest het kabinet voor sterkere doelmatigheidsprijkkels voor instellingen en minder directe sturing vanuit de overheid. Dit nieuwe beleid komt tot uiting in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), de opvolger van de WZV. Het doel van de WTZi is het geven van meer vrijheden en verantwoordelijkheden aan de intramurale sectoren in de gezondheidszorg (VWS, 2005). Concreet betekent dit twee dingen:

De kapitaallasten worden onderdeel van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) en Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's). Zo ontstaan integrale tarieven en zorgaanbieders zijn daarmee risicodragend over hun vastgoedinvesteringen;

- Het 'bouwregime', oftewel het vergunningstelsel van het CBZ wordt afgeschaft. Zorgaanbieders bouwen voor 'eigen rekening' en beslissen zelf wanneer zij willen starten met nieuwbouw of renovatie.
- Door het nieuwe bouwbeleid<sup>1</sup> worden zorgaanbieders geconfronteerd met het feit dat ze kapitaallasten zelf moeten terugverdienen en hier zelf ook risico voor dragen. Het aanvragen van een vergunning bij het CBZ is niet langer nodig. Hiermee beoogt het kabinet lagere administratieve lasten en een grotere ondernemingsvrijheid om zo doelmatiger en meer vraaggericht gebruik van vastgoed te stimuleren (RVZ, 2006)(VWS, 2007a).

## 2.1.2 Nieuwe bouwprikkels in de care en de cure

Het bouwregime is op 1 januari 2008 afgeschaft voor de ziekenhuissector, op 1 januari 2009 volgden de curatieve GGZ en intramurale AWBZ. Hieronder beschrijven we de effecten van deze nieuwe prikkels in de cure en de care (VWS, 2007b; VWS, 2008a; VWS, 2008d).

### 2.1.2.1 Nieuwe bouwprikkels in de cure

Voor de ziekenhuizen betekent het nieuwe bouwbeleid dat zij stapsgewijs (met 25% per jaar vanaf 2009) risicodragend worden in het B-segment, wat momenteel 34% van de DBC's is (NZa, 2007). Dit houdt in dat zij in 2012 voor de 34% van het huidige B-segment onderhandelen met de zorgverzekeraar over de hoogte van de kapitaallasten vergoeding in het B-segment. De nacalculatie voor het A-segment loopt door totdat de overgang op prestatiebekostiging is voltooid.

### 2.1.2.2 Nieuwe bouwprikkels in de care

In tegenstelling tot de cure krijgen zorginstellingen die intramurale AWBZ zorg leveren tot nu toe nog steeds een volledige nacalculatie van kapitaallasten. Het beleidsvoornemen is de kapitaallasten te vergoeden via een Normatieve Huisvesting Component (NHC) (NZa, 2010). Dit houdt in dat er een opslag voor kapitaallasten komt bij iedere ZZP.

Naast het feit dat instellingen in de care nog niet risicodragend zijn voor de kapitaallasten zijn er nog twee belangrijke verschillen met de cure, die ertoe leiden dat de bouwprikkels in de care anders zijn dan in de cure.

Het eerste verschil bestaat eruit dat de AWBZ-zorg volledig gebudgetteerd is via de zorgkantoren. Dit houdt in dat zorginstellingen min of meer verzekerd zijn van de omzet uit zorg de daarmee samenhangende kapitaallasten vergoeding. In de cure is dat anders omdat zorginstellingen in de cure niet verzekerd zijn over hun omzet over het B-segment. Aanbieders in de cure zijn voor dit deel dubbel risicodragend: enerzijds dragen zij risico over de hoogte van de kapitaallasten vergoeding die tot stand komt via onderhandelingen en anderzijds lopen zij risico over óf zij überhaupt de beoogde omzet realiseren.

1 } In deze rapportage gebruiken we de term 'het nieuwe bouwbeleid'. Hier wordt gerefereerd aan het afschaffen van het vergunningstelsel en de risicodragendheid van zorgaanbieders voor vastgoedinvesteringen

Het tweede verschil tussen de care en cure wordt veroorzaakt door de aard van de bouwprojecten. In de cure wordt meestal een volledig ziekenhuis nieuw gebouwd dan wel gerenoveerd. In de care hebben zorgaanbieders vaak meerdere (kleinere) gebouwen in bezit die beurtelings vernieuwd of gerenoveerd worden. Dit verschil leidt ertoe dat de effecten van het nieuwe bouwregime op de manier van bouwen op de korte termijn beter waarneembaar zijn in de cure dan de care. Immers, wanneer men een nieuw ziekenhuis bouwt vervangt men in feite 100% van de vastgoedportefeuille, terwijl dat bij care instellingen meer geleidelijk gaat.

## 2.2 Extramuralisering en kleinschalig wonen; doelen en uitgangspunten

Naast het afschaffen van het bouwregime is in de care ook beleid ingezet op extramuraliseren van zorg. Extramuralisering, oftewel het 'buiten de muren van instellingen verlenen van zorg', is een trend sinds de jaren '80, waarbij de patiënt 'dichtbij huis en met zo min mogelijk verbreking van sociale contacten wordt geholpen' (VWS, 1984).

### 2.2.1 Extramuralisering vindt plaats in verschillende sectoren

De extramuralisering begon in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) met als doel de leefomstandigheden van chronisch psychiatrische patiënten te verbeteren en ze meer te laten deelnemen in de samenleving. In de andere sectoren, Verpleging & Verzorging (V&V) en de Gehandicapten zorg (GHZ) deden zich soortgelijke ontwikkelingen voor met elk een eigen voorkeursbenaming. De ouderenzorg gebruikte de term substitutie; zorg en begeleiding die intramuraal werden aangeboden, werden vervangen door extramuraal arrangementen. In de GHZ is er ook sprake van deconcentratie; afbouw van grote intramuraal voorzieningen en het daarmee deconcentreren van (nog steeds) intramuraal zorg (SCP, 2006).

In de nota Zicht op Zorg staan de uitgangspunten voor de modernisering van de AWBZ. Een van de doelen is extramuralisering, breder geformuleerd als 'vermaatschappelijking van zorg thuis of dichtbij huis in de eigen woon- en leefomgeving' en 'daarmee komt de gewenste ontkokering binnen de AWBZ en de samenhang met aanpalende sectoren, zoals wonen, welzijn, gezondheid, onderwijs en arbeid in beeld' (VWS, 1999).

De brief Zorg op Maat licht dit beleidsvoornemen verder toe: (VWS, 2001b) *'Gestimuleerd en ondersteund wordt dat bij nieuw aanbod sprake is van arrangementen van zelfstandig wonen met zorg op maat. Ook bij vervangende nieuwbouw en verbouw van bestaand zorgaanbod moet de voorkeur worden gegeven aan arrangementen van zelfstandig wonen met zorg op maat, tenzij blijkt dat een gedeconcentreerde extramuraal wijze van zorgverlening in de lokale situatie niet haalbaar is.'*

In deze en volgende brieven worden maatregelen geschetst om extramuralisatie mogelijk te maken (VWS en VROM, 2001)(VWS, 2005b)(VWS, 2009). Deze maatregelen lichten we in de volgende paragraaf toe.

### 2.2.2 Maatregelen om extramuralisering vorm te geven

Er zijn meerdere subsidieregelingen, actieplannen en stimuleringsprogramma's ontwikkeld om extramuralisatie te bevorderen (Research voor beleid, 2008; RIVM, 2003; VWS, 2005b)<sup>2</sup>. Hieronder bespreken we de voor deze inventarisatie belangrijkste beleidsregels (in de voetnoot staan de verschillende aanvullende subsidieregelingen).

- **Beleidsregel Zorginfrastructuur (NZa 2008):** Deze regeling maakt het mogelijk dat mensen met een zorgvraag zoveel mogelijk thuis 24-uurszorg kunnen ontvangen vanuit zogenoemde zorgsteunpunten. Een zorgsteunpunt biedt mogelijkheden voor het contact met hulpverleners, voor ontmoeting of samen eten. De regeling vergoedt de kosten van zorgsteunpunten en technologische voorzieningen voor het leveren van 24-uurszorg (Aedes-Arcaris, 2006).
- **Het Volledig Pakket Thuis:** Dit bestaat sinds 1 juli 2007 en is bedoeld voor mensen met een ZZP-indicatie met 'verblijf'. Uitgangspunt is dat patiënten zelf moeten kunnen kiezen waar en hoe ze willen wonen. De instelling kan ook buiten de instelling een integraal pakket van AWBZ-zorg en –voorzieningen leveren. Dit stimuleert zelfstandig wonen en vergoot de keuzevrijheid (VWS, 2005b). Daarnaast wordt met het VPT het effect van de extramuralisering voor gemeenten zoveel mogelijk beperkt. Gemeenten draaien anders via de WMO deels op voor de kosten van langer thuisblijvende burgers (VWS, 2009).

## 2.3 Overige beleidsinitiatieven in de care: kleinschalig wonen, eenpersoonskamers

Naast het afschaffen van het bouwregime en de extramuralisering zijn er verschillende beleidsinitiatieven in de care op het gebied van kleinschalig wonen en eenpersoonskamers. Hieronder beschrijven wij deze initiatieven.

2 } De verschillende maatregelen voor extramuralisering zijn: Stimuleringsprogramma Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ) uit 2000, Woonzorgstimuleringsregeling (WZSR) o.a. met subsidie voor bijvoorbeeld zorginfrastructuur, persoonsgebonden budget uit 2003, subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg uit 2004, Actieplan 'Investeren voor de toekomst' uit 2004, Actieplan 'Beter (t)huis in de buurt' uit 2007 met o.a. levering van VPT door thuiszorginstellingen (Hollander, 2008).

### 2.3.1 Kleinschaligheidsregeling voor projecten tot en met 50 plaatsen

Voor kleinere projecten is een kleinschaligheidsregeling van toepassing, waarmee kleinschalige groepswoningen buiten het CBZ om gebouwd of verbouwd kunnen worden en er geen volledige contracteerplicht van toepassing is (NZa, 2008a). Er is sprake van een normatieve jaarlijkse vergoeding voor kapitaallasten, gebaseerd op investeringskosten volgens bouwstaven van het Bouwcollege<sup>3</sup>. Kleinschalig betekent maximaal 24 plaatsen 'zwaar' of 50 plaatsen 'licht'<sup>4</sup>. Deze regeling gold voorheen al (in wat beperktere vorm) in de gehandicaptenzorg en voor RIBW-en (regionale instellingen voor beschermd wonen). Om kleinschalig wonen te stimuleren teneinde een betere kwaliteit van leven voor ouderen te bewerkstelligen is de regeling inmiddels verruimd naar alle sectoren (Aedes-Arcades, 2005).

### 2.3.2 Stimuleringsbeleid van eenpersoonskamers

Het ministerie van VWS van stimuleert en monitort de afbouw van meerbedskamers in verpleeghuizen (VWS, 2008c). Door ouderen een eigen kamer of met een partner te laten bewonen, wil ze bijdragen aan de privacy en een verhoogde kwaliteit van leven. Alleen in de jaren in 2006-2007 is reeds € 716 miljoen geïnvesteerd in het afbouwen van de meerpersoonskamers.

Daarnaast vindt een soortgelijke ontwikkeling in de gehandicaptensector plaats. Hier schoten gebouwen tekort op de functionaliteit, namelijk:

- Te weinig sanitaire voorzieningen;
- Te grote groepsgrootte (norm is zes personen);
- Te kleine éénpersoonskamers (van < 10 m<sup>2</sup>).

(VWS, 2008e) Hier was in 2006–2007 een bedrag van € 235 miljoen mee gemoeid.

3 } Hierbij is rekening gehouden met een levenscyclus van 40 jaar (in plaats van de gebruikelijke 50 jaar), jaarlijks instandhoudingsinvesteringen van 0,8% van de oorspronkelijke investering, een bedrag van 50% van de oorspronkelijke investering t.b.v. incidentele instandhouding (grote renovatie) en er is rekening gehouden met een onderbezetting van 3%.

4 } 'Licht' zijn met name mobiele doelgroepen zonder gedragsproblematiek waarvoor normale woningbouw gerealiseerd wordt. 'Zwaar' betreft groepswoningen waarvoor specifieke voorzieningen nodig zijn, meestal voor minder mobiele doelgroepen of groepen met gedragsproblematiek.

## 2.4 Vraagstelling rapportage

De beschreven beleidswijzigingen maken instellingen uit alle sectoren risicodragend voor hun bouwinvesteringen en stimuleren bouw van kleinschalige wooneenheden in de wijk. Gelet op het deels verschillende beleid en daaruit voortvloeiende prikkels in de cure en de care splitsen we de vraagstellingen van deze rapportage deels op langs deze twee sectoren. In deze rapportage beantwoorden we de volgende vragen:

- **Care en Cure:**
  - Wat is de (eerste) impact van het afschaffen van het bouwregime in termen van doelmatigheid, regelgeving en eisen die financiers stellen?
  - Hoe ontwikkelt het bouwvolume zich de laatste jaren?
- **Care:**
  - Wat zijn de effecten van het beleid dat inzet op extramuralisatie, kleinschalig wonen en eenpersoonskamers?

## 2.5 Aanpak om vraagstelling te beantwoorden

Om bovenstaande vragen te beantwoorden hebben we kwalitatief en kwantitatief onderzoek uitgevoerd. In onderstaande paragrafen lichten we onze aanpak toe.

### 2.5.1 Kwalitatief: interviews en casussen

We hebben 24 semi-gestructureerde<sup>5</sup> interviews uitgevoerd met verschillende actoren in het veld<sup>6</sup>;

- Zorgaanbieders<sup>7</sup> die recent bouw(plannen) gerealiseerd hebben uit de care (GGZ, GHZ, verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T) en cure (ziekenhuizen);
- Alle brancheverenigingen uit bovengenoemde zorgsectoren;
- Financiers;
- De Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa) en het Waarborgfonds (Wfz).

5 } Er is gebruik gemaakt van een onderwerpenlijst, zie bijlage II

6 } Voor een overzicht van de geïnterviewde partijen, zie bijlage III

7 } Selectie van zorgaanbieders heeft plaatsgevonden aan de hand van online zoekstrategie in diverse media zoals Zorgvisie, Medisch contact, NRC, de Volkskrant, etc.

Een aantal interviews gaf aanleiding om het besprokene verder uit te werken omdat de casuïstiek van die zorginstelling goed in beeld brengt welke gedragsverandering de beleidspraktijk in de praktijk teweeg brengen. De in deze rapportage opgenomen casusbeschrijvingen zijn tot stand gekomen in samenwerking met de desbetreffende zorgaanbieders.

### 2.5.2 Trendanalyses bouwvolume

Naast het kwalitatieve deel maken we inzichtelijk hoe het bouwvolume zich heeft ontwikkeld aan de hand van trendanalyses, gebaseerd op bestaande data van TNO Bouw, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de NZa.

### 2.5.3 Bevindingen zijn te duiden als 'trends'

In deze rapportage brengen we de ontwikkelingen op het gebied van vastgoedinvesteringen van de verschillende zorgsectoren in kaart in het licht van het gevoerde beleid. Gelet op het feit dat het beleid slechts enkele jaren van toepassing is, duiden we onze bevindingen als 'trends'. Slechts een beperkt aantal instellingen heeft namelijk onder het nieuwe bouwbeleid bouwplannen ontworpen c.q. bouw gerealiseerd. De toekomst moet uitwijzen in hoeverre de geconstateerde trend zich in dezelfde omvang doorzet.

## 2.6 Beleid leidt tot doelmatiger<sup>8</sup> bouw en gebruik van vastgoed, besparing € 300 – € 390 mln per jaar in de cure. Effect care (nog) niet kwantificeerbaar

In deze paragraaf lichten we toe hoe het beleid heeft bijgedragen aan het meer doelmatig gebruik van vastgoed op basis van de gevoerde interviews.

### 2.6.1 Effectiever gebruik van vierkante meters door nieuw beleid

Door de risicodragendheid van zorgaanbieders vertalen extra vierkante meters zich direct in hogere exploitatiekosten. Dit leidt ertoe dat zorgaanbieders een afweging moeten maken hoeveel vierkante meters werkelijk noodzakelijk zijn bij de levering van hun zorg.

8} We spreken in deze rapportage over doelmatige bouw als er minder kosten gemaakt worden dan in de oude situatie, terwijl men nog steeds dezelfde zorgvraag vervult.

Dit staat in schril contrast met de oude situatie waar zorgaanbieders moesten voldoen aan de prestatie-eisen van het CBZ. Kapitaallasten werden na-gecalculeerd en waren dus in zekere zin 'gratis' voor zorgaanbieders nadat het CBZ zijn goedkeuring had gegeven aan de bouwplannen. Eventuele extra vierkante meters konden dan goed uitkomen, bijvoorbeeld bij groei van de instelling of indien andere (zorg)-functies van het gebouw noodzakelijk waren. Voorheen was het dus handig om zo groot mogelijk te bouwen, dat is nu anders.

### 2.6.2 Nieuw (bouw)beleid leidt tot besparingen in de cure: € 300 mln tot € 390 mln per jaar

Het nieuwe bouwbeleid heeft verschillende effecten tot gevolg. Enerzijds is er sprake van een reductie van het aantal vierkante meters. Tegelijkertijd spelen banken in op de gestegen risico's van leningen. Deze effecten beschrijven we hieronder in meer detail.

- 1 Het nieuwe bouwbeleid heeft een ander bouwgedrag van maximalisatie naar optimalisatie tot gevolg. Dit leidt tot dalingen in het aantal vierkante meters van bouwplannen. Het Gemini ziekenhuis heeft bijvoorbeeld zijn bouwplannen met zo'n 30% gereduceerd van 35.000 naar 25.000 vierkante meter. De andere casus in dit rapport laat een daling van 10% - 15% zien. Een ander ziekenhuis wat niet met naam en toenaam genoemd wil worden laat een daling van 70.000 naar 55.000 vierkante meters zien, een daling van zo'n 23%. De nieuwe panden die onder druk van het nieuwe bouwbeleid kleiner van omvang zijn hebben ook lagere exploitatiekosten, door minder kosten voor energie, onderhoud en schoonmaak.
- 2 Zorginstellingen geven aan dat zij door nieuwe bouwconcepten een efficiëntere logistiek kunnen realiseren. Het Gemini ziekenhuis boekt bijvoorbeeld een winst van 2% in. Dergelijke percentages zijn ook in andere interviews naar voren gekomen. Alhoewel deze winst deels toe te schrijven is aan het nieuwe bouwbeleid, wordt deze winst ook deels veroorzaakt door de gehele vraagsturing in de zorg en een meer resultaat gerichte bekostiging via de DBC-systematiek.
- 3 Tegelijkertijd nemen de risico's in het zorgstelsel voor zorgaanbieders toe. Dit heeft tot gevolg dat:
  - A De risico-opslagen op leningen toenemen
  - B Een bijkomend effect is dat het renteverskil tussen door het Wfz geborgde en ongeborgde leningen toeneemt.

- Deze rentestijgingen doen (een deel van) de volumebesparingen van het aantal vierkante meters teniet, althans voor niet geborgde leningen. Immers, ook onder het nieuwe bouwbeleid is er voor Wfz geborgde leningen sprake van een beperkte risico-opslag.
- Het is niet mogelijk om een permanent 'omslagpunt' te definiëren waarin het besparingseffect onder punt 1 de kostenverhogingen onder punt 3 opheft. Dit komt doordat de variabelen zoals de basis(markt)rente, de risico-opslagen en het percentage zorginstellingen dat financiert door middel van een Wfz geborgde lening voortdurend fluctueren.

### 2.6.2.1 Besparingen op kapitaallasten cure ongeveer € 150 miljoen

Hieronder hebben we een inschatting gemaakt van het financiële effect van het nieuwe bouwbeleid in de zorg, uitgaande van de hierboven beschreven effecten, bij een fictieve willekeurige investering in de cure van € 100 miljoen. We vergelijken de oude situatie met de huidige situatie, waarbij we gebruik maken van een aantal aannamen op basis van onze bevindingen uit interviews en de uitgewerkte casussen.

Figuur 1 Inschatting effecten nieuw bouwbeleid cure op kapitaallasten

Totaal bouwvolume	100 M		80 M <sup>10</sup>	
	Oud beleid percentage borging totale leensom zorg met WFZ 40% <sup>9</sup>	Oud beleid percentage borging totale leensom zorg met WFZ 60%	Nieuw beleid percentage borging totale leensom zorg met WFZ 30%	Nieuw beleid percentage borging totale leensom 70% zorg met WFZ
Bouwvolume met/zonder WFZ	€ 40 M	€ 60 M	€ 30 M * 80% <sup>10</sup> = € 24 M	€ 70 M * 80% <sup>10</sup> = € 56 M
Basismarkrente (uitgaande van april 2010) <sup>11</sup>	3,6%	3,6%	3,6%	3,6%
Renteopslag	0%	0%	0%	0,75%
Effectieve rente	3,6%	3,8%	3,6%	4,35%
Totaal financieringslasten rente	3,6% * € 40 M = € 1,4 M	3,8% * € 60 M = € 2,3 M	3,6% * € 24 M = € 0,9 M	4,35% * € 56 M = € 2,4 M
Aflossing (uitgaande van lineaire aflossing)	€ 3,3 M	€ 3,3 M	€ 2,7 M	€ 2,7 M
Totale kapitaallasten uitgesplitst naar wel/niet WFZ borging	€ 4,7 M	€ 5,6 M	€ 3,6 M	€ 5,1 M
Totaal	€ 10,3 M		€ 8,7 M	

Zoals zichtbaar in figuur 1 leidt het nieuwe bouwbeleid tot een daling van de kapitaallasten van zo'n 15%.<sup>13</sup> Uitgaande van jaarlijks € 1 miljard<sup>14</sup> kapitaallasten, leidt dit tot een besparing op macroniveau van 150 miljoen op jaarbasis. Hierbij moet aangetekend worden dat dit bedrag kan veranderen (omhoog of omlaag), als de verschillende variabelen (zoals de risico-opslag, het percentage deelnemers aan het Wfz en/of de basismarkrente) en de in bovenstaande tabel veranderen.

### 2.6.2.2 Besparingen door doelmatigere inrichting primaire proces cure € 200 – 240 miljoen

Tegelijkertijd blijkt dat bijvoorbeeld het Gemini ziekenhuis 2%<sup>15</sup> doelmatigheids-winst boekt via betere logistiek van het primaire proces door een slimmer bouwconcept onder druk van het nieuwe beleid. Als we dit effect extrapoleren, uitgaande van € 11,9 miljard<sup>16</sup> totale omzet van Nederlandse ziekenhuizen leidt dit tot een additionele besparing van zo'n € 200 - 240 miljoen per jaar. Samen met de eerdere besparing op de kapitaallasten van zo'n € 150 miljoen komen we uit een besparing van € 300 - 390 mln per jaar.

Hierbij moet aangetekend worden dat deze besparing deels door het nieuwe bouwregime, maar deels ook door het beleid van vraaggerichte DBC-bekostiging gerealiseerd wordt. Immers, ziekenhuizen hebben er nu belang bij om zo doelmatig mogelijk te werken in het primaire zorgproces. Een zo optimaal mogelijk ontworpen gebouw onder invloed van het nieuwe bouwbeleid, kan de wens tot doelmatigheid van het primaire proces verder stimuleren.

### 2.6.2.3 Mogelijk additionele besparingen cure die nog niet kwantificeerbaar zijn

Mogelijk is er ook nog sprake van additionele besparingen wanneer door strengere eisen vanuit financiers sommige investeringen uiteindelijk niet doorgaan. Op deze korte termijn is dit (eventuele) effect echter nog niet te kwantificeren. Daarnaast is het ook denkbaar dat doordat ziekenhuizen minder 'extra' ruimte hebben dan voorheen, dit ook een remmend effect kan hebben op aanbod geïnduceerde vraag. Tot slot zijn de besparingen op de exploitatiekosten van het gebouw door lagere kosten voor onderhoud en energie ook nog niet opgenomen in deze berekening.

Anderzijds leidt de uitstel van de bouw van ziekenhuizen tot een uitstel van de mogelijke doelmatigheidswinst (zie paragraaf 4.3.2.2.) bijvoorbeeld door een betere logistiek van deze ziekenhuizen. Dit leidt op korte termijn voor deze ziekenhuizen dus tot een verliespost. Daarnaast bestaat ook het risico dat ziekenhuizen onder druk van het nieuwe bouwbeleid (te) klein bouwen, waardoor als zij het nieuwe pand te weinig flexibel hebben ingericht mogelijk eerder moeten ver- of nieuwbouwen, wat kan leiden tot kosten verhogingen die de eventuele besparing door afstel van bouw doen verminderen.

9 } Inschatting op basis van jaarverslagen Wfz 2000-2009 en interviews.

10 } Op basis van interviews en uitgewerkte casussen komen we tot een besparing in bouwvolume en daarmee bouwkosten van 20% in de cure.

11 } Bron: Wallich & Matthes.

12 } Bron: interviews financiers.

13 } Berekening 15% besparing: 1-(8,7/10,3).

14 } Uitvoeringstoets van budget naar prestatie, NZa november 2009.

15 } Conservatieve schatting zie casus Gemini.

16 } Uitvoeringstoets van budget naar prestatie, NZa november 2009.

### 2.6.2.3 Financiële effecten in de care nog niet te kwantificeren

Ook in de care blijkt dat het nieuwe bouwbeleid effect sorteert: ook hier zijn zorgaanbieders bezig met het ontwikkelen van andere, meer doelmatige bouwconcepten. Een kwantificering van dit effect is echter lastig door de andere aard van de bouwprojecten in de care dan in de cure, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Waar ziekenhuizen vaak in een keer hun totale vastgoedportefeuille vervangen, gebeurt dit in de care stapsgewijs en zijn de effecten dus pas zichtbaar na langere tijd. Daarnaast zijn de prikkels ten aanzien van de risicodragendheid in de care ook minder aanwezig dan in de cure en is er dus ook minder effect te verwachten op deze termijn. Tegelijkertijd is er ook in de care een stimuleringsbeleid gevoerd en is ingezet op het afbouwen van eenpersoonskamers. Daarnaast heeft de samenwerking met woningcorporaties juist meer vierkante meters tot gevolg, aangezien op die manier de woningen meer toekomstbestendig zijn ingericht (zie bijvoorbeeld casus Groenhuysen).

## 2.7 Terugbetaalcapaciteit is doorslaggevend in business case

De belangrijkste eis die financiers stellen is dat instellingen een (realistische) business case hebben. Met een business case moeten zorgaanbieders aantonen dat de toekomstige cash flow voldoende is om de kapitaallasten te dragen. De business case moet gebaseerd zijn op realistische aannames op het gebied van marktontwikkelingen, positionering en demografie. Een van de eisen die banken stellen is de zogenaamde 'Debt Service Coverage Ratio'. Dit houdt in dat de cash flow van een zorginstelling altijd een bepaald minimum niveau moet overstijgen. Als dit niet het geval is, dan kan de bank nadere eisen stellen.

Geïnterviewde instellingen vinden het haalbaar om een goede business case op te leveren. Vaak wordt een externe partij in de arm genomen voor het begeleiden hiervan. Wel geven banken en zorgaanbieders aan dat het opstellen van business cases nog onwennig is. Banken en zorgaanbieders merken ook op dat steeds meer zorgaanbieders bekend zijn met de nieuwe eisen van financiers.

## 2.8 De solvabiliteit ligt onder de marktconforme grens, maar is niet onoverkoombaar voor financiers

De solvabiliteit is het eigen vermogen gedeeld door het vreemd vermogen (CBS, 2009; NZa, 2009a). Het is een indicator voor de financiële weerbaarheid van ondernemingen. Een hoge solvabiliteit betekent relatief veel eigen vermogen en een grotere buffer in tijden van financiële tegenslag.

Financiers geven aan dat solvabiliteit weliswaar een indicator is voor financiële gezondheid, maar slechts beperkte garanties biedt. Door financiële tegenvallers kan het opgebouwde eigen vermogen snel slinken. Inkomsten en productie op de langere termijn worden dan belangrijker, evenals de strategische visie en het vertrouwen in het management, Raad van Bestuur en professionals om dat te bereiken.

## 2.9 Extramuralisering: bekostiging care moet andersom

In zowel de GGZ, de GHZ als de VV&T is er ondanks de verschillende subsidie-regelingen sprake van een beperkte mate van extramuralisering die (groten)deels veroorzaakt lijkt te worden door de huidige manier van bekostigen in de AWBZ.

- 1 Momenteel vindt bekostiging in de care plaats via verschillende zorgfuncties (zoals verblijf, persoonlijke verzorging, begeleiding, etc.) of ZZP's. Alhoewel de manier van bekostiging via ZZP's doelmatigheid van zorgproducten stimuleert, hebben alle zorgaanbieders de prikkel om deze afzonderlijke zorgproducten zorg (zowel intra- als extramuraal) zoveel mogelijk aan te bieden. Terwijl het zowel voor patiënt en maatschappij wenselijk is dat zoveel mogelijk zorg, extramuraal, in de eigen omgeving plaatsvindt. Om deze extramuralisering te stimuleren is een andere bekostiging van de zorg in de care gewenst, die aan drie randvoorwaarden moet voldoen:
- 2 De eerste randvoorwaarde is dat de financiering van zowel de intra- als extramuraal zorg bij één partij ligt. In bijvoorbeeld de GGZ remt het schot in de financiering tussen AWBZ en ZVW het tot stand komen van een absolute extramuralisatie.
- 3 Het scheiden van wonen en zorg zal waarschijnlijk rationalisatie van de intramurale zorgconsumptie tot gevolg hebben, aangezien draagkrachtige patiënten in dat geval meer dan nu de financiële gevolgen van intramuraal wonen ervaren en het hen zal prikkelen om langer thuis te blijven wonen als zij dit willen en kunnen. Daarom is het wenselijk om dit beleidsvoornemen daadwerkelijk in de praktijk te brengen. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het aantal draagkrachtige patiënten in de langdurige GGZ en GHZ zeer beperkt is. Voor deze patiënten zal het scheiden van wonen en zorg dus geen financieel effect ondervinden en het scheiden van wonen en zorg geen rationalisatie tot gevolg hebben. Echter in de verpleging en verzorging heeft deze maatregel vermoedelijk meer effect aangezien het aandeel draagkrachtige patiënten hoger ligt.
- 4 Het moet voor zorginstellingen in de care aantrekkelijker worden om extramuraal zorg te leveren ten koste van intramuraal zorg. Om deze prikkel in de bekostiging in te bouwen zijn verschillende varianten denkbaar die elk zijn eigen voor- en nadelen hebben. Hieronder beschrijven we een mogelijke nieuwe bekostiging:

Een goede variant is het verbeteren van de huidige productstructuur in de intra- en extramurale zorg in de richting van meer integrale, kwaliteit- en doelmatigheidsstimulerende financiering, met handhaving van het 'schot' tussen intramuraal en extramuraal (zie ook Werken aan de Zorg: Kosten en Kwaliteit). Extramuraal zorgaanbieders kunnen dan extra worden beloond, indien zij aantoonbaar erin slagen meer patiënten extramuraal te laten verblijven, met het tegelijkertijd realiseren van een hoge (ervaren) kwaliteit van zorg.

Dit zou inhouden dat de kwaliteit van bijvoorbeeld thuiszorgaanbieders deels beoordeeld wordt op basis van hoe lang hun patiënten zelfstandig kunnen blijven wonen. Door selectief in te kopen op basis van de conversieratio naar intramurale zorg van de verschillende extramuraal aanbieders, kan de intramurale zorgconsumptie beperkt worden.

In dit model zijn er risico's dat de extramuraal zorgaanbieders terughoudend worden met het doorverwijzen naar intramurale zorginstellingen. Door goed en transparant patiëntenervaring te meten is dit risico echter nihil. Op deze wijze is het mogelijk om extramuralisering van de zorg in de care te stimuleren en daarmee patiënten in de gelegenheid stellen om zorg meer in de eigen omgeving te krijgen.

## 2.10 Functionaliteit voor de patiënt neemt toe door meer eenpersoonskamers

Zowel in de cure als in de care is de laatste jaren een trend waarneembaar van meer eenpersoonskamers. Het blijkt dat bewoners van verpleeghuizen steeds vaker gebruik kunnen maken van eenpersoonskamers. In 1992 was 35% van de kamers eenpersoons, in 2007 is het aantal eenpersoonskamers gestegen naar 79%. Ook zijn er nauwelijks nog kamers voor 5 personen of meer (zie figuur 14). Wel is nog steeds meer dan 20% van de kamers bestemd voor 2 of meer personen. Dit houdt in dat nog steeds 38% van de patiënten in V&V instellingen op meerpersoonskamers woont.

Uit interviews blijkt dat ook in de cure een ontwikkeling naar meer eenpersoonskamers gaande is. Een aantal zorginstellingen geven aan dat het bouwen van eenpersoonskamers de doelmatigheid van het primaire proces kan bevorderen. Hieronder een citaat uit een van de interviews:

*“Eenpersoons kamers zijn duurder bij de bouw dan meerpersoonskamers. Wij verwachten echter uiteindelijk winst te behalen door een daling van het aantal ziekenhuisinfecties doordat patiënten niet met elkaar op één kamer liggen en een hoger comfort van patiënten. Dit moet leiden tot een kortere ligduur door een snellere genezing.”*

Dit citaat maakt duidelijk dat een succesvol 'bouwdossier' essentieel is voor het realiseren van kwalitatief hoogwaardige, doelmatige zorg. Een (succesvol) nieuw bouwbeleid is dus noodzakelijk om óók de operationele doelmatigheidswinst zorgstelselbreed te realiseren.

## 2.11 Kleinschalig wonen neemt toe, maar nog steeds beperkt

Onder invloed van beleid dat inzet op kleinschalig wonen zijn de laatste jaren meer kleinschalige woningen gebouwd. Momenteel woont in de V&V 25% van de ouderen kleinschalig, in de GGZ woont 62% kleinschalig en in de GHZ is dit 40%. Alhoewel er verbeteringen gerealiseerd zijn, geven de percentages aan dat er nog steeds winst mogelijk is. Wanneer extramuralisering van de grond komt en de niet kleinschalige intramurale capaciteit afgebouwd wordt, dan kan dit een versnelling betekenen voor het percentage kleinschalige woningen per zorgsector, zonder dat hiervoor (aanvullende) investeringen voor vereist zijn.

## 2.12 Onduidelijkheden wegnemen is gewenst

Tijdens de interviews met zorgaanbieders is duidelijk geworden dat er momenteel nog verschillende onduidelijkheden zijn in het huidige bouwbeleid. De belangrijkste onduidelijkheden hebben we hieronder opgesomd:

- Boekwaardeprobleem;
- Badkuiprobleem;
- Volumegroei in business cases in relatie tot z-model;
- Overgangsregeling cure;
- Normatieve huisvestingscomponent care;

Bij alle onduidelijkheden geldt dat het belangrijker is dat er een besluit genomen wordt (binnen een zekere bandbreedte), dan de uiteindelijke hoogte van de vergoeding. Dit maakt het namelijk mogelijk voor de veldpartijen en financiers om een risico-inschatting te maken en verder te gaan of af te zien van hun bouwplannen.

## 2.13 Risicodragend kapitaal: wel of niet gewenst?

Momenteel is het onduidelijk in hoeverre risicodragend kapitaal toegelaten wordt in de zorg. Er is sprake van een hybride systeem waarin zorgaanbieders risicodragend zijn voor investeringen en gebruik maken van vreemd vermogen voor financiering en geen winst mogen uitkeren. In deze paragraaf bespreken we voor- en nadelen van het huidige model aan de hand van de bevindingen uit de interviews. Op basis van deze bespreking komen we tot drie mogelijke scenario's en een voorkeursmodel voor het financieren van zorginstellingen.

### 2.13.1 De verschillende scenario's: status quo, innovatieve financiering binnen huidige model, toelaten risicodragend kapitaal

Los van de keuze voor een financieringsmodel is het van belang dat de overheid een uitspraak doet over wat nu precies cruciale zorgfuncties zijn, die bij een eventueel faillissement van de zorginstelling ergens in de regio gewaarborgd moeten worden. Dit maakt het mogelijk om te stoppen met het betalen van 'dubbele kosten' in de vorm van een risico-opslag aan banken door zorginstellingen en uiteindelijk ook kapitaalinjecties bij een faillissement van een zorgaanbieder door de overheid.

Op basis van de interviews bespreken we hieronder drie mogelijke scenario's voor de financiering van zorginstellingen.

#### 2.13.1.1 Optie 1: Status quo

Een optie is het handhaven van de huidige situatie waarin zorginstellingen gefinancierd worden met voornamelijk vreemd vermogen vanuit banken. Nadeel hiervan is dat banken waarschijnlijk niet bereid zijn de toenemende kredietbehoefte (volledig) te financieren.<sup>17</sup>

#### 2.13.1.2 Optie 2: innovatieve financiering binnen huidige model

*Binnen* de huidige wet- en regelgeving zijn naast langlopende leningen bij banken ook obligaties of achtergestelde leningen uit te geven, bijvoorbeeld aan particulieren in de regio, aan medisch specialisten of zorgverzekeraars. Dit kan tegelijkertijd de binding van de zorgaanbieder met de mensen in de regio (en daarmee de marktpositie) versterken. Belangrijk voordeel van deze optie is dat zorgaanbieders een betere toegang tot krediet krijgen.

Een andere optie binnen het huidige model is het scheiden van het vastgoed en het zorgbedrijf in twee aparte juridische entiteiten. Hiermee kan het vastgoed onderdeel apart opereren van het zorgonderdeel. Het gebouw hoeft daarmee niet per se eigendom te zijn van het zorgbedrijf. Ook bestaat de mogelijkheid winst uit te keren via het vastgoed onderdeel aan risicodragende investeerders. Het scheiden van het vastgoed en zorgbedrijf vergroot eveneens de toegang tot kapitaal van zorgaanbieders.

#### 2.13.1.3 Optie 3: toelaten risicodragend kapitaal

Via een wijziging van de wet- en regelgeving kan risicodragend kapitaal toegelaten worden bij zorginstellingen. Belangrijk voordeel van het toelaten van risicodragend kapitaal is dat het de doelmatigheid van zorginstellingen kan bevorderen.

In de huidige situatie maken een groot aantal spelers (denk bijvoorbeeld aan medisch specialisten in vrije vestiging, farmaceuten, bouwbedrijven, etc.) in de gezondheidszorg 'winst'. Het toelaten van het maken c.q. uitkeren van winst door zorgaanbieders is dus in zekere zin niets nieuws. Het toelaten van risicodragend kapitaal zonder

zeggenschap lijkt geen reële optie: investeerders zijn dan niet bereid te investeren. Mogelijk nadeel is dat de introductie van risicodragend kapitaal gepaard kan gaan met onnodige volumegroei. Echter deze prikkels tot het produceren van volume zijn reeds aanwezig in het huidige bekostigingsmodel in de cure (voor medisch specialisten in het A- en B-segment en voor het ziekenhuis is deze prikkel al aanwezig in het B-segment). De introductie van risicodragend kapitaal in de cure zal deze prikkel wel nog kunnen versterken. Voor de instellingen in de care is deze volumeoprijvende prikkel wellicht groter, omdat zij nog gebudgetteerd worden in de huidige situatie. Daarom is het cruciaal dat overheid en zorgverzekeraars hierop gaan sturen, sterker dan nu het geval is (door bijvoorbeeld krachtig in te zetten op het tegengaan van ongewenste praktijkvariatie zie rapportage Werken aan de Zorg – Kosten en Kwaliteit).

Tot slot, is het van belang op te merken dat reële prijzen per zorgproduct van belang zijn, omdat investeerders anders geneigd zullen zijn alleen zorg aan te bieden waar winst op te maken valt. Echter ook deze prikkel bestaat al in de huidige situatie in zowel de cure als de care, omdat zorgaanbieders het zich niet kunnen permitteren verliesgevendende zorg in grote mate aan te bieden. Om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen is het dus wenselijk snel te komen tot juiste kostprijzen bijvoorbeeld via vrije prijsvorming.

### 2.13.2 Voorkeursmodel: introduceren risicodragend kapitaal

Alles afwegende lijkt het introduceren van risicodragend kapitaal de beste optie<sup>18</sup>. De belangrijkste voordelen zijn het stimuleren van de doelmatigheid en de grotere toegang tot kapitaal van zorginstellingen.

Het belangrijkste mogelijke nadeel is een prikkel tot volumegroei. Onder het huidige beleid is deze prikkel al aanwezig in de cure, alhoewel dit met de introductie van risicodragend kapitaal mogelijk toeneemt. In de care is de prikkel tot volumegroei nog beperkt aanwezig en dat zal met de introductie van risicodragend kapitaal toenemen. Daarom is het essentieel dat overheid en zorgverzekeraars gaan sturen op het beperken van praktijkvariatie.<sup>19</sup>

17 } Rabobank schat behoefte aan kapitaal rond de € 16 miljard, exclusief reguliere investeringen de in de cure. Rabobank groep, NEVI Jaarcongres Sectie Zorg, januari 2010.

18 } Voor een ander onderzoek met vergelijkbare conclusies als deze rapportage, zie: Winst in de eigenomsstructuur, SEO, 2010.

19 } Voor manieren om praktijkvariatie te beperken, zie Werken aan de Zorg, Kosten en Kwaliteit, [www.werkenaandezorg.nl](http://www.werkenaandezorg.nl)

## 2.14 Het veld aan zet om de zorg te vernieuwen door innovatieve bouwconcepten

Gedurende onze interviews zijn we zorgaanbieders tegengekomen die op innovatieve wijze omgaan met de huidige bouwsituatie in de zorg. Het bouwen van een nieuw gebouw biedt kansen om een zorgconcept te ontwikkelen dat beter aansluit bij de wensen van de patiënt. Door het ontwikkelen van deze nieuwe zorgconcepten met een betere logistiek en een grotere flexibiliteit van het gebouw kan een betere kwaliteit en kostenverhouding van zorg worden gerealiseerd.

Gedurende de interviews is gesproken met zorgaanbieders die in verschillende fasen van het bouwproces verkeerden. Een groot aantal van hen heeft de bouwplannen rond gekregen. Het betrekken van financiers bij het ontwikkelen van bouwplannen lijkt raadzaam. Dat creëert mogelijkheden voor financiers om vroegtijdig bij te sturen, hetgeen de kans op succes vergroot. Een bouwplan dat gefaseerd uit te voeren is beperkt het risico voor de zorgaanbieder. Hiermee ontstaat de mogelijkheid om per fase te beoordelen of het gebouw nog steeds voldoet aan de wensen en de beoogde marktontwikkelingen. Samenwerking met woningcorporaties kan voordelen met zich meebrengen voor het ontwikkelen van bouwprojecten (zie casus Groenhuysen).

Tot slot kunnen creatieve vormen van financiering uitkomst bieden. Het blijkt dat op dit moment zorginstellingen gefinancierd worden door vreemd vermogen. Er zijn verschillende andere opties zoals obligaties of langlopende leningen. Ook kan men denken aan het onderbrengen van het onroerend goed in een aparte juridische entiteit, afgesplitst van het medische bedrijf. Dit biedt ook nieuwe mogelijkheden voor het aantrekken van kapitaal en het eventueel uitkeren van winst aan investeerders die geïnteresseerd zijn in het investeren van het vastgoed van de zorginstelling.

## 3 Nieuw bouwbeleid in de Nederlandse zorg

Dit hoofdstuk bespreekt de ingezette beleidsveranderingen rondom bouw en diversiteit van wonen in de Nederlandse zorg in de periode 2000 – 2010.

## 3.1 Van aanbod- naar vraagsturing: ook in de bouw

De zorg is momenteel in transitie van een aanbod- naar een vraaggestuurd stelsel. De reden voor deze beleidswijziging was dat het oude zorgstelsel onvoldoende tegemoet kwam aan de zorgvraag van patiënten. Dit uitte zich in een aantal knelpunten, zoals beperkte keuzemogelijkheden, onvoldoende samenhang en gebrekkige aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag (VWS, 2001). Dit leidde tot drie belangrijke veranderingen:

- Een 'nieuw zorgstelsel' met de komst van de ZVW in 2006;
- Overgang van instellingsgerichte naar functiegerichte omschrijvingen in de AWBZ in 2003;
- Een grotere rol voor gemeenten met de WMO in 2007.

Doel van de beleidswijzigingen is een meer vraaggestuurde inrichting van de gezondheidszorg teneinde meer doelmatig, patiëntgerichte en kwalitatief hoogwaardige zorg te realiseren. Voor een uitgebreide achtergrond van bovengenoemde beleidsinitiatieven en de onderscheidende uitgangspunten verwijzen we naar bijlage I.

Belangrijk onderdeel van een vraaggericht stelsel is dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor hun productie en investeringen, waaronder het vastgoed dat een substantieel deel uitmaakt van de bestedingen en investeringsruimte die een zorginstelling heeft. Daarnaast heeft het vastgoed zowel in de care als de cure een belangrijke invloed op de (on)mogelijkheden van het afstemmen van het zorgaanbod op de zorgvraag. Zo kan een verblijf in een eenpersoonskamer in een verzorgingshuis bijdragen aan de kwaliteit van zorg. En een efficiënte logistiek voor patiënt en personeel in een ziekenhuis kan alleen bereikt worden met een daarvoor ingericht gebouw. Deze twee redenen vormden de aanleiding tot hervorming van het bouwbeleid in de zorg (VWS, 2006a).

### 3.1.1 Wet Toelating Zorginstellingen: doelen en uitgangspunten nieuwe beleid

Tot 2006 was de WZV van kracht waarin het zogenoemde bouwregime is opgenomen; instellingen dienden bouwplannen in bij het CBZ. Indien het CBZ een vergunning afgaf en de bouwinvestering in het budget van VWS paste, kon de zorgaanbieder starten met de bouw. Zorginstellingen hadden geen zorgen over de kapitaallasten van het nieuwe gebouw, omdat na afgifte van de vergunning kapitaallasten volledig werden vergoed (ex post) via zogenaamde nacalculatie.

In de 'kapitaallastenbrief' uit 2005 staat omschreven wat de reden was om dit beleid aan te passen volgens de visie van het (toenmalige) kabinet (VWS, 2005):

*"De capaciteit van de intramurale zorgverlening komt in Nederland voort uit particulier initiatief en niet uit een door de overheid zelf gepland en uitgevoerd bouwprogramma. Wel bepaalt de overheid het tempo waarin de particuliere initiatieven mogen worden gerealiseerd. Dit gebeurt om een beheerste groei van de kosten mogelijk te maken.*

*Een nadeel van het huidige systeem is de bureaucratische regelgeving. Verder leidt de budgetzekerheid van de instellingen tot bestaanszekerheid, waardoor zij minder kostenbewust en doelmatig handelen. Hierdoor worden potentiële productiviteitsverbeteringen niet gerealiseerd."*

Naar aanleiding van bovengenoemde nadelen kiest het kabinet voor sterkere doelmatigheidsprikkels voor instellingen en minder directe sturing vanuit de overheid. Dit nieuwe beleid komt tot uiting in WTZi, de opvolger van de WZV. Het doel van de WTZi is het geven van meer vrijheden en verantwoordelijkheden aan de intramurale sectoren in de gezondheidszorg (VWS, 2005). Concreet betekent dit twee dingen:

- De kapitaallasten worden onderdeel van DBC's en Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's). Zo ontstaan integrale tarieven en zorgaanbieders zijn daarmee risicodragend over hun vastgoedinvesteringen;
- Het 'bouwregime', oftewel het vergunningenstelsel van het CBZ wordt afgeschaft. Zorgaanbieders bouwen voor 'eigen rekening' en beslissen zelf wanneer zij willen starten met nieuwbouw of renovatie.

Door het nieuwe bouwbeleid worden zorgaanbieders geconfronteerd met het feit dat ze kapitaallasten zelf moeten terugverdienen en hier zelf ook risico voor dragen. Het aanvragen van een vergunning bij het CBZ is niet langer nodig. Hiermee beoogt het kabinet lagere administratieve lasten en een grotere ondernemingsvrijheid om zo doelmatiger en meer vraaggericht gebruik van vastgoed te stimuleren (RVZ, 2006) (VWS, 2007a).

### 3.1.2 Nieuwe bouwprikkels in de care en de cure

Het bouwregime is op 1 januari 2008 afgeschaft voor de ziekenhuissector, op 1 januari 2009 volgden de curatieve GGZ en intramurale AWBZ. Hieronder beschrijven we de effecten van deze nieuwe prikkels in de cure en de care (VWS, 2007b; VWS, 2008a; VWS, 2008d).

#### 3.1.2.1 Nieuwe bouwprikkels in de care en de cure

Voor de ziekenhuizen betekent het nieuwe bouwbeleid dat zij stapsgewijs (met 25% per jaar vanaf 2009) risicodragend worden in het B-segment, wat momenteel 34% van de DBC's is (NZa, 2007). Dit houdt in dat zij in 2012 voor de 34% van het huidige B-segment onderhandelen met de zorgverzekeraar over de hoogte van de kapitaallasten vergoeding in het B-segment. De nacalculatie voor het A-segment loopt door totdat de overgang op prestatiebekostiging is voltooid.

### 3.1.1.2 Nieuwe bouwprirrels in de care

In tegenstelling tot de cure krijgen zorginstellingen die intramurale AWBZ zorg leveren tot nu toe nog steeds een volledige nacalculatie van kapitaallasten. Het beleidsvoornemen is de kapitaallasten te vergoeden via een NHC (NZa, 2010). Dit houdt in dat er een opslag voor kapitaallasten komt bij iedere ZZP.

Naast het feit dat instellingen in de care nog niet risicodragend zijn voor de kapitaallasten zijn er nog twee belangrijke verschillen met de cure, die ertoe leiden dat de bouwprirrels in de care anders zijn dan in de cure.

Het eerste verschil bestaat eruit dat de AWBZ-zorg volledig gebudgetteerd is via de zorgkantoren. Dit houdt in dat zorginstellingen min of meer verzekerd zijn van de omzet uit zorg de daarmee samenhangende kapitaallasten vergoeding. In de cure is dat anders omdat zorginstellingen in de cure niet verzekerd zijn over hun omzet over het B-segment. Aanbieders in de cure zijn voor dit deel dubbel risicodragend: enerzijds dragen zij risico over de hoogte van de kapitaallasten vergoeding die tot stand komt via onderhandelingen en anderzijds lopen zij risico over óf zij überhaupt de beoogde omzet realiseren.

Het tweede verschil tussen de care en cure wordt veroorzaakt door de aard van de bouwprojecten. In de cure wordt meestal een volledig ziekenhuis nieuw gebouwd dan wel gerenoveerd. In de care hebben zorgaanbieders vaak meerdere (kleinere) gebouwen in bezit die beurtelings vernieuwd of gerenoveerd worden. Dit verschil leidt ertoe dat de effecten van het nieuwe bouwregime op de manier van bouwen op de korte termijn beter waarneembaar zijn in de cure dan de care. Immers, wanneer men een nieuw ziekenhuis bouwt vervangt men in feite 100% van de vastgoedportefeuille, terwijl dat bij care instellingen meer geleidelijk gaat.

## 3.2 Extramuralisering en kleinschalig wonen; doelen en uitgangspunten

Naast het afschaffen van het bouwregime is in de care ook beleid ingezet op extramuraliseren van zorg. Extramuralisering, oftewel het 'buiten de muren van instellingen verlenen van zorg', is een trend sinds de jaren '80, waarbij de patiënt 'dichtbij huis en met zo min mogelijk verbreking van sociale contacten wordt geholpen' (VWS, 1984).

### 3.2.1 Extramuralisering vindt plaats in verschillende sectoren

De extramuralisering begon in de GGZ met als doel de leefomstandigheden van chronisch psychiatrische patiënten te verbeteren en ze meer te laten deelnemen in de samenleving. In de andere sectoren, V&V en de GZ, deden zich soortgelijke ontwikkelingen voor met elk een eigen voorkeursbenaming. De ouderenzorg gebruikte de

term substitutie; zorg en begeleiding die intramuraal werden aangeboden, werden vervangen door extramurale arrangementen. In de GHZ is er ook sprake van deconcentratie; afbouw van grote intramurale voorzieningen en het daarmee deconcentreren van (nog steeds) intramurale zorg (SCP, 2006).

In de nota Zicht op Zorg staan de uitgangspunten voor de modernisering van de AWBZ. Een van de doelen is extramuralisering, breder geformuleerd als 'vermaatschappelijking van zorg thuis of dichtbij huis in de eigen woon- en leefomgeving' en 'daarmee komt de gewenste ontkokering binnen de AWBZ en de samenhang met aanpalende sectoren, zoals wonen, welzijn, gezondheid, onderwijs en arbeid in beeld' (VWS, 1999).

De brief Zorg op Maat licht dit beleidsvoornemen verder toe: (VWS, 2001b)

*'Gestimuleerd en ondersteund wordt dat bij nieuw aanbod sprake is van arrangementen van zelfstandig wonen met zorg op maat. Ook bij vervangende nieuwbouw en verbouw van bestaand zorgaanbod moet de voorkeur worden gegeven aan arrangementen van zelfstandig wonen met zorg op maat, tenzij blijkt dat een gedeconcentreerde extramurale wijze van zorgverlening in de lokale situatie niet haalbaar is.'*

In deze en volgende brieven worden maatregelen geschetst om extramuralisatie mogelijk te maken (VWS en VROM, 2001)(VWS, 2005b)(VWS, 2009). Deze maatregelen lichten we in de volgende paragraaf toe.

### 3.2.2 Maatregelen om extramuralisering vorm te geven

Er zijn meerdere subsidieregelingen, actieplannen en stimuleringsprogramma's ontwikkeld om extramuralisatie te bevorderen (Research voor beleid, 2008; RIVM, 2003; VWS, 2005b)<sup>20</sup>. Hieronder bespreken we de voor deze inventarisatie belangrijkste beleidsregels (in de voetnoot staan de verschillende aanvullende subsidieregelingen).

- **Beleidsregel Zorginfrastructuur (NZa 2008):** Deze regeling maakt het mogelijk dat mensen met een zorgvraag zoveel mogelijk thuis 24-uurszorg kunnen ontvangen vanuit zogenoemde zorgsteunpunten. Een zorgsteunpunt biedt mogelijkheden voor het contact met hulpverleners, voor ontmoeting of samen eten. De regeling vergoedt de kosten van zorgsteunpunten en technologische voorzieningen voor het leveren van 24-uurszorg (Aedes-Arcaris, 2006).

20 } De verschillende maatregelen voor extramuralisering zijn: Stimuleringsprogramma Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ) uit 2000, Woonzorgstimulerings-regeling (WZSR) o.a. met subsidie voor bijvoorbeeld zorginfrastructuren, persoons-gebonden budget uit 2003, subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg uit 2004, Actieplan 'Investeren voor de toekomst' uit 2004, Actieplan 'Beter (t)huis in de buurt' uit 2007 met o.a. levering van VPT door thuiszorginstellingen (Hollander, 2008).

- Het VPT: Dit bestaat sinds 1 juli 2007 en is bedoeld voor mensen met een ZZP-indicatie met 'verblijf'. Uitgangspunt is dat patiënten zelf moeten kunnen kiezen waar en hoe ze willen wonen. De instelling kan ook buiten de instelling een integraal pakket van AWBZ-zorg en –voorzieningen leveren. Dit stimuleert zelfstandig wonen en vergoot de keuzevrijheid (VWS, 2005b). Daarnaast wordt met het VPT het effect van de extramuralisering voor gemeenten zoveel mogelijk beperkt. Gemeenten draaien anders via de WMO deels op voor de kosten van langer thuisblijvende burgers (VWS, 2009).

### 3.3 Overige beleidsinitiatieven in de care: kleinschalig wonen, eenpersoonskamers

Naast het afschaffen van het bouwregime en de extramuralisering zijn er verschillende beleidsinitiatieven in de care op het gebied van kleinschalig wonen en eenpersoonskamers. Hieronder beschrijven wij deze initiatieven.

#### 3.3.1 Kleinschaligheidsregeling voor projecten tot en met 50 plaatsen

Voor kleinere projecten is een kleinschaligheidsregeling van toepassing, waarmee kleinschalige groepswooningen buiten het CBZ om gebouwd of verbouwd kunnen worden en er geen volledige contracteerplicht van toepassing is (NZa, 2008a). Er is sprake van een normatieve jaarlijkse vergoeding voor kapitaallasten, gebaseerd op investeringskosten volgens bouwstaven van het Bouwcollege<sup>21</sup>. Kleinschalig betekent maximaal 24 plaatsen 'zwaar' of 50 plaatsen 'licht'<sup>22</sup>. Deze regeling gold voorheen al (in wat beperktere vorm) in de gehandicaptenzorg en voor RIBW-en (regionale instellingen voor beschermd wonen). Om kleinschalig wonen te stimuleren teneinde een betere kwaliteit van leven voor ouderen te bewerkstelligen is de regeling inmiddels verruimd naar alle sectoren (Aedes-Arcades, 2005).

Daarnaast vindt een soortgelijke ontwikkeling in de gehandicaptensector plaats. Hier schoten gebouwen tekort op de functionaliteit, namelijk:

- Te weinig sanitaire voorzieningen;
  - Te grote groepsgrootte (norm is zes personen);
  - Te kleine éénpersoonskamers (van < 10vierkante meter).
- (VWS, 2008e) Hier was in 2006-2007 een bedrag van € 235 miljoen mee gemoeid.

21 } Hierbij is rekening gehouden met een levenscyclus van 40 jaar (in plaats van de gebruikelijke 50 jaar), jaarlijks instandhoudingsinvesteringen van 0,8% van de oorspronkelijke investering, een bedrag van 50% van de oorspronkelijke investering t.b.v. incidentele instandhouding (grote renovatie) en er is rekening gehouden met een onderbezetting van 3%.

22 } 'Licht' zijn met name mobiele doelgroepen zonder gedragsproblematiek waarvoor normale woningbouw gerealiseerd wordt.' Zwaar' betreft groepswooningen waarvoor specifieke voorzieningen nodig zijn, meestal voor minder mobiele doelgroepen of groepen met gedragsproblematiek.

### 3.4 Beleidsvoornemen: wooncomponent gaat uit de AWBZ door scheiden van wonen en zorg

Een nog niet gerealiseerd beleidsinitiatief is het scheiden van wonen en zorg in de AWBZ. Omdat dit dossier raakt aan de eerder beschreven beleidsinitiatieven beschrijven we hieronder kort de achtergrond.

Concreet betekent het scheiden van wonen en zorg een andere vorm van financiering van wonen, waarbij de wooncomponent niet meer uit de AWBZ gefinancierd wordt, maar door de patiënt zelf. Met het scheiden van wonen en zorg wil het kabinet:

- Meer keuzemogelijkheden creëren voor de patiënt. Zoals het kabinet aangeeft: "Cliënten moeten kunnen kiezen hoe zij willen wonen. In een samenleving die steeds diverser wordt, past het niet de woonvorm voor iedereen gelijk te stellen." (VWS, 2008b).
- Voorheen was wonen onderdeel van het 'all-in pakket' van verblijfszorg. Het scheiden van wonen en zorg geeft een nieuwe dynamiek in de markt en maakt meer innovatieve arrangementen mogelijk.
- Meer zelfstandigheid voor mensen bij wie dit mogelijk is. Dit past in het streven van een grotere zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. Veel mensen willen en kunnen langer thuis blijven wonen. Dit zijn met name patiënten met somatische beperking en lichamelijk en zintuiglijke handicap meer keuze krijgen (VWS, 2009) (VWS, 2008b).
- Een voor de toekomst houdbare AWBZ. De AWBZ is in 1968 gecreëerd met als doel 'solidariteit in de bekostiging van de onverzekerbare langdurige zorg' (VWS, 2008b). De AWBZ is de afgelopen decennia in alle opzichten sterk gegroeid in omvang, waardoor de houdbaarheid onder druk is komen te staan (VWS, 2008b). Met de scheiding van wonen en zorg gaat de wooncomponent uit de AWBZ.

Aangezien het scheiden van wonen en zorg nog niet gerealiseerd is, is dit dossier geen onderwerp van de vraagstellingen van deze rapportage.

## 3.5 Vraagstelling rapportage

De beschreven beleidswijzigingen maken instellingen uit alle sectoren risicodragend voor hun bouwinvesteringen en stimuleren bouw van kleinschalige wooneenheden in de wijk. Gelet op het deels verschillende beleid en daaruit voortvloeiende prikkels in de cure en de care splitsen we de vraagstellingen van deze rapportage deels op langs deze twee sectoren. In deze rapportage beantwoorden we de volgende vragen:

Care en Cure:

- Wat is de (eerste) impact van het afschaffen van het bouwregime in termen van doelmatigheid, regelgeving en eisen die financiers stellen?
- Hoe ontwikkelt het bouwvolume zich de laatste jaren?

Care:

- Wat zijn de effecten van het beleid dat inzet op extramuralisatie, kleinschalig wonen en eenpersoonskamers?

## 3.6 Aanpak om vraagstelling te beantwoorden

Om bovenstaande vragen te beantwoorden hebben we kwalitatief en kwantitatief onderzoek uitgevoerd. In onderstaande paragrafen lichten we onze aanpak toe.

### 3.6.1 Kwalitatief: interviews en casussen

We hebben 24 semi-gestructureerde<sup>23</sup> interviews uitgevoerd met verschillende actoren in het veld<sup>24</sup>:

- Zorgaanbieders<sup>25</sup> die recent bouw(plannen) gerealiseerd hebben uit de care (GGZ, GZ, verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T)) en cure (ziekenhuizen);
- Alle brancheverenigingen uit bovengenoemde zorgsectoren;
- Financiers;
- De NZa en het Wfz.

Een aantal interviews gaf aanleiding om het besprokene verder uit te werken omdat de casuïstiek van die zorginstelling goed in beeld brengt welke gedragsverandering de beleidsprijkkels in de praktijk teweeg brengen. De in deze rapportage opgenomen casusbeschrijvingen zijn tot stand gekomen in samenwerking met de desbetreffende zorgaanbieders.

Het belangrijkste mogelijke nadeel is een prikkel tot volumegroei. Onder het huidige beleid is deze prikkel al aanwezig in de cure, alhoewel dit met de introductie van risicodragend kapitaal mogelijk toeneemt. In de care is de prikkel tot volumegroei nog beperkt aanwezig en dat zal met de introductie van risicodragend kapitaal toenemen. Daarom is het essentieel dat overheid en zorgverzekeraars gaan sturen op het beperken van praktijkvariatie.<sup>19</sup>

## 3.7 Verdere opbouw rapportage

De verdere opbouw van de rapportage is als volgt:

In hoofdstuk 4 beschrijven we de eerste effecten van het nieuwe bouwbeleid in termen van doelmatigheid en functionaliteit van bouw(plannen) van zorgaanbieders.

Ook bespreken we de nieuwe rol van financiers;

In hoofdstuk 5 beschrijven we de effecten van de verschillende beleidsinitiatieven extramuralisering, eenpersoonskamers en kleinschalig wonen;

In hoofdstuk 6 brengen we de huidige onduidelijkheden van het overgangsregime in kaart.

23 } Er is gebruik gemaakt van een onderwerpenlijst, zie bijlage II

24 } Voor een overzicht van de geïnterviewde partijen, zie bijlage III

25 } Selectie van zorgaanbieders heeft plaatsgevonden aan de hand van online zoekstrategie in diverse media zoals Zorgvisie, Medisch contact, NRC, de Volkskrant, etc ontvangen orders door bouwbedrijven<sup>29</sup> per jaar in de zorg (care en cure)<sup>30</sup> in miljoenen euro's. Bron: CBS statline

## 4 Effecten afschaffing bouwregime: van maximalisatie naar optimalisatie

In dit hoofdstuk brengen we de effecten van de afschaffing van het bouwregime in kaart voor zowel de cure als de care. Onze belangrijkste bevinding is dat er een verschuiving optreedt in de vorm waarin instellingen bouwen. Waar men eerst streefde naar zoveel mogelijk vierkante meters, kijkt men nu naar welke ruimte echt nodig is en op welke manier die ruimte optimaal benut kan worden. Veelvuldig haalden geïnterviewden dit treffend aan als *“we gaan van maximalisatie naar optimalisatie van het aantal vierkante meters”*.

In de volgende paragrafen bekijken we de effecten van de afschaffing van het bouwregime aan de hand van vier domeinen:

- **Bouwvolume:** de hoeveelheid investeringen in vastgoed in de zorg in de periode 2000-2008. Paragrafen 4.1 en 4.2;
- **Doelmatig bouwen:** in hoeverre leidt het nieuwe beleid tot doelmatige bouw? Paragraaf 4.3;
- **Regelgeving:** hoe ontwikkelt de regeldruk zich na introductie van het nieuwe beleid? Paragraaf 4.4;
- **Financiering:** hoe stellen financiers zich op in de nieuwe situatie? Paragraaf 4.5.

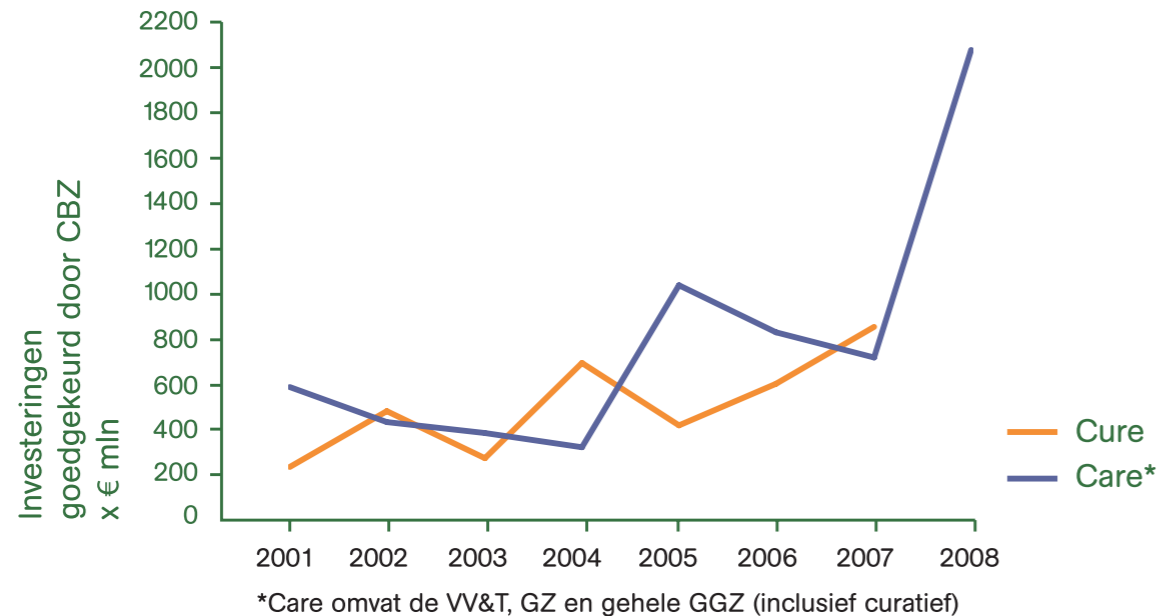
We sluiten dit hoofdstuk af met de casussen van het Gemini ziekenhuis en de Isala kliniek: casussen die exemplarisch zijn voor de effecten van het nieuwe (bouw)beleid in de cure.

### 4.1 Stijgend aantal vergunningen in de periode 2000 – 2008

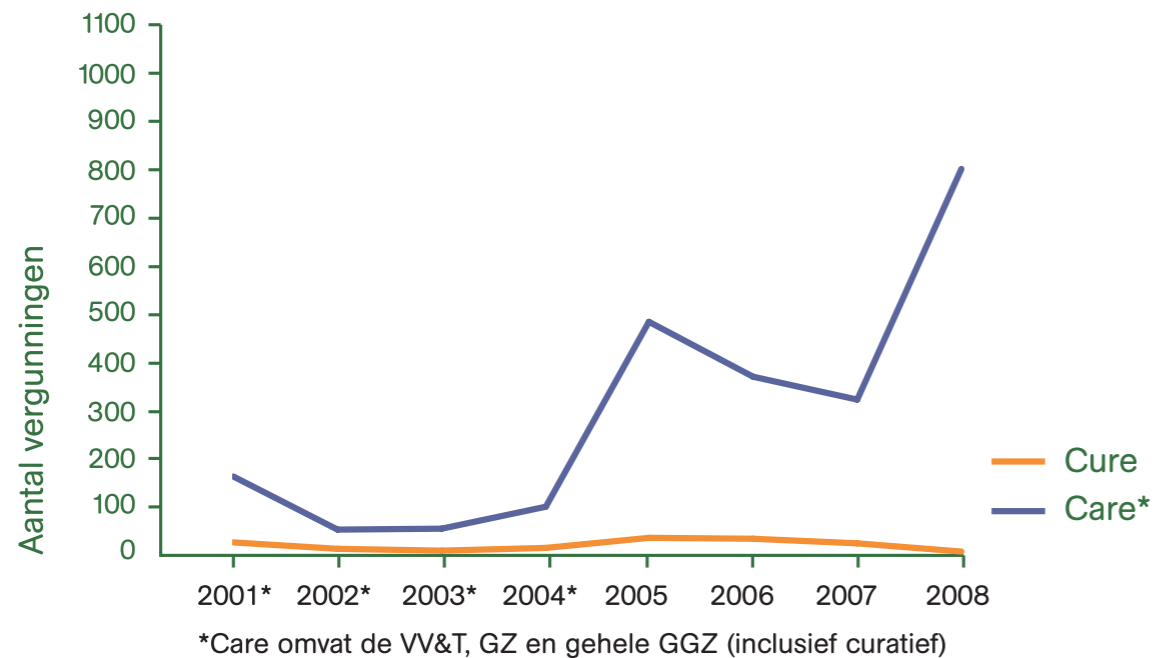
In deze paragraaf bespreken we de trend in bouwvolume aan de hand van de hoeveelheid aangevraagde vergunningen bij het CBZ en de bijbehorende goedgekeurde investeringen. We maken gebruik van de jaarverslagen van het CBZ.

De grafieken hieronder geven het aantal goedgekeurde vergunningen en daarmee gepaard gaande investeringen weer. Belangrijk om op te merken is dat de goedgekeurde vergunningen niet automatisch leiden tot realisatie van de bouw. Daarvoor moet immers ook financiering worden gevonden, instellingen moeten over willen én kunnen gaan tot bouwen. Onderstaande grafiek geeft dus alleen aan hoeveel investeringen in vergunningen er verstrekt zijn.

Figuur 2 Investerings van College Bouw aan instellingen per sector  
Bron: Jaarverslagen CBZ 2004 en 2008



Figuur 3 Vergunningen afgegeven door College Bouw aan instellingen per sector  
Bron: Jaarverslagen CBZ 2004 en 2008



In figuur 2 vallen drie zaken op. Ten eerste is het aantal afgegeven vergunningen en de totale goedgekeurde investeringen in de periode 2001 tot 2007 – met pieken en dalen – in alle sectoren gestegen. Vlak voor de afschaffing in 2007 gaf het CBZ voor € 858 miljoen aan vergunningen af aan de ziekenhuizen, € 530 miljoen in de VV&T, € 61 miljoen in de GGZ en € 133 miljoen in de GZ. Dit was in 2001 lager met ongeveer € 500 miljoen aan vergunningen in de cure en € 500 miljoen euro in de care.

Ten tweede is een lichte stijging van het aantal vergunningen rond 2005 zichtbaar, dit vertaalt zich in de care ook in hogere investeringen. Oorzaak hiervan is waarschijnlijk de kapitaallastenbrief, waarin het kabinet de nieuwe koers in vastgoedbeleid aankondigde.

Ten derde valt op dat het aantal vergunningen in de VV&T, GGZ en GHZ is gestegen in 2008. Oorzaak hiervan is de afschaffing van het bouwregime, zoals te lezen valt in het jaarverslag uit 2008 van het College Bouw:

*“Zoals bekend is het bouwregime voor de AWBZ/care-sector per 1 januari 2009 afgeschaft. Het Bouwcollege heeft tegen deze achtergrond op 14 augustus 2008 een circulaire uitgebracht waarin is medegedeeld dat alleen aanvragen die uiterlijk 1 oktober (volledig) waren ingediend gegarandeerd afgehandeld zouden worden. (...) Dit heeft –niet geheel onverwacht– tot een massale instroom van bouwaanvragen rond deze datum geleid. (...) Het grootste deel hiervan ging om vergunningaanvragen en voor een veel kleiner deel om adviesaanvragen voor een toelating.”*

## 4.2 Bouwvolume in de zorg neemt toe

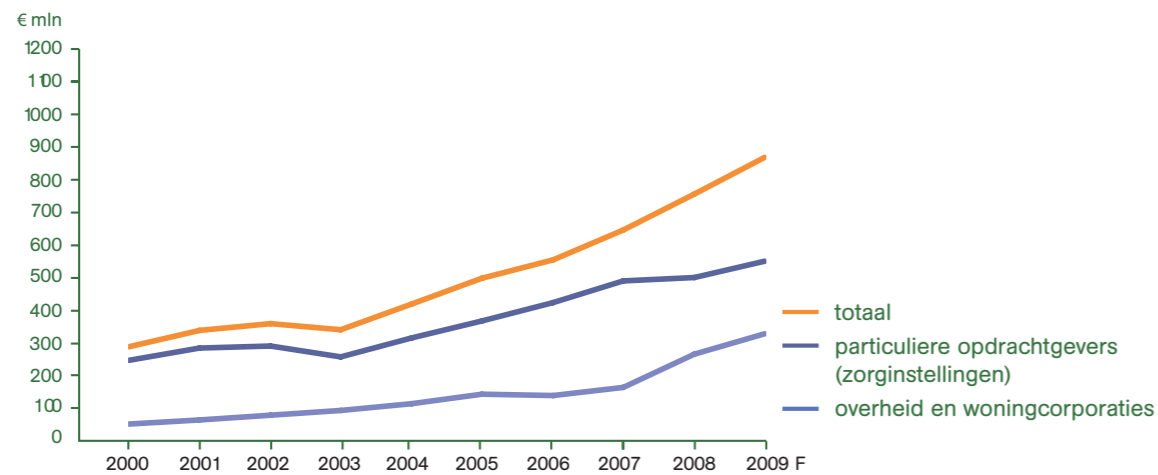
In deze paragraaf bespreken we de ontwikkeling van het bouwvolume in de zorg.

### 4.2.1 Bouwproductie neemt toe

In onderstaande figuur 4 is zichtbaar wat het totale bouwvolume in de zorg is (care en cure). Hieruit blijkt dat het bouwvolume tussen 2000 en 2009 is gestegen van € 400 miljoen naar ruim € 1 miljard<sup>26</sup>. Deze stijging lijkt te worden veroorzaakt door meer investeringen in de care, gelet op het volume aan totaal goedgekeurde investeringen door het CBZ (zie figuur 2), de bevindingen in de interviews en het ingezette stimuleringsbeleid in de care (eenpersoonskamers en kleinschalig wonen).

In figuur 5 zijn de ontvangen orders van bouwbedrijven weergegeven. Deze ontvangen orders vormen een indicatie voor toekomstige bouw. Op basis van deze gegevens verwachten we dat net als in de afgelopen periode, ook in de komende jaren het bouwvolume in de zorg rond de € 1 miljard per jaar zal liggen, hetgeen hoog is vergeleken met de periode 2000 – 2003.

Figuur 4 Gerealiseerde bouwproductie<sup>27</sup> per jaar in de zorg (care en cure)<sup>28</sup> in miljoenen euro's  
Bron: CBS statline



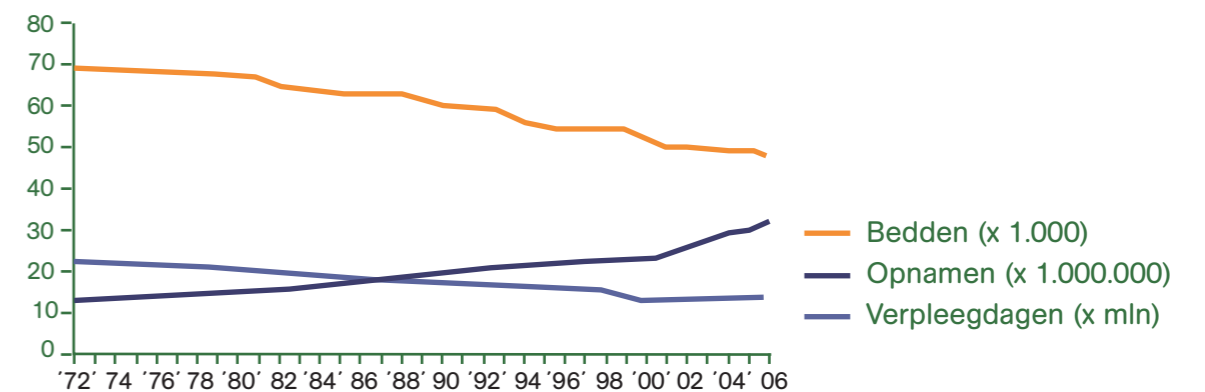
Wanneer we in meer detail kijken naar het aantal ziekenhuisbedden, dan blijkt er sprake te zijn van een dalende trend die al langer bestaat. Tussen 1972 en 2006 nam het aantal opnamen in ziekenhuizen met 143 procent toe. Tegelijkertijd daalde het aantal bedden met 30 procent. Ook nam het aantal verpleegdagen met 41 procent af. Dat betekent dat een patiënt in 2006 aanzienlijk korter in het ziekenhuis verbleef na een opname dan in 1972: de gemiddelde verpleegduur van een opname met overnachting daalde van 17 naar 7 dagen. Patiënten worden steeds vaker in dagbehandeling behandeld, dus zonder overnachting in het ziekenhuis. In 1990 bestond 21 procent van alle opnamen uit dagbehandelingen, in 2006 was dat 46 procent (CBS, 2009a).

- 26 } Uit navraag bij verschillende partijen blijkt dat er geen data beschikbaar zijn die een uitsplitsing van het bouwvolume mogelijk maken tussen de care en de cure.
- 27 } De productie heeft betrekking op het deel van de bouwprojecten dat in de betrokken periode is gebouwd en is uitgedrukt in een overeenkomstig deel van de totale bouwsom. In geval dat bijvoorbeeld 10 procent van een project in de betrokken periode wordt gebouwd, wordt de productie in die periode op 10 procent van de totale bouwsom van het project gewaardeerd.
- 28 } Cijfers 2009 geëxtrapoleerd op basis van de eerste 3 kwartalen.

Figuur 5 Ontvangen orders<sup>29</sup> door bouwbedrijven per jaar in de zorg (care en cure)<sup>30</sup> in miljoenen euro's. Bron: CBS statline



Figuur 6 Aantal ziekenhuisbedden 1972-2006  
Bron: CBS statline



#### 4.2.2 Stijging bouwvolume lijkt met name in de care plaats te vinden

Dit blijkt bijvoorbeeld ook uit de casus van Stichting Groenhuysen (zie hoofdstuk 5). Doordat instellingen in de care samenwerken met woningcorporaties gaat het bouwvolume onhoog. Woningcorporaties achten het namelijk niet verstandig (te) kleine appartementen te bouwen, aangezien deze appartementen op langere termijn niet zullen voldoen aan de wensen van patiënten c.q. reguliere bewoners. Door nu al in te zetten op een ruimere bouw, voldoen deze appartementen nu en ook in de toekomst aan de wensen van de bewoners.

- 29 } De ontvangen orders hebben betrekking op de totale bouwsom van door bouwbedrijven in de betrokken periode nieuw ontvangen orders voor bouwprojecten. De ontvangen orders zijn indicatief voor de toekomstige bouwproductie.
- 30 } Cijfers 2009 geëxtrapoleerd op basis van de eerste 3 kwartalen.

### 4.2.3 Uitstel van bouw(volume) in de cure

Uit interviews blijkt dat er in de curesector minder gebouwd wordt door uitstel van bouwplannen, dan onder het oude regime het geval zou zijn geweest. Er lijkt sprake van een uitstel van bouwplannen ter waarde van € 2 à 3 miljard euro<sup>31</sup>. Dit heeft drie oorzaken:

- 1 Dit lijkt veroorzaakt te worden door onduidelijkheden in het huidige beleid (zie hoofdstuk 6);
- 2 Deels ook door strengere eisen van financiers ten aanzien van de business cases horend bij de bouwplannen;
- 3 Deze strengere opstelling is mede veroorzaakt door de kredietcrisis, waardoor de risicodragendheid van instellingen meer impact heeft gekregen.

Alhoewel de totale hoeveelheid bouwactiviteiten groeit, lijkt het nieuwe beleid dus een remmend effect te hebben op de groei van het totale bouwvolume in de cure. Het is niet precies aan te geven welk deel van het bovengenoemde uitstel veroorzaakt wordt door het nieuwe beleid en welk deel door andere omstandigheden zoals de kredietcrisis en de resterende onduidelijkheden in het nieuwe bouwbeleid

## 4.3 Beleid leidt tot doelmatiger<sup>32</sup> bouw en gebruik van vastgoed, besparing € 300 – € 390 mln per jaar in de cure. Effect care (nog) niet kwantificeerbaar

In deze paragraaf lichten we toe hoe het beleid heeft bijgedragen aan het meer doelmatig gebruik van vastgoed op basis van de gevoerde interviews.

### 4.3.1 Effectiever gebruik van vierkante meters door nieuw beleid

Door de risicodragendheid van zorgaanbieders vertalen extra vierkante meters zich direct in hogere exploitatiekosten. Dit leidt ertoe dat zorgaanbieders een afweging moeten maken hoeveel vierkante meters werkelijk noodzakelijk zijn bij de levering van hun zorg. Dit staat in schril contrast met de oude situatie waar zorgaanbieders moesten voldoen aan de prestatie-eisen van het CBZ. Kapitaallasten werden nagecalculeerd en waren dus in zekere zin 'gratis' voor zorgaanbieders nadat het CBZ zijn goedkeuring had gegeven aan de bouwplannen. Eventuele extra vierkante meters konden dan goed uitkomen, bijvoorbeeld bij groei van de instelling of indien andere (zorg)functies van het gebouw noodzakelijk waren. Voorheen was het dus handig om zo groot mogelijk te bouwen, dat is nu anders.

31 } Zie bijvoorbeeld: [http://www.vno-ncw.nl/publicaties/Forum/Pages/Ziekenhuizen\\_Stop\\_de\\_bouw-stop\\_10575.aspx](http://www.vno-ncw.nl/publicaties/Forum/Pages/Ziekenhuizen_Stop_de_bouw-stop_10575.aspx) en [http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/Ondernemerschap/Bouwende\\_ziekenhuizen/Berichten/Kredietcrisis\\_raakt\\_bouwende\\_ziekenhuizen](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/Ondernemerschap/Bouwende_ziekenhuizen/Berichten/Kredietcrisis_raakt_bouwende_ziekenhuizen).

### 4.3.2 Nieuw (bouw)beleid leidt tot besparingen in de cure: € 300 mln tot € 390 mln per jaar

Het nieuwe bouwbeleid heeft verschillende effecten tot gevolg. Enerzijds is er sprake van een reductie van het aantal vierkante meters. Tegelijkertijd spelen banken in op de gestegen risico's van leningen. Deze effecten beschrijven we hieronder in meer detail.

- 1 Het nieuwe bouwbeleid heeft een ander bouwgedrag van maximalisatie naar optimalisatie tot gevolg. Dit leidt tot dalingen in het aantal vierkante meters van bouwplannen. Het Gemini ziekenhuis heeft bijvoorbeeld zijn bouwplannen met zo'n 30% gereduceerd van 35.000 naar 25.000 vierkante meter. De andere casus in dit rapport laat een daling van 10%-15% zien. Een ander ziekenhuis wat niet met naam en toenaam genoemd wil worden laat een daling van 70.000 naar 55.000 vierkante meters zien, een daling van zo'n 23%. De nieuwe panden die onder druk van het nieuwe bouwbeleid kleiner van omvang zijn hebben ook lagere exploitatiekosten, door minder kosten voor energie, onderhoud en schoonmaak.
- 2 Zorginstellingen geven aan dat zij door nieuwe bouwconcepten een efficiëntere logistiek kunnen realiseren. Het Gemini ziekenhuis boekt bijvoorbeeld een winst van 2% in. Dergelijke percentages zijn ook in andere interviews naar voren gekomen. Alhoewel deze winst deels toe te schrijven is aan het nieuwe bouwbeleid, wordt deze winst ook deels veroorzaakt door de algehele vraagsturing in de zorg en een meer resultaat gerichte bekostiging via de DBC-systematiek.
- 3 Tegelijkertijd nemen de risico's in het zorgstelsel voor zorgaanbieders toe. Dit heeft tot gevolg dat:
  - A De risico-opslagen op leningen toenemen
  - B Een bijkomend effect is dat het renteverskil tussen door het Wfz geborgde en ongeborgde leningen toeneemt.

→ Deze rentestijgingen doen (een deel van) de volumebesparingen van het aantal vierkante meters teniet, althans voor niet geborgde leningen. Immers, ook onder het nieuwe bouwbeleid is er voor Wfz geborgde leningen sprake van een beperkte risico-opslag.

→ Het is niet mogelijk om een permanent 'omslagpunt' te definiëren waarin het besparingseffect onder punt 1 de kostenverhogingen onder punt 3 opheft. Dit komt doordat de variabelen zoals de basis(markt)rente, de risico-opslagen en het percentage zorginstellingen dat financiert door middel van een Wfz geborgde lening voortdurend fluctueren.

32 } We spreken in deze rapportage over doelmatige bouw als er minder kosten gemaakt worden dan in de oude situatie, terwijl men nog steeds dezelfde zorgvraag vervult.

### 4.3.2.1 Besparingen op kapitaallasten cure ongeveer € 150 miljoen

Hieronder hebben we een inschatting gemaakt van het financiële effect van het nieuwe bouwbeleid in de zorg, uitgaande van de hierboven beschreven effecten, bij een fictieve willekeurige investering in de cure van € 100 miljoen. We vergelijken de oude situatie met de huidige situatie, waarbij we gebruik maken van een aantal aannamen op basis van onze bevindingen uit interviews en de uitgewerkte casussen.

Figuur 7 Inschatting effecten nieuw bouwbeleid cure op kapitaallasten

Totaal bouwvolume	100 M		80 M <sup>2</sup>	
	Oud beleid percentage borging totale leensom zorg met WFZ 40% <sup>33</sup>	Oud beleid percentage borging totale leensom zorg met WFZ 60%	Nieuw beleid percentage borging totale leensom zorg met WFZ 30%	Nieuw beleid percentage borging totale leensom 70% zorg met WFZ
Bouwvolume met/zonder WFZ	€ 40 M	€ 60 M	€ 30 M* 80% <sup>34</sup> = € 24 M	€ 70 M* 80% <sup>34</sup> = € 56 M
Basismarkrente (uitgaande van april 2010) <sup>35</sup>	3,6%	3,6%	3,6%	3,6%
Renteopslag <sup>36</sup>	0%	0%	0%	0,75%
Effectieve rente	3,6%	3,8%	3,6%	4,35%
Totaal financieringslasten rente	3,6%* € 40 M = € 1,4 M	3,8%* € 60 M = € 2,3 M	3,6%* € 24 M = € 0,9 M	4,35%* € 56 M = € 2,4 M
Aflossing (uitgaande van lineaire aflossing)	€ 3,3 M	€ 3,3 M	€ 2,7 M	€ 2,7 M
Totale kapitaallasten uitgesplitst naar wel/niet Wfz borging	€ 4,7 M	€ 5,6 M	€ 3,6 M	€ 5,1 M
Totaal	€ 10,3 M		€ 8,7 M	

Zoals zichtbaar in figuur 7 leidt het nieuwe bouwbeleid tot een daling van de kapitaallasten van zo'n 15%.<sup>37</sup> Uitgaande van jaarlijks € 1 miljard<sup>38</sup> kapitaallasten, leidt dit tot een besparing op macroniveau van 150 miljoen op jaarbasis. Hierbij moet aangetekend worden dat dit bedrag kan veranderen (omhoog of omlaag), als de verschillende variabelen (zoals de risico-opslag, het percentage deelnemers aan het Wfz en/of de basismarkrente) en de in bovenstaande tabel veranderen.

33 } Inschatting op basis van jaarverslagen Wfz 2000-2009 en interviews.

34 } Op basis van interviews en uitgewerkte casussen komen we tot een besparing in bouwvolume en daarmee bouwkosten van 20% in de cure.

35 } Bron: Wallich & Matthes.

36 } Bron: interviews financiers.

37 } Berekening 15% besparing: 1-(8,7/10,3).

38 } Uitvoeringstoets van budget naar prestatie, NZa november 2009.

### 4.3.2.2 Besparingen door doelmatigere inrichting primaire proces cure € 200 – 240 miljoen

Tegelijkertijd blijkt dat bijvoorbeeld het Gemini ziekenhuis 20%<sup>39</sup> doelmatigheidswinst boekt via betere logistiek van het primaire proces door een slimmer bouwconcept onder druk van het nieuwe beleid. Als we dit effect extrapoleren, uitgaande van € 11,9 miljard<sup>40</sup> totale omzet van Nederlandse ziekenhuizen leidt dit tot een additionele besparing van zo'n € 200 – 240 miljoen per jaar. Samen met de eerdere besparing op de kapitaallasten van zo'n € 150 miljoen komen we uit een besparing van € 300 – 390 mln per jaar.

Hierbij moet aangetekend worden dat deze besparing deels door het nieuwe bouwregime, maar deels ook door het beleid van vraaggerichte DBC-bekostiging gerealiseerd wordt. Immers, ziekenhuizen hebben er nu belang bij om zo doelmatig mogelijk te werken in het primaire zorgproces. Een zo optimaal mogelijk ontworpen gebouw onder invloed van het nieuwe bouwbeleid, kan de wens tot doelmatigheid van het primaire proces verder stimuleren.

### 4.3.2.3 Mogelijk additionele besparingen cure die nog niet kwantificeerbaar zijn

Mogelijk is er ook nog sprake van additionele besparingen wanneer door strengere eisen vanuit financiers sommige investeringen uiteindelijk niet doorgaan. Op deze korte termijn is dit (eventuele) effect echter nog niet te kwantificeren. Daarnaast is het ook denkbaar dat doordat ziekenhuizen minder 'extra' ruimte hebben dan voorheen, dit ook een remmend effect kan hebben op aanbod geïnduceerde vraag. Tot slot zijn de besparingen op de exploitatiekosten van het gebouw door lagere kosten voor onderhoud en energie ook nog niet opgenomen in deze berekening.

Anderzijds leidt het uitstel van de bouw van ziekenhuizen tot een uitstel van de mogelijke doelmatigheidswinst (zie paragraaf 4.3.2.2.) bijvoorbeeld door een betere logistiek van deze ziekenhuizen. Dit leidt op korte termijn voor deze ziekenhuizen dus tot een verliespost.

Daarnaast bestaat ook het risico dat ziekenhuizen onder druk van het nieuwe bouwbeleid (te) klein bouwen, waardoor als zij het nieuwe pand te weinig flexibel hebben ingericht mogelijk eerder moeten ver- of nieuwbouwen, wat kan leiden tot kostenverhogingen die de eventuele besparing door afstel van bouw doen verminderen.

39 } Conservatieve schatting zie casus Gemini.

40 } Uitvoeringstoets van budget naar prestatie, NZa november 2009.

#### 4.3.2.4 Financiële effecten in de care nog niet te kwantificeren

Ook in de care blijkt dat het nieuwe bouwbeleid effect sorteert: ook hier zijn zorgaanbieders bezig met het ontwikkelen van andere, meer doelmatige bouwconcepten. Een kwantificering van dit effect is echter lastig door de andere aard van de bouwprojecten in de care dan in de cure, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Waar ziekenhuizen vaak in een keer hun totale vastgoedportefeuille vervangen, gebeurt dit in de care stapsgewijs en zijn de effecten dus pas zichtbaar na langere tijd. Daarnaast zijn de prikkels ten aanzien van de risicodragendheid in de care ook minder aanwezig dan in de cure en is er dus ook minder effect te verwachten op deze termijn. Tegelijkertijd is er ook in de care een stimuleringsbeleid gevoerd en is ingezet op het afbouwen van eenpersoonskamers. Daarnaast heeft de samenwerking met woningcorporaties juist meer vierkante meters tot gevolg, aangezien op die manier de woningen meer toekomstbestendig zijn ingericht (zie bijvoorbeeld casus Groenhuysen).

Hoe zorgaanbieders omgaan met de beperktere aantal vierkante meters beschrijven we in de volgende paragrafen.

#### 4.3.3 Verruiming openingstijden maakt het mogelijk om met minder vierkante meters toe te kunnen

De reductie van het aantal vierkante meters dwingt zorgaanbieders tot het effectief omgaan met hun gebouw. Een veel gehoord voorbeeld over hoe dit kan is het hanteren van ruimere openingstijden van poliklinieken en functieafdelingen dan voorheen het geval was. Een van de geïnterviewden vertelde dat in het nieuwe gebouw de openingstijden van poliklinieken en functieafdelingen (diagnostiek, operatiekamers, etc.) van 8:00 – 20:00 uur zal zijn, terwijl het programma in de huidige situatie vaak om 16:00 uur afloopt. Dit komt dus neer op ongeveer 30-40% beter gebruik van bestaande ruimten.

Een ander voorbeeld dat tijdens de interviews genoemd is, is het afschaffen van de eigen spreekkamers per specialist op de polikliniek. In ziekenhuizen die tot stand zijn gekomen onder het oude bouwregime hebben veel medisch specialisten hun eigen spreekkamer op de polikliniek. Deze kamer wordt vaak slechts een deel van de week gebruikt. Door het flexibiliseren van de polikliniekruimten, kunnen verschillende specialisten spreekuur draaien in dezelfde kamer. Dit leidt tot een efficiënter gebruik van de vierkante meters, waardoor uiteindelijk minder vierkante meters gebouw noodzakelijk zijn.

Een ander voorbeeld van een doelmatiger gebruik van het gebouw is die van een gehandicapteninstelling die wij interviewden. Deze instelling gaf aan dat zij een aantal panden in bezit heeft die alleen in gebruik waren in de weekenden of avonden voor de opvang van gehandicapten. Het nieuwe beleid vergoedt niet meer op basis van vierkante meters, maar op feitelijke productie; het aantal bezette plaatsen. Dit heeft gevolgen voor bijvoorbeeld logeerhuizen in de gehandicaptenzorg, die voorheen alleen in het weekend in gebruik waren. Instellingen worden nu geprikkeld om ook doorde-weeks activiteiten aan te bieden. Een geïnterviewde instelling geeft hierbij aan:

*Als we dat van te voren hadden geweten hadden we anders gebouwd, of waren we gaan huren.*

Door de intrede van het nieuwe bouwbeleid is het nu financieel niet meer verantwoord deze gebouwen door de week leeg te laten staan. Momenteel is deze instelling bezig met het ontwikkelen van dagactiviteiten in deze gebouwen om zo een doelmatiger gebruik te realiseren. Op termijn zal dit leiden tot een doelmatiger gebruik van deze gebouwen.

Deze beleidswijziging (inkomsten op basis van productie in plaats van oppervlakte) heeft ironische consequenties voor een locatie, die vroeger is bestempeld als 'Best Practice' door het CBZ vanwege de ruime opzet, maar nu onrendabele gebouwen blijkt te hebben neergezet. Gebouwd en aangemoedigd vanuit een ideologische zorgachtergrond zijn er gebouwen neergezet, die nu onvoldoende rendabel blijken. De geïnterviewde instelling is vrij groot en geeft aan dit financieel te kunnen opvangen, maar het voorbeeld illustreert de veranderde omstandigheden.

Uit een ander interview bleek ook dat het nieuwe bouwbeleid in sommige gevallen leidt tot een versobering van de bouw. Dit ziekenhuis vertelde dat het moeite had om een solide business case te maken en dat er verschillende 'rondes' waren geweest waarin het ontwerp van het ziekenhuis zo was aangepast om de kosten te verminderen. De geïnterviewde vertelde dat de eerste aanpassingen geen verlies van functionaliteit veroorzaakten. Maar de laatste aanpassingen reduceerde de functionaliteit wel: minder personeelsruimtes bijvoorbeeld. De instelling geeft aan dit als een negatief effect van het beleid te beschouwen.

#### 4.3.4 Om toekomstige risico's te beperken zetten zorgaanbieders in op flexibele bouw om te kunnen wisselen van zorgfunctie

Zorgaanbieders zijn zich er door het nieuwe beleid van bewust dat het gebouw ook in de toekomst moet voldoen aan de (mogelijk veranderende) zorgvraag van de patiënt. Dit houdt in dat zij bij het ontwerp van het gebouw rekening houden met mogelijke andere zorgfuncties dan nu.

Een voorbeeld hiervan is dat in de care verschillende initiatieven worden genomen waarbij "aan de voordeur nog niet is gedefinieerd welke zorgvraag nodig is". Zo vertelde een V&V instelling appartementen te bouwen die patiënten met zowel

weinig ondersteuning (ZZP1) als meer ondersteuning en verpleging (ZZP5) kunnen huisvesten. Het gebouw zal in de toekomst dan geen beperking zijn om in te spelen op een wisselende zorgvraag of zorgzwaarte. Ditzelfde geldt voor de cure waar zorgaanbieders mogelijkheden creëren om bijvoorbeeld klinische ruimten te benutten als poliklinische ruimten en andersom.

#### 4.3.5 Nieuw beleid stimuleert alternatieve aanwendbaarheid gebouw buiten zorgfunctie

Instellingen en financiers geven aan dat alternatieve aanwendbaarheid een belangrijker aspect is na de afschaffing van het bouwregime. De levensduur van een gebouw is langer indien de bestemming kan wijzigen in een andere dan zorg. Dit vergroot de verwachte restwaarde van het gebouw en verlaagt de afschrijvingskosten voor de instelling. Zo zijn er voorbeelden van ziekenhuisafdelingen met flexibele wanden, waarmee een verpleegafdeling omgebouwd kan worden tot een kantoor.

#### 4.3.6 Instellingen zien mogelijkheden om logistiek primaire proces te verbeteren

Waar voorheen de prestatie-eisen van het CBZ van toepassing waren voor onder andere de logistiek, pakken instellingen dit nu zelf op. Vaak nemen zij de normen van het CBZ als uitgangspunt. Zowel in de care als in de cure houden instellingen tijdens de bouw sterk rekening met het optimaliseren van patiënten- en goederenstromen, de lengte van gangen en zo kort mogelijke looplijnen voor personeel. Het nieuwe vraaggerichte beleid in de zorg (hetgeen breder is dan alleen het bouwbeleid) stimuleert doelmatigheid in de zorg wat aanzet tot het vooraf goed doordenken van slimme logistieke oplossingen.

Een interview met een V&V-aanbieder leverde in dit kader een voorbeeld op;

*“Vraag: hoe kan het gebouw de logistiek faciliteren bij distributie van goederen? Als elk appartement een eigen berging heeft, kan de verspreiding van materialen tot aan de voordeur plaatsvinden. (...) Dit resulteert in een efficiëntere logistieke operatie -men hoeft minder vaak te rijden- en vergroot de persoonlijke ruimte van de patiënt.”*

#### 4.3.7 Risicodragendheid stimuleert duurzaamheid, indien financieel aantrekkelijk

Het feit dat zorgaanbieders risicodragend zijn geworden over hun vastgoedinvestering én het bijbehorende onderhoud en energiegebruik stimuleert een duurzame inrichting van het gebouw, wanneer dit financieel aantrekkelijk is. Verschillende zorgaanbieders geven aan dat zij in het ontwerp van het gebouw rekening hebben gehouden met de toekomstige energie en onderhoudskosten. Duurdere bouwkosten door bijvoorbeeld betere isolatie, geothermische installaties, etc. die gecompenseerd worden door lagere toekomstige gebruikskosten, worden daarmee aantrekkelijke investeringen. Zorgaanbieders geven daarnaast aan dat het onderhoud van het pand vaak gegund wordt aan hetzelfde bedrijf dat ook de bouw van het

pand doet om de 'life-cycle costs' te minimaliseren. Hierdoor heeft ook de aannemer een prikkel om toekomstbestendig, onderhoudsintensief te bouwen.

#### 4.3.8 Nieuw beleid stimuleert portfoliomanagement

Uit de interviews blijkt dat het nieuwe bouwbeleid care instellingen (verder) aanzet tot (strategisch) portfoliomanagement. Aanbieders in de care hebben vaak vele (soms honderden) locaties in beheer. Om te voorkomen dat deze organisaties overvallen worden door achterstallig onderhoud en de daarmee gepaard gaande piekende kosten, starten zij met het in kaart brengen van het portfolio van gebouwen. Op basis van dit portfolio ontwikkelen zij onderhoud- en renovatieschema's om verrassingen achteraf te voorkomen.

### 4.4 Andere regels na afschaffing bouwregime

In deze paragraaf beschrijven we de gevolgen van afschaffing van het bouwregime met betrekking tot de regelgeving.

#### 4.4.1 Verschuiving van bureaucratie bij (nieuw)bouw

In de interviews gaven instellingen en financiers aan dat de nieuwe werkwijze minder omslachtig en bureaucratisch is dan voorheen. Over het algemeen juichen zij deze ontwikkeling met vergrote vrijheid en minder bureaucratie toe. Anderzijds geven zij ook aan dat er andere inspanningen voor in de plaats zijn gekomen: de financieringsaanvraag en business case (zie paragraaf 4.5 voor meer details).

#### 4.4.2 Wegvallen prestatie-eisen verandert toezicht op bouw

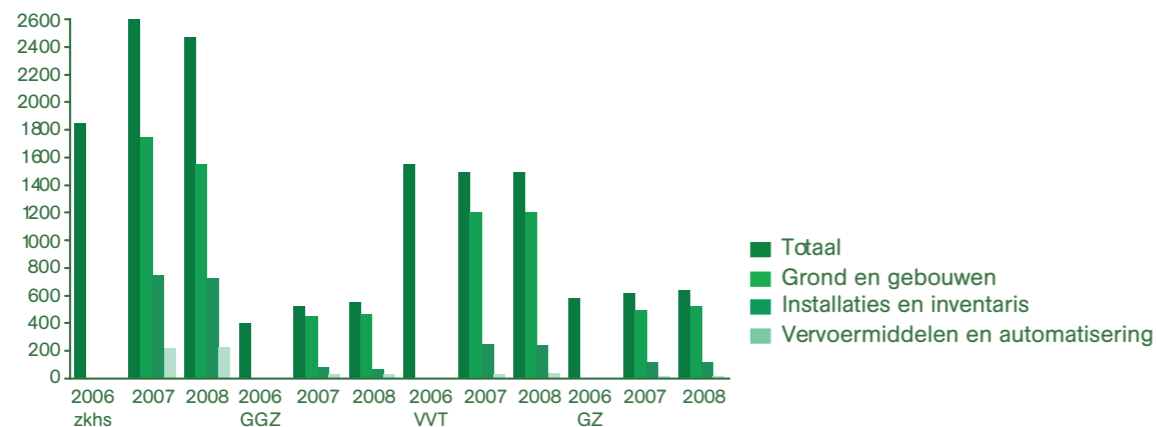
Door de opheffing van het College Bouw verandert ook het toezicht op de bouw. Het toezicht op de patiëntveiligheid is in handen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, andere normen pakt het veld zelf op, hoewel hier geen eenduidig beeld naar voren komt uit de interviews. Financiers geven aan dat zij bij grotere projecten regelmatig een bouwkundige en logistieke keuring laten doen door bijvoorbeeld TNO bouw.

Andere regelgeving vanuit gemeenten en brandweer is ook na afschaffing van het bouwregime onveranderd gebleven.

## 4.5 Financiers en WFZ stellen andere eisen en rekenen risico-opslag

Grond en gebouwen maken een substantieel deel uit van de investeringen van een zorgaanbieder (zie figuur 8). Voor ziekenhuizen maken grond en gebouwen ongeveer tweederde uit van de investeringen, voor de andere sectoren ligt dit percentage zelfs nog hoger. Hiermee maken deze investeringen een belangrijk onderdeel uit van de exploitatie van het ziekenhuis.

Figuur 8 Investeringen naar activa per zorgsector, 2006-2008 in miljoenen euro's  
Bron: CBS Gezondheidszorg in cijfers 2009



Na de afschaffing van het bouwregime heeft de financier een andere, meer prominente rol bij (bouw)investeringen. Immers, de zorgaanbieder heeft meer mogelijkheden om als ondernemer te bouwen, maar wordt ook als dusdanig beoordeeld voor financiering. De toegenomen vrijheid gaat gepaard met toegenomen risico's die de financier (zover mogelijk) wil afdekken of gecompenseerd wil zien. Uit alle interviews blijkt dat financiers nu andere eisen stellen dan onder het bouwregime. In de volgende paragrafen beschrijven we deze veranderde eisen en de haalbaarheid ervan voor zorgaanbieders.

### 4.5.1 Terugbetaalcapaciteit is doorslaggevend in business case

De belangrijkste eis die financiers stellen is dat instellingen een (realistische) business case hebben. Met een business case moeten zorgaanbieders aantonen dat de toekomstige cash flow voldoende is om de kapitaallasten te dragen. De business case moet gebaseerd zijn op realistische aannames op het gebied van marktontwikkelingen, positionering en demografie. Een van de eisen die banken stellen is de zogenaamde 'Debt Service Coverage Ratio'. Dit houdt in dat de cash flow van een zorginstelling altijd een bepaald minimum niveau moet overstijgen. Als dit niet het geval is, dan kan de bank nadere eisen stellen.

Geïnterviewde instellingen vinden het haalbaar om een goede business case op te leveren. Vaak wordt een externe partij in de arm genomen voor het begeleiden hiervan. Wel geven banken en zorgaanbieders aan dat het opstellen van business cases nog onwennig is. Banken en zorgaanbieders merken ook op dat steeds meer zorgaanbieders bekend zijn met de nieuwe eisen van financiers.

### 4.5.2 De solvabiliteit ligt onder de marktconforme grens, maar is niet onoverkoombaar voor financiers

De solvabiliteit is het eigen vermogen gedeeld door het vreemd vermogen (CBS, 2009; NZa, 2009a). Het is een indicator voor de financiële weerbaarheid van ondernemingen. Een hoge solvabiliteit betekent relatief veel eigen vermogen en een grotere buffer in tijden van financiële tegenslag.

Financiers geven aan dat solvabiliteit weliswaar een indicator is voor financiële gezondheid, maar slechts beperkte garanties biedt. Door financiële tegenvallers kan het opgebouwde eigen vermogen snel slinken. Inkomsten en productie op de langere termijn worden dan belangrijker, evenals de strategische visie en het vertrouwen in het management, Raad van Bestuur en professionals om dat te bereiken.

In figuur 9 is de solvabiliteit weergegeven per zorgsector. Dit laat zien dat de cure gemiddeld een lagere solvabiliteit heeft dan de care<sup>41</sup>. Verder valt op dat de solvabiliteit in de GGZ beduidend lager is dan de rest van de care. Dit is het gevolg van de wijziging van bevoorschotting naar achteraf declareren bij de invoering van DBC's in de curatieve GGZ (NZa, 2009b). Hier gaan we in hoofdstuk 6 dieper op in. Daarnaast merken we op dat instellingen in de care financiële buffers hebben moeten opbouwen bij de overgang op ZZP's in 2009, aangezien de bevoorschotting is afgeschaft. Aangezien de gegevens in deze tabel uit 2008 stammen, is het aannemelijk dat de solvabiliteit in de care gedaald is het afgelopen jaar (CBS, 2009)

41 } In deze gegevens, afkomst van de NZa, is de curatieve GGZ opgenomen in GGZ van de care

Figuur 9 Kengetallen per sector 2008  
Bron: NZa Monitor Vermogens Zorgaanbieders 2009<sup>42</sup>

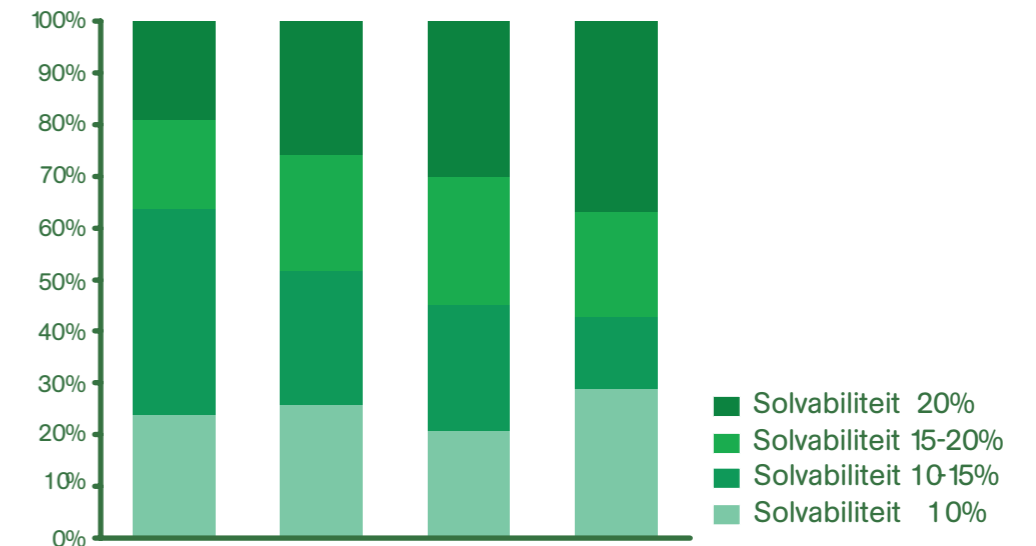
Solvabiliteit	
Algemene ziekenhuizen	105%
UMC's	165%
Radiotherapeutische centra	141%
Revalidatiecentra	159%
GGZ	156%
VV&T	20,2%
GHZZ	0,2%

Eén bank geeft aan dat het hebben van een solvabiliteit boven de 10% een groot pluspunt is voor het verlenen van financiering voor nieuwbouwplannen. Onder dit percentage is het niet onmogelijk, maar wel moeilijker om financiering te krijgen. Vaak werken banken met een zogenaamd 'step-up' scenario, waarbij de solvabiliteit moet groeien in de loop der tijd van bijvoorbeeld 10% naar 15-20%.

Hoewel de gemiddelde solvabiliteit boven deze grens ligt kan een kwart van de instellingen niet aan deze eis voldoen (zie figuur 10). De vermogenseis van het WFZ is 10-15%

42 } Deze getallen wijken op sommige punten af van de solvabiliteitsratio's uit het jaarverslag van het WFZ 2009, p. 19. We kiezen ervoor om de getallen van de NZa als leidend te beschouwen aangezien hier alle instellingen in meegenomen zijn, ook de instellingen die niet aangesloten zijn bij het WFZ.

Figuur 10 Aantal instellingen per zorgsector naar mate van solvabiliteit, 2007 en 2008  
Bron: CBS Gezondheidszorg in cijfers 2009



#### 4.5.3 Banken stellen eisen op gebied van governance

Zowel instellingen als financiers geven aan dat het vertrouwen in de bedrijfsvoering zwaarder is gaan wegen. Een strategische visie, kwalificaties van het management, de Raad van Bestuur (RvB) en de Raad van Toezicht zijn een vereiste. Ervaringen en keuzes uit het verleden bepalen het vertrouwen in de kredietwaardigheid van de zorgaanbieder.

Naast vertrouwen in het management en de RvB, vinden banken de medewerking van de medische staf ook van belang bij ziekenhuizen. De bouwinvestering is een integraal onderdeel van de begroting en dus niet los te zien van andere processen in de instelling. Zo is bijvoorbeeld de kwaliteit van de planning en control cyclus is van belang.

Als in de business case een efficiëntieverbetering is opgenomen, toetst de bank regelmatig het draagvlak hiervan bij de medische staf. Daarnaast streven banken in toenemende mate naar financieel commitment van medisch specialisten. Dit doen ze om ervan verzekerd te zijn dat ook de medisch specialisten de plannen steunen en een drempel op te werpen voor artsen die mogelijk het ziekenhuizen willen verlaten.

De relatie met de zorgverzekeraar of het zorgkantoor zijn belangrijker dan voorheen. Regelmatig vragen zij om een garantieverklaring van inkoop bij de desbetreffende instelling, of om informatie over flexibiliteit rondom productieafspraken. Eén bank geeft aan dat dit met name aan de orde is als de solvabiliteit onder de 10% ligt.

#### 4.5.4 Financiers rekenen renteopslag om gestegen risico's te compenseren

Zoals eerder gezegd stimuleert de afschaffing van het bouwregime het ondernemerschap van zorgaanbieders. Dit brengt kansen, maar ook risico's met zich mee die financiers voorheen niet hadden. Om hiervoor te compenseren rekenen veel financiers een renteopslag variërend tussen de 0,5% tot 1,0%.<sup>43</sup>

#### 4.5.5 Kortere afschrijvingsperiode zorgt voor hogere lasten

Onder het bouwregime was de lengte van de lening afhankelijk van de duur van kapitaallastenvergoeding vanuit de overheid en had dus geen relatie met de werkelijke economische waarde van de investering. Doorgaans was dit 50 jaar voor investeringen in het gebouw, maar korter voor andere investeringen zoals inventaris. In het nieuwe systeem wordt dit afhankelijk van de economische levensduur van de investering.

Een gebouw is na gemiddeld 30 jaar aan vervanging toe. Dat betekent dat zorgaanbieders in kortere tijd hetzelfde bedrag moeten afschrijven, met als gevolg hogere afschrijvingslasten. In feite blijkt nu dat in het verleden er te weinig kapitaallasten zijn geabsorbeerd in de exploitatierekening van zorginstellingen. De kosten van dit oude systeem komen nu naar boven in de vorm van boekwaarde problematiek (voor meer details zie hoofdstuk 6).

Daarnaast blijkt dat ook de aflossingstermijn van leningen door banken ingekort wordt. Zo zijn we voorbeelden tegengekomen van een aflossingstermijn van 15 -20 jaar. Deze termijnen zijn dus korter dan de afschrijvingstermijn en vormen daarmee een extra belasting van de exploitatierekening van het ziekenhuis, gedurende de eerste tijd van het nieuwe gebouw.

#### 4.5.6 Overige financiële ontwikkelingen

Naast bovengenoemde eisen als gevolg van afschaffing van het bouwregime, is de impact van het nieuwe bouwbeleid niet los te zien van andere financiële ontwikkelingen. De belangrijkste lichten we hieronder toe.

43 } Percentages zijn als indicatief te beschouwen: deze kunnen veranderen door veranderende marktomstandigheden en verschillen per financier, per zorgaanbieder, per type lening.

#### 4.5.6.1 Kredietcrisis leidt tot meer risicoaversie financiers

De kredietcrisis heeft ook gevolgen voor de financiering van bouwplannen in de zorgsector. Allereerst is er sprake van een renteopslag, alhoewel financiers aangeven dat deze renteopslag verband houdt met het toegenomen risico van zorgaanbieders en niet zozeer met de kredietcrisis. Daarnaast zijn er nog twee gevolgen die deels aan de kredietcrisis te wijten zijn:

- Ten eerste eisen banken en het WFZ een hypotheek op het bestaande gebouw als onderpand. Tegelijkertijd heeft dit ook te maken met het wegvallen van (budgettaire) zekerheden van zorginstellingen. De hypothecaire zekerheid is namelijk van belang in de onderhandelingspositie met de curator in geval van een faillissement.
- Ten tweede geven banken aan dat zij bij grote projecten (vanaf >100 miljoen) de voorkeur geven aan een consortium om zo het risico te spreiden. Gezien de grootte van de investering is dit vaker het geval in de cure dan in de care.

#### 4.5.6.2 GGZ kampt met werkkapitaalprobleem

De overgang naar DBC's in de curatieve GGZ zorgt voor een periode met verlaagde inkomsten. Zorgverzekeraars zijn bij de invoering gestopt met de bevoorschotting van deze vorm van zorg. Gevolg is dat veel instellingen kortdurende schulden moesten aangaan om in hun eigen liquiditeit te kunnen blijven voorzien. Deze (tijdelijke) vermindering van het eigen werkkapitaal en verlaagde solvabiliteit verlaagt de kredietwaardigheid van instellingen. Hierdoor hebben zij moeilijker toegang tot het aantrekken van vreemd vermogen (NZa, 2009b; CBS, 2009).

## 4.6 Casussen

Zoals eerder besproken gaan we nu verder met een tweetal casussen die goed laten zien wat de effecten van het gewijzigde bouwbeleid zijn.

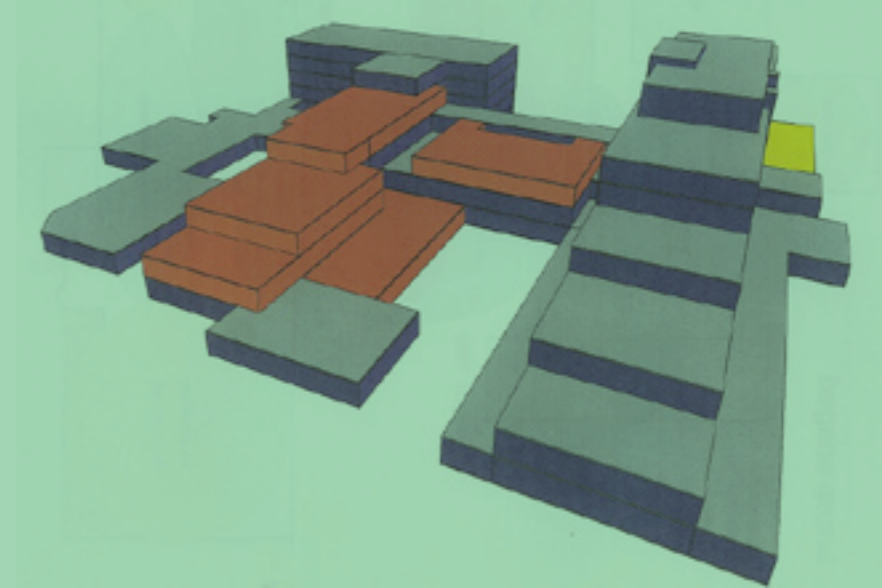
## Casus Gemini Ziekenhuis



### Geschiedenis nieuwbouw Gemini Ziekenhuis te Den Helder

In 2000 wordt na gesprekken met diverse in- en externe stakeholders en in samenwerking met vastgoedbureau AAG, een lange termijn huisvestingsplan (LTHP) ontwikkeld. Dit LTHP wordt in april 2001 opgestuurd naar het CBZ. In het LTHP wordt uitgegaan van een uitbreiding van 3090 vierkante meter ten opzichte van het bestaande ziekenhuis en een renovatie van 18.391 vierkante meter. De totale kosten werden indertijd geschat op Hfl 36.500.000,-. Het werkelijke oppervlak van het ziekenhuis is dan 31.673 vierkante meter en het normatieve oppervlakte is door het College bouw vastgesteld op 26.514 vierkante meter. Het totale oppervlak van het ziekenhuis na uitvoeren LTHP zou dus ca 34.763 vierkante meter bedragen (zie figuur 1 voor bouwtekeningen). Het aantal erkende bedden bedraagt 312.

Figuur A Origineel bouwplan (rode en gele vlakken zijn uitbreidingen)



Het grote verschil tussen werkelijke vierkante meters en normatieve vierkante meters zit vooral in extra verkeersruimten en veel technische ruimten (het ziekenhuis heeft bijvoorbeeld een compleet airconditioning systeem). Het Gemini Ziekenhuis is een fusie ziekenhuis en bestaat uit twee bouwdelen.

In oktober 2000 wordt een MFE (Multi Functionele Eenheid, een samenwerkingsverband van de PAAZ afdeling van het ziekenhuis, RIAGG en GGZ Noord Holland Noord. Tegenwoordig RCG Noordoeyne geheten) in gebruik genomen. Deze MFE is gedeeltelijk in en gedeeltelijk tegen het ziekenhuis aangebouwd en verhoogd het oppervlak van het ziekenhuis met nog eens 2.500 vierkante meter. Met de bouw van de MFE bestaat het Gemini Ziekenhuis dus uit 3 bouwdelen uit 1965, 1980 en 2000.

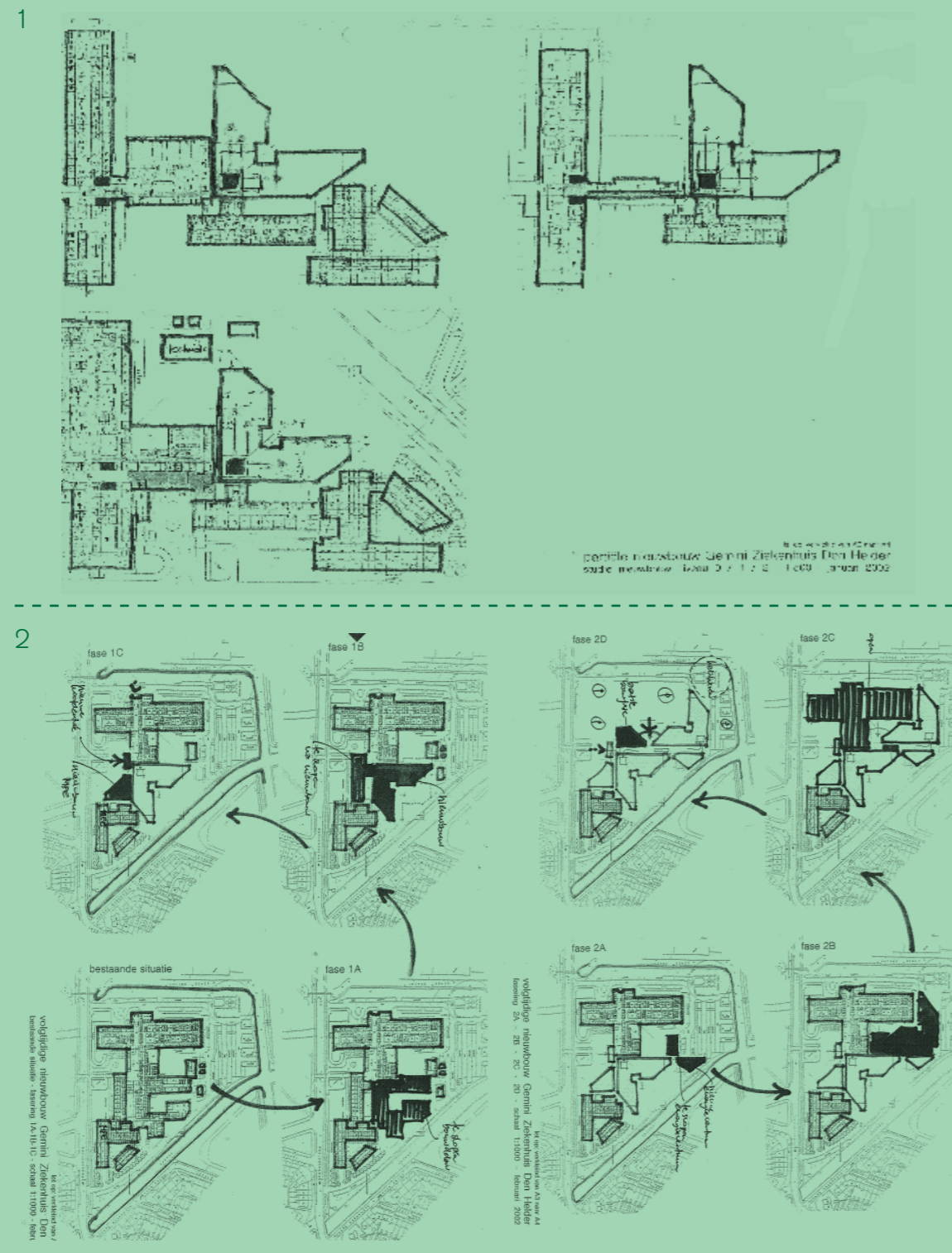
In oktober 2001 stelde het Bouwcollege dat het LTHP voldeed aan de wettelijke eisen. Het Bouwcollege vroeg zich wel af of het uitvoeren van het LTHP zinvol was, omdat uitgaande van de huidige bouw, het nooit een goed functioneel ziekenhuis zou kunnen ontstaan. Het Bouwcollege raadde het Gemini Ziekenhuis aan om vervangende nieuwbouw te overwegen.

In de winter van 2001/2002 werden diverse bouwvarianten onderzocht zoals beperkte sloop en nieuwbouw op de bestaande locatie en volgtijdige nieuwbouw eveneens op de bestaande locatie. Deze varianten werden met het CBZ besproken. De belangrijkste conclusie van deze gesprekken was dat de kosten van deze varianten ook gezien de kosten van interim voorzieningen dermate hoog waren dat die niet in verhouding zouden staan tot vervangende nieuwbouw op een nieuwe locatie ook gezien de te kleine locatie van 3,4 hectare. De parkeerdruk voor de buurt en het te kleine parkeerterrein van het ziekenhuis was een extra handicap.

Een andere conclusie was dat indien het ziekenhuis koos voor vervangende nieuwbouw op een andere locatie, dit pas in 2012/2013 mogelijk zou zijn gezien de boekwaarde problematiek.

In mei 2003 wordt een werkconferentie georganiseerd om bij de in- en externe stakeholders commitment te krijgen voor vervangende nieuwbouw.

Figuur B 1. Gedeeltelijke nieuwbouw variant / 2. Volgtijdige nieuwbouw variant



Na deze conferentie wordt het stil rond de nieuwbouw aangezien het ziekenhuis “out of the blue” grote financiële problemen bleek te hebben. Er werd een saneerder aangesteld en door hard ingrijpen in de personeels- en materiële kosten en met hulp van het College sanering is de financiële positie in 2005 weer redelijk op orde en kan weer aan nieuwbouw worden gedacht.

Het Bouwcollege adviseert dan te anticiperen op de nieuwe regelgeving in het kader van de WTZi en een aanvraag verklaring voor vervangende nieuwbouw in te dienen omdat renovatie van het huidige gebouw geen wezenlijke bijdrage zal leveren aan het verbeteren van de exploitatie. Indien er een zogenaamde “ijskast clause” door VWS wordt toegepast, zal het ziekenhuis samen met het bouwcollege mogen zoeken naar een oplossing.

Uiteindelijk ontvangt in mei 2006 het ziekenhuis een afschrift van het advies aan het ministerie over de ingediende aanvraag. De conclusie is dat het voorliggende initiatief in overeenstemming is met de geldende prestatie eisen van artikel 10 WTZi. Gelet op de bevindingen adviseert het Bouwcollege de toelating af te geven.

### Verdere uitwerking nieuwbouwplannen: Living Building Concept

Na dit positieve advies van het Bouwcollege aan VWS van de bouwplannen, kiest het Gemini ziekenhuis voor verdere uitwerking van de bouwplannen aan de hand van het Living Building Concept (LBC).

Het Gemini Ziekenhuis realiseert zich dat door onder andere de marktwerking in de zorg, de afschaffing van het bouwregime, nieuwe (medische) technieken, de inzet van ICT, internet, de vergrijzende bevolking en de mondiger patiënt, de zorgprocessen snel en vaak zullen (moeten) veranderen. Aangezien ziekenhuis vastgoed een schil is rond deze processen, zal deze “schil” zich constant om de processen moeten voegen. Dit vraagt een flexibel gebouw die zijn waarde behoudt, zelfs voor niet-zorggerelateerde bedrijvigheid. Het Living Building Concept lijkt voor dit gedachtegoed uitstekend geschikt.

Op basis van een studiereis wordt besloten dat het Planetree concept iets is voor het Gemini Ziekenhuis, mits aangepast aan de Nederlandse omstandigheden. Het Planetree concept gaat uit van 12 componenten binnen 3 hoofdvlakken te weten: helende omgeving, betere zorg en een gezonde organisatie. Het Planetree gedachtegoed wordt bij de nieuwbouw plannen meegenomen.

Ondertussen wordt in samenwerking met de gemeente Den Helder naarstig gezocht naar een locatie voor het nieuwe ziekenhuis. Uitgangspunt is: minimaal 6 hectare, goed bereikbaar, meer centraal voor de regio en betaalbaar. Uiteindelijk valt de keus op het sportveldencomplex De Dogger. Na intensieve onderhandelingen met de gemeente komt de prijs uiteindelijk op € 100,- per vierkante meter uitgaande van 7,15 hectare. De benodigde bouwvergunning is naar verwachting april 2011 rond zodat dan ook gelijk de eerste paal de grond in kan.

Het ziekenhuis is als 2e lijns zorginstelling onderdeel van een keten. Aangezien voldoende grondoppervlak aanwezig is wordt in 2008 via een marktverkenning onderzocht wat de mogelijkheden zijn voor "derden" zoals GGZ, 1e lijn, HAP, Koninklijke Marine en andere zorggerelateerde bedrijvigheid op het terrein van het ziekenhuis. De conclusie van dit onderzoek is dat ca 10.000 vierkante meter haalbaar wordt geacht gebaseerd op drie thema's; quality fit, prevent center en fit4future.

Na een voorselectie wordt de uitvraag in 2009 in de markt gezet bij 3 consortia. In de uitvraag zijn de jaarlijkse kapitaallasten, de kosten voor schoonmaak en onderhoud gelimiteerd op € 4.500.000,-.<sup>44</sup>

Na bestudering van de ingediende stukken kiest het Gemini ziekenhuis in maart 2010 ervoor om met Helder Oranje (een groep rond Aan de Stegge Verenigde Bedrijven met als architect Arnold Burger) een Samenwerkings Overeenkomst (SOK) aan te gaan. Het nieuwe ziekenhuis wordt ca 25.000 vierkante meter dit in tegenstelling tot het eerste plan uit 2000 wat nog uitging van ca 35.000 vierkante meter.

- In het nieuwe gebouw is het mogelijk een efficiëntere logistiek van personeel, patiënt en goederen te realiseren. Op basis van (conservatieve) schattingen levert dit 2% van de omzet van € 70 miljoen op, dat is dus € 1,4 miljoen op jaarbasis.
- Voor de exploitatie kan dit al gauw een voordeel van ca. € 450.000,- opleveren door minder kosten van schoonmaak en onderhoud.
- Ook het energiegebruik zal aanmerkelijk lager zijn (in de orde van grootte van € 300.000,-).
- Het Gemini Ziekenhuis heeft in het kader van efficiënter bouwen toekomstscenario's ontwikkeld waarmee in het ontwerp rekening moest worden gehouden en die eisen stellen aan de initiële-, ombouw- en volumeflexibiliteit. Dit komt terug in het onderstaande bouwplan.

De gewenste flexibiliteit onderscheidt zich op 3 niveaus te weten gebiedsniveau, het gebouw kan krimpen en groeien; gebouw niveau, ruimten in het gebouw moeten alternatief aanwendbaar zijn (dus flexibel in gebruik / functies voor verpleging, poli, maar ook kantoor, school, woning); Ruimten zijn op zeer gedetailleerd niveau flexibel indeelbaar. Hiervoor is gekozen voor een universele maatvoering (lego blokjes) waar alle functies in passen.

44 } Bedrag is exclusief aflossing en gaat alleen over de huurlasten.

Tevens wordt gebruik gemaakt van speciale systeemwanden die herbruikbaar zijn en waarmee tevens nagenoeg alle varianten mogelijk zijn. De pantry's zijn verplaatsbaar en aansluitbaar op diverse punten van de wanden. Ook dit voorkomt sloop of beperking in flexibiliteit. Het is een kwestie van uit elkaar halen en elders weer in elkaar zetten. Zo zijn bijvoorbeeld ook de balies ontworpen.

## Financiering nieuwbouw Gemini

De nieuwbouw van het ziekenhuis vergt een totale investering van circa € 100 miljoen. Globaal kan deze investering verdeeld worden in € 65 miljoen gebouwen, € 17 miljoen grond en installaties en € 18 miljoen in apparatuur en inventaris.

De bekostiging van de nieuwbouw zal het ziekenhuis voornamelijk moeten realiseren door anders, efficiënter en slimmer te gaan werken. In de nieuwe situatie zal er nagenoeg papierloos worden gewerkt. Om dit mogelijk te maken wordt er nu al voorgesorteerd. Voor de komende jaren is afgesproken om successievelijk de norm voor de kapitaallasten, te beginnen in het begrotingsjaar 2010 te verhogen naar uiteindelijk 7.9% in 2013.

In de huidige situatie overstijgen de budgetvergoedingen voor kapitaallasten de werkelijke kosten en dit surplus wordt momenteel gedoteerd aan de exploitatie. Dit is één van de ombuigingen/bezuinigingen die voor de toekomst dient plaats te vinden. Het efficiënter werken wordt ook afgedwongen door de omvang van de nieuwbouw. Door kleiner te bouwen is het Gemini ziekenhuis genoodzaakt de processen anders te organiseren.

In de business case wordt er van uitgegaan dat de nieuwbouw in eigendom wordt verworven, dit is geen absolute voorwaarde. PPS-achtige<sup>45</sup> constructies worden niet uitgesloten. Intern moet met elkaar de discussie nog worden opgestart met betrekking tot het kopen of huren van het vastgoed.

Het weerstandsvermogen bereikt ultimo 2009 het niveau van circa 15%. De huidige rente op markt is gunstig, een stijging van de rente naar een niveau hoger dan 6.5% maakt de business case kwetsbaar. Het rendement voor de toekomst moet gehaald worden uit slimmer en efficiënter werken, de ondersteuning door middel van ICT is onmisbaar.

45 } PPS staat voor publiek private samenwerking.

## Financiële effecten nieuwe ontwerp door nieuw bouwbeleid: minder exploitatie kosten en aanzienlijke logistieke winsten

In onderstaande tabel hebben we voor de casus Gemini uiteengezet wat de financiële effecten zijn van het nieuwe bouwbeleid. De huidige business case van het Gemini is vergeleken met de (fictieve) business case van het eerste ontwerp van het gebouw dat gerealiseerd is onder het oude bouwregime. Hierin maken we onderscheid tussen twee scenario's: een oud ontwerp met een afschrijftermijn van 50 jaar en een afschrijftermijn van 30 jaar.

Figuur C Financiële effecten nieuw bouwbeleid jaar 1 - business case Gemini ziekenhuis

Bedragen in miljoen		nieuw huidige ontwerp <sup>46</sup>	oud ontwerp met 50 jaar afschrijftermijn <sup>47</sup>	oud ontwerp 30 jaar afschrijftermijn
Investeringskosten gebouw		€ 65	€ 84,50 <sup>48</sup>	€ 84,50 <sup>49</sup>
Rente op de markt	5,50% <sup>50</sup>	€ 3,58		
Rente oude situatie	4,25% <sup>51</sup>		€ 3,59	€ 3,59
Afschrijving		€ 2,17	€ 1,69	€ 2,81
Totaal kapitaallasten per jaar		€ 5,74	€ 5,28	€ 6,41
Verschi onderhoud & schoonmaak <sup>52</sup>		€ 0,45	€ -	€ -
Verschi logistiek <sup>53</sup>		€ 0,30	€ -	€ -
Totaal kapitaallasten per jaar incl. verschil in onderhoud, en energie		€ 4,99	€ 5,28	€ 6,41
Verschi logistiek <sup>54</sup>		€ 1,40	€ -	€ -
Totale expl. lasten gebouw, incl. afschrijving per jaar		€ 3,59	€ 5,28	€ 6,41

46 } Uitgaande van annuïtaire aflossing over 30 jaar.

47 } Uitgaande van (irreële) afschrijftermijn van 50 jaar over het hele pand, zoals vroeger gebruikelijk.

48 } Uitgaande van 30% meer kosten van gebouw door meer vierkante meters, zoals oorspronkelijk plan in 2000.

49 } Uitgaande van 30% meer kosten van gebouw door meer vierkante meters, zoals oorspronkelijk plan in 2000.

50 } Op basis van oriënterende gesprekken met financiers opgenomen in business case, geen definitief percentage.

51 } Uitgaande van opslag van 50-75 basispunten die Nza heeft doorgevoerd in n.a.v. nieuwe rendementseisen van financiers, interviews met bankiers en het rendement op 10-jarige Nederlandse onderhandse lening met WFZ garantie staatsobligatie anno april 2010 (3,6%, Bron: Wallich & Matthes), vermeerderd met 75 basispunten opslag zoals gebruikelijk in oude systematiek voor de korte rente.

52 } Zoals beschreven eerder in casus.

53 } Zoals beschreven eerder in casus.

54 } Zoals beschreven eerder in casus.

55 } Percentage =  $1 - (3,59/6,41)$ .

56 } Percentage =  $1 - (3,59/5,28)$ .

De uitkomst van de bovenstaande berekening is dat het nieuwe bouwbeleid sterk bijdraagt aan het verminderen van de totale bouwkosten van ziekenhuizen. Zelfs ondanks de hogere rentelasten is het huidige ontwerp zo'n 44% goedkoper in vergelijking met de variant onder het oude systeem met 30 jaar afschrijving en 32% goedkoper wanneer men rekent met de (irreële) afschrijftermijn van 50 jaar en ook de winst in de logistiek meerekent.

Als men alleen de kapitaallasten van het gebouw bekijkt en dan beide scenario's met 30 jaar afschrijving vergelijkt dan komt men uit op een besparing van 11%.<sup>57</sup>

## Conclusie casus Gemini

Het Gemini ziekenhuis heeft belangrijke stappen gezet op weg naar een ziekenhuis dat qua ontwerp klaar is voor de eisen van de nieuwe tijd. Het nieuwe gebouw is flexibel op het gebied van volume en ombouw van functies. Het nieuwe gebouw zal bijdragen aan het efficiënter leveren van goede zorg voor de patiënt. Steker nog: een nieuw gebouw is noodzakelijk om de huidige verouderde logistiek en manier van zorgverlening te verbeteren. De laatste stappen die nog gezet moeten zijn het vormgeven van de financiering van het gebouw. Dit moet lukken is de inschatting, zeker nu de overheid duidelijkheid heeft verschaft over de boekwaardeproblematiek.

57 } Percentage =  $1 - (5,74/6,41)$ .

## Casus Isala Klinieken



### Inleiding

De nieuwbouw van de Isala Klinieken in Zwolle is sterk gekenmerkt door de afschaffing van het bouwregime; de eerste plannen dateren uit 1999 en de bouw vindt momenteel plaats. Daarnaast is ook de afschaffing van de verplichte herbestemming van het oude gebouw van invloed. Waar voorheen oude gebouwen en grond een nieuwe bestemming moesten krijgen, is ook hierin de vrijheid voor instellingen gegroeid. Van deze vrijheid 'om in de wei te gaan bouwen' kon Isala echter nog niet profiteren, omdat de bouwplannen al in een te ver gevorderd stadium waren. Desalniettemin is toch een aanzienlijke efficiëntieslag gemaakt in het 2e bouwontwerp met betrekking tot het aantal vierkante meters, de logistiek en een efficiëntere bouwfasering. Hieronder lichten we dit verder toe.

### Het proces

De Isala Klinieken is een fusieziekenhuis tussen ziekenhuis de Weezenlanden en het Sofia Ziekenhuis. De gebouwen waren eind jaren '90 aan vernieuwing toe, maar voorwaarde van VWS om te mogen bouwen was dat gebruik moest worden gemaakt van één van de huidige locaties. Met dit gegeven is rond 1999-2003 het bouwinitiatief opgesteld, in de wetenschap dat de kapitaallasten zouden worden nagecalculeerd. Om de vergunning(en) te verkrijgen is het ontwerp geheel conform de toen vigerende bouwmaatstaven uitgewerkt. Als gevolg van de discussie over nacalculatie in 2004 heeft Isala, anticiperend op de aankomende stelselwijziging, de plannen heroverwogen. Er zijn aanpassingen en verkleiningen doorgevoerd. Na onderzoek in 2007 is bovendien besloten de oudbouw toch te slopen en te vervangen door kleinschalige nieuwbouw en is standaardisatie van het nieuwbouwplan verder doorgezet. Door het wegvallen van de zekerheid van nacalculatie heeft Isala een business case opgesteld en op basis daarvan de financiering van de bouw met de banken georganiseerd.

Omdat pas in 2005/2006 de omslag in financiering van de bouw zichtbaar werd en het ontwerp feitelijk al opgesteld was heeft Isala bij heroverweging van de plannen er voor gekozen zoveel mogelijk bij de oorsprong van het ontwerp te blijven om desinvestering van ontwerpkosten te vermijden.

Er is veel werk gemaakt van de wijze van aanbesteden. Er is niet traditioneel aanbesteed, maar Isala is op zoek gegaan naar een 'bouwpartner'. Risico's zijn vooraf in kaart gebracht en worden ook tijdens het bouwproces zo gemanaged. De partner is uiteindelijk gevonden in een consortium D2B (BAM, BAM techniek, Croon elektrotechniek, Unica en Kropman), waar Isala erg positief over is.

### Verschillen tussen eerste en tweede bouwplan

Er zijn verschillende aanpassingen in het bouwplan gedaan, zowel in het gebouw zelf als in het bouwproces. Destijds als één van de eerste ziekenhuizen, is Isala intern de discussie aangegaan op welke wijze kosten kunnen worden bespaard. Door verruiming van openingstijden en een betere planning wordt ruimte en apparatuur beter benut. De door VWS toegestane oppervlakte is met ongeveer 10%-15% verlaagd. Daarnaast zijn er keuzes gemaakt om de exploitatie van het ziekenhuis te verbeteren door bijvoorbeeld energiebesparende investeringen en verbeterde logistiek. Ook is besloten om de parkeerlaag die onder het gebouw was gepland te laten vervallen en de vrijkomende ruimte te besteden aan zorgfuncties. Een andere belangrijke wijziging die is doorgevoerd is het slopen van alle bestaande gebouwen en deze vervangen door kleinschaliger nieuwbouw.

Naast verbeteringen in het gebouw en de exploitatie kan nu ook het bouwproces efficiënter plaatsvinden. Het oorspronkelijke initiatief kende veel fasen (tranches). Dit was ingegeven door het kader van het oude bouwregime met bouwprioritering. Mede dankzij het opheffen van het bouwregime is de fasering ingedikt en geoptimaliseerd. Hiermee is een verkorting van de bouwperiode, dus kortere bouwoverlast, en een efficiëntere en daardoor goedkopere bouwstroom bewerkstelligd.

Figuur D Bovenaanzicht de Isala Kliniek



### Mogelijkheden van 'vrijer' bouwen

Stel dat men nu vandaag een nieuw ziekenhuis zou bouwen 'in de wei'. Zou dan nog steeds het huidige ontwerp zijn gebruikt? Uiteindelijk denkt Isala van wel, het huidige plan zit goed in elkaar, wordt efficiënt gebouwd en heeft goede exploitatiemogelijkheden. Maar de keuze voor de locatie zou wellicht anders zijn uitgekapt, waarmee er nog doelmatiger gebouwd had kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is het herpositioneren van ondersteunende diensten zoals de radiotherapie. In de huidige situatie liggen deze afdelingen qua logistiek niet optimaal, in een vrij ontwerp zou dat misschien anders zijn. Daarnaast zou ook de bereikbaarheid verder verbeterd kunnen worden (zoals aansluiting op het openbaar vervoer) en meer flexibele uitbreidingsmogelijkheden ingebouwd kunnen worden.

### Conclusie casus Isala

Door de afschaffing van het bouwregime heeft het Isala een efficiënter ontwerp van het gebouw gerealiseerd dan in eerste instantie het geval was. Er zijn niet alleen besparingen gerealiseerd in het aantal vierkante meters, ook de exploitatiekosten dalen door een efficiëntere logistiek en minder onderhoud en energieverbruik. Als Isala in staat was geweest op een nieuwe locatie te bouwen dan waren bovengenoemde effecten misschien nog groter geweest.

## 4.7 Conclusie effecten nieuw bouwbeleid

Uit bovenstaande casussen en de interviews komt een consistent beeld naar voren over de effecten van het nieuwe beleid. Kort samengevat zet het nieuwe bouwbeleid aan tot doelmatiger bouw en doelmatiger gebruik van het gebouw via verschillende mechanismen die in dit hoofdstuk beschreven staan. Deze nieuwe manier van bouwen blijkt voorwaardelijk om ook de doelmatigheidswinst in het primaire proces van de zorg te realiseren. Hieruit komt ook op operationeel vlak naar voren hoe belangrijk het is om de zorg en het gebouw waarin de zorg geleverd wordt in een integraal perspectief te bezien. Integrale bekostiging is dan ook een logisch gevolg van deze (operationele) realiteit.

De verminderde bureaucratie rondom de vergunningaanvraag wordt door veldpartijen als zeer welkom ervaren, maar daar zijn andere inspanningen in de vorm business cases en gesprekken met financiers voor teruggekomen.

Uit interviews met andere zorgaanbieders komen ook percentages van 20%-30% minder vierkante meters naar voren. Daarnaast leiden de besparingen in vierkante meters ook tot besparingen op het onderhoud, energie en bijvoorbeeld schoonmaakkosten. In totaal realiseert het nieuwe beleid zo'n 15% besparingen in de cure op kapitaallasten en daarnaast is doelmatigheidswinst mogelijk door een betere logistiek. Dit resulteert in een besparing van € 300-390 miljoen in de cure, terwijl zorgaanbieders in de cure aangeven dat de functionaliteit van hun gebouw juist toeneemt door slimmere bouwconcepten neer te zetten.

Financiers stellen andere eisen aan zorginstellingen. De belangrijkste eis is een solide business case, waaruit blijkt dat de zorginstelling de kapitaallasten van de aangegane lening kan betalen uit de exploitatie. Verder geven financiers aan een risico-opslag te rekenen op de leningen als deze lening niet geborgd is door het Wfz.

Concluderend, lijkt het erop dat het nieuwe bouwbeleid een stap in de goede richting is wat bijdraagt aan het realiseren van doelmatige zorg van hoge kwaliteit. Daarnaast blijkt dat de huidige onduidelijkheden de effectiviteit van het beleid remmen en verder weggenomen dienen te worden (voor meer details zie hoofdstuk 6 en 7).

## 5 Effecten specifiek bouwbeleid

In dit hoofdstuk brengen we de effecten van het specifieke bouwbeleid dat voornamelijk in de care is ingezet in kaart. We beginnen met de extramuralisering, vervolgens richten we ons op kleinschalig wonen en het aantal eenpersoonskamers. We sluiten dit hoofdstuk af met een casus die exemplarisch is voor de effecten van het beleid in de care.

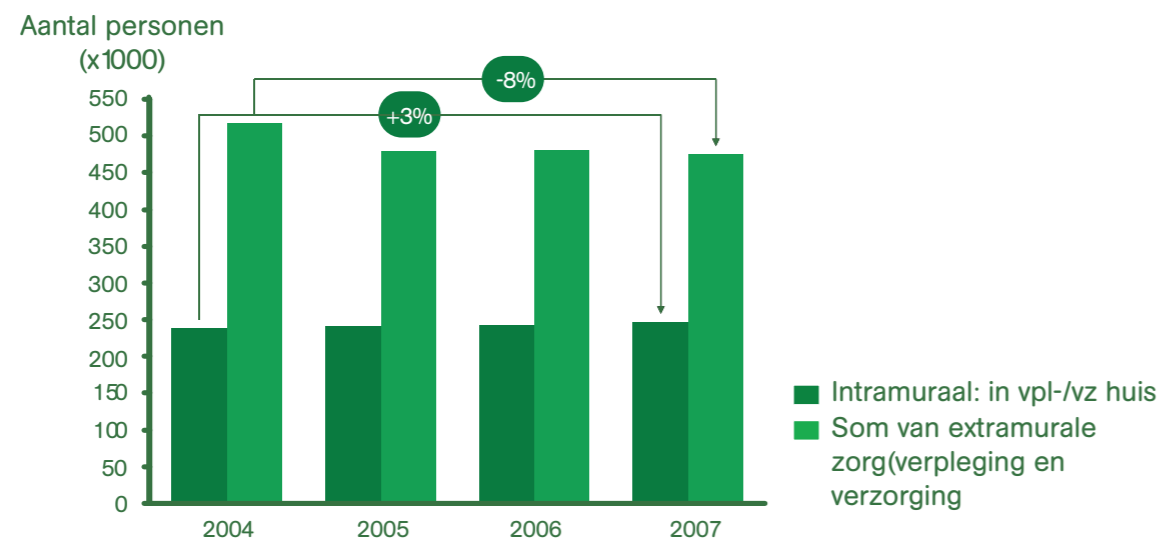
## 5.1 Extramuralisering in de GGZ, V&V en GHZ nog beperkt

In deze paragraaf beschrijven we de mate van extramuralisering in de GGZ, V&V en GZ.

### 5.1.1 V&V laat zien dat het kan: dalende opnamen per inwoner van 65+

Terwijl in de periode 2004-2007 het aantal 65-plussers met 5,2% steeg (CBS, 2009), steeg het aantal intramurale patiënten in de V&V sector slechts met 3%, dit is dus een absolute daling van het aantal dagen intramurale zorgconsumptie per 65-plusser (zie figuur 11). Tegelijkertijd daalt het volume van de extramurale (thuis) zorg over dezelfde periode. Dit wordt onder andere gerealiseerd door een strengere indicatiestelling van het CIZ (CBS, 2009).

Figuur 11 Productie van VV&T sector 2004-2007  
Bron: CBS statline



Alhoewel de VV&T een goede ontwikkeling kent op het gebied van extramuralisering, laten best practices uit de rapportage Kosten en Kwaliteit – Werken aan de Zorg zien dat er nog veel meer potentieel is voor het vervangen van intramurale zorg door innovatieve verzorgd wonen concepten. De huidige bekostiging van de V&V sector remt deze ontwikkeling. Door de separate financiering van intra- (V&V) en extramurale (thuiszorg) ouderenzorg komt substitutie van intramurale zorg moeilijk tot stand. Dit type probleem in de bekostiging zien we ook terug in de sectoren GGZ en GHZ.

58 } Zie [www.werkenaandezorg.nl](http://www.werkenaandezorg.nl), best practice Swinhove Groep.

### 5.1.2 GGZ kent een relatieve ambulantisering

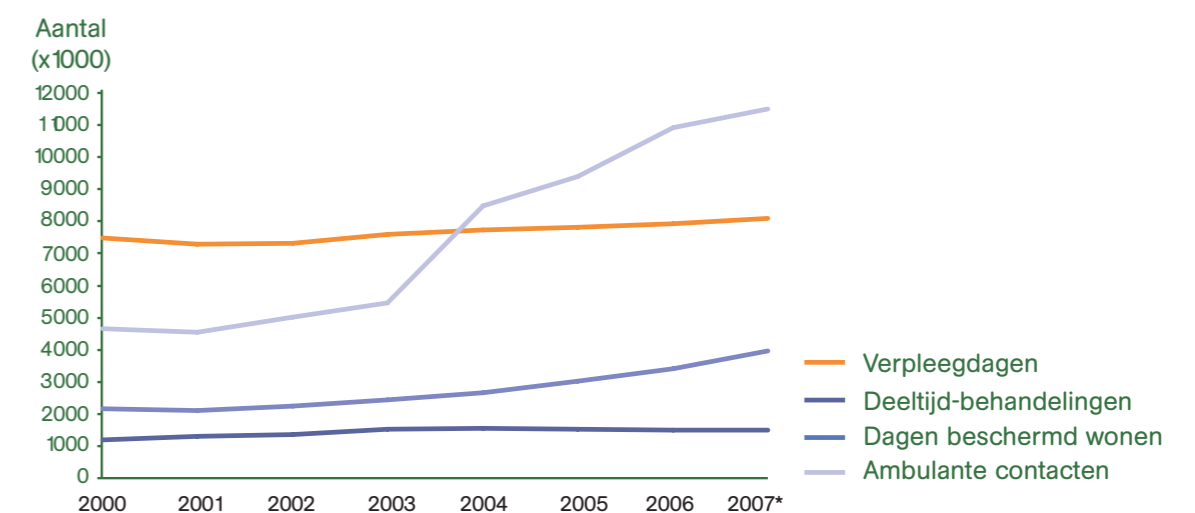
In figuur 12 is te zien dat in de periode 2000 tot 2007 het aantal ambulante contacten met 134% is gestegen. Vanaf 2004 zijn ook telefonische contacten meegeteld in de registratie van ambulante contacten. Dit verklaart deels de plotselinge stijging in 2004.

In de GGZ is sprake van een relatieve ambulantisering. Dit houdt in dat het aantal ambulante (=extramurale zorg) contacten in absolute zin is gestegen. De verwachte daling van de klinische capaciteit en het aantal verpleegdagen blijft echter uit. Er is namelijk geen daling te zien in het aantal verpleegdagen, wat bijvoorbeeld bij de ambulantisering in Engeland wel het geval was. Daar daalde het aantal bedden in GGZ-instellingen tussen 1990 en 2001 met 52%, terwijl het aantal bedden per inwoner al lager was in Engeland dan in Nederland (132 bedden per 100.000 inwoners in Engeland versus 159 bedden in Nederland anno 1990) (Priebe et al., 2004).

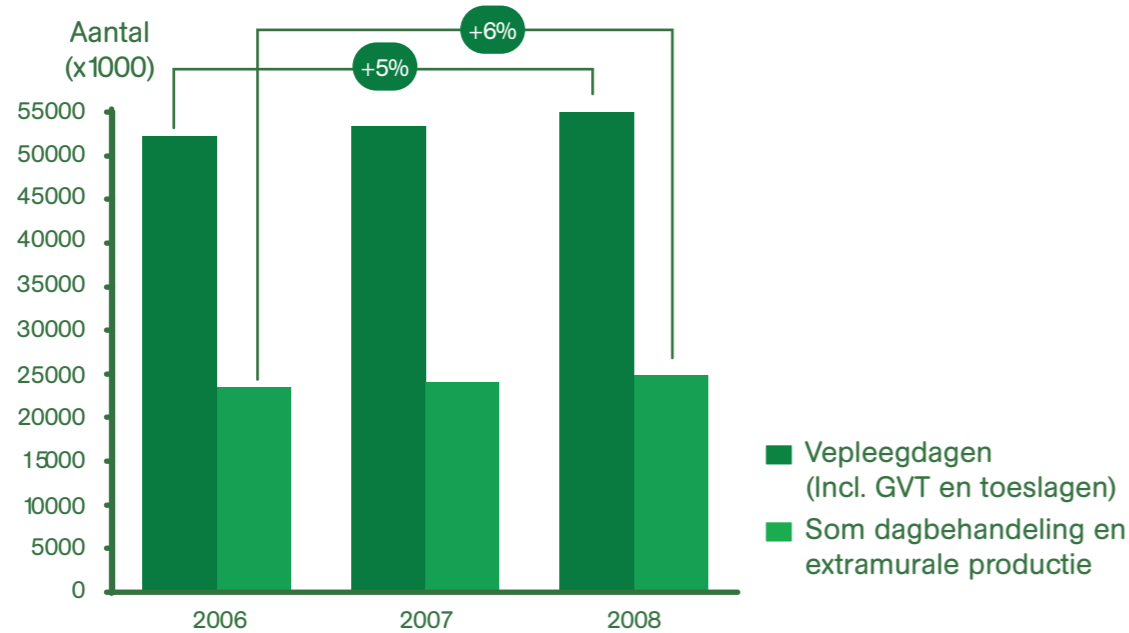
Het uitblijven van de daling van het aantal verpleegdagen in Nederland wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de aparte financiering van 'capaciteiten' zoals de bedden van GGZ-instellingen via de AWBZ. Anderzijds worden GGZ instellingen via de ZVW gestimuleerd om meer ambulante contacten te produceren. Ook zijn zorgverzekeraars niet risicodragend over het AWBZ deel van de GGZ, hetgeen selectieve zorginkoop van doelmatige zorg beperkt.

Dit wijst erop dat de GGZ sector in de ( nabije) toekomst nog veel winst kan behalen door meer zorg te ambulantisieren en het laten dalen van het absolute aantal verpleegdagen: hierdoor krijgt de patiënt zorg dicht bij huis en kan deze doelmatiger geleverd worden.

Figuur 12 Productieontwikkeling in de GGZ  
Bron: GGZ trendrapportage 2009



### 5.1.3 Relatieve extramuralisering GZ, maar geen substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg, net als in de GGZ



Figuur 13 Mate van extramuralisatie totale GHZ  
Bron: brancherapporten VGN 2008-2009

In figuur 13 is zichtbaar dat zowel de intramurale als de extramurale zorgconsumptie toeneemt in de gehandicaptenzorg. In 2008 maken 150.000 mensen via de AWBZ gebruik van gehandicaptenzorg en bedragen de kosten € 5,2 miljard. Over de periode 2006-2008 stijgt intramurale zorgconsumptie met 5% en de extramurale zorg met 6%. Dit houdt in dat er ook in de GHZ sprake is van een relatieve extramuralisering; een daling van het langdurig verblijf blijft immers uit.

Deze relatieve ambulantisering wordt deels verklaard door de gemiddelde groei van het aantal verstandelijk gehandicapten (VG) tussen 1998 en 2008 met 9% per jaar (zie figuur 14). De groei wordt enerzijds veroorzaakt door een versnelde instroom van gehandicapten, maar deels ook door een beperktere uitstroom van gehandicapten als gevolg van de gestegen levensverwachting. De versterkte instroom is deels veroorzaakt door de toelating van licht verstandelijk gehandicapten met bijkomende problemen tot de VG-zorg.

Of deze groei geheel conform demografie is, is niet duidelijk stelt het Sociaal Cultuur Planbureau in haar rapportage 'Steeds meer verstandelijk gehandicapten?' (SCP, 2010). Waarschijnlijk speelt net als in de GGZ en de VV&T de separate bekostiging van intra- en extramurale zorg en de afwezigheid van selectieve zorginkoop in de GHZ ook een rol in het optreden van een relatieve in plaats van een absolute extramuralisering. Door deze separate financiering wordt substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg bemoeilijkt.

Figuur 14 Groei type zorg aan verstandelijk gehandicapten  
Bron: SCP 2010

Type zorg VG	Aantal zorgpakketten in 2010	Groei 1998-2008
Langdurig verblijf	69.676	5%
Kortdurend verblijf	21.511	19%
Dagbesteding	20.238	9%
Begeleiding	34.516	20%
Behandeling	1.252	1%
Totaal	147.193	9%

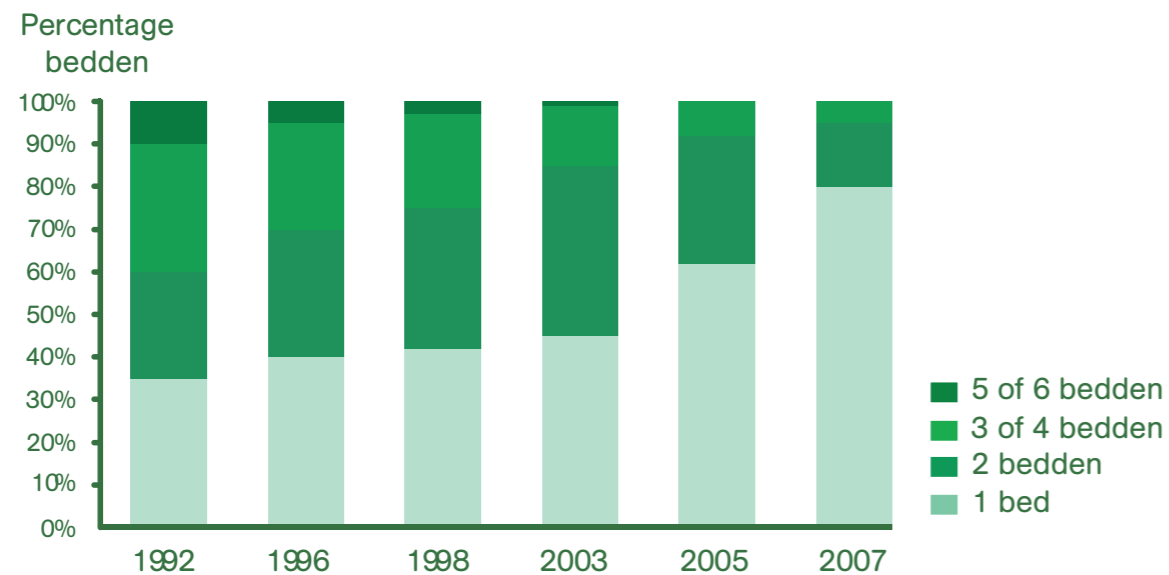
### 5.1.4 Conclusie extramuralisering: bekostiging care moet anders om extramuralisering daadwerkelijk van de grond te krijgen

In zowel de GGZ, de GHZ als de VV&T is er ondanks de verschillende subsidieregelingen (zie hoofdstuk 3) sprake van een beperkte mate van extramuralisering die deels veroorzaakt lijkt te worden door de huidige manier van bekostigen in de AWBZ. Hoe deze bekostiging anders vormgegeven kan worden bespreken we in hoofdstuk 7.

## 5.2 Functionaliteit voor de patiënt neemt toe door meer eenpersoonskamers

Zowel in de cure als in de care is de laatste jaren een trend waarneembaar van meer eenpersoonskamers. Het blijkt dat bewoners van verpleeghuizen steeds vaker gebruik kunnen maken van eenpersoonskamers. In 1992 was 35% van de kamers eenpersoons, in 2007 is het aantal eenpersoonskamers gestegen naar 79%. Ook zijn er nauwelijks nog kamers voor 5 personen of meer (zie figuur 15). Wel is nog steeds meer dan 20% van de kamers bestemd voor 2 of meer personen. Dit houdt in dat nog steeds 38% van de patiënten in V&V instellingen op meerpersoonskamers woont.

Figuur 15 Aantal bedden per kamer in verpleeghuizen  
Bronnen: Campen, 2008; JMV, 2008



Uit interviews blijkt dat ook in de cure een ontwikkeling naar meer eenpersoonskamers gaande is. Een aantal zorginstellingen geven aan dat het bouwen van eenpersoonskamers de doelmatigheid van het primaire proces kan bevorderen. Hieronder een citaat uit een van de interviews:

*“Eenpersoons kamers zijn duurder bij de bouw dan meerpersoonskamers. Wij verwachten echter uiteindelijk winst te behalen door een daling van het aantal ziekenhuisinfecties doordat patiënten niet met elkaar op één kamer liggen en een hoger comfort van patiënten. Dit moet leiden tot een kortere ligduur door een snellere genezing.”*

Dit citaat maakt duidelijk dat een succesvol ‘bouwdossier’ essentieel is voor het realiseren van kwalitatief hoogwaardige, doelmatige zorg. Een (succesvol) nieuw bouwbeleid is dus noodzakelijk om óók de operationele doelmatigheidswinst zorgstelselbreed te realiseren.

Ook uit de literatuur<sup>59</sup> blijkt dat eenpersoonskamers kunnen bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg. Het CBZ schrijft in 2008 hier het volgende over:

59 } Zie bijvoorbeeld:  
Devlin, A.S. & Arneill, A.B. (2003). Health care environments and patient outcomes. A review of the literature. *Environment and Behavior*, Vol. 35 No. 5, September 2003 665-694  
Ulrich, R. & Zimring, C., (2004). The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21ste Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. Center for Health Systems and Design, Texas A&M University.

“In vele studies is overtuigend aangetoond dat de verspreiding van infecties in eenpersoonskamers in vergelijking met meerpersoonskamers geringer is. Het gaat dan zowel om besmetting via de lucht als om contactbesmetting via materialen, andere patiënten en personeel. Het alleen plaatsen van mensen reduceert namelijk de kans op besmetting. Veel oppervlaktes rond een geïnfecteerde patiënt zijn eveneens ‘besmet’ (nacht-kastjes, infuus, bedrails, gordijnen, etc.) wat het risico op kruisbesmetting verhoogt. Eenpersoonskamers in combinatie met een goede luchtkwaliteit en ventilatie verlagen de infectiekans nog eens extra. Een ander voordeel van eenpersoonskamers is dat deze eenvoudiger en grondiger te reinigen zijn dan meerpersoonskamers.

Eenpersoonskamers reduceren de geluidsoverlast voor patiënten en geven hen meer rust en een betere nachtrust. De patiënttevredenheid inzake geluidsoverlast in eenbedskamers is dan ook significant hoger in vergelijking met meerbedskamers en dit is onafhankelijk van leeftijd, geslacht en type aandoening.

Met name de flexibel aanpasbare eenpersoonskamers hebben het voordeel dat het aantal transfers van patiënten beperkt kan blijven. Er is groeiend bewijs dat het overplaatsen van patiënten naar een andere kamer of afdeling een belangrijke rol speelt bij de incidentie van medicatiefouten. Het reduceren van transfers spaart bovendien tijd van personeel, verkort de ligduur en vermindert kosten.

Tevredenheidonderzoek onder patiënten geeft aan dat met name de privacy van een eenpersoonskamer hoog wordt gewaardeerd ten opzichte van meerpersoonskamers. Patiënten krijgen daardoor een positieve beleving van de ruimte, het biedt hen mogelijkheden tot personalisatie van de ruimte en het geeft hen meer grip op de realiteit met alle voordelen van dien als het gaat om stressregulatie en ervaren comfort.

Eenpersoonskamers blijken beter geschikt om bezoek van familie en vrienden te faciliteren. Meerpersoonskamers bieden minder privacy voor interacties tussen patiënten en hun familie. Bovendien gelden er vaak ook beperkingen aan bezoektijden.

Sociaal contact en steun (door medepatiënten) wordt ook wel als argument genoemd om juist te kiezen voor meerpersoonskamers. Onderzoek laat echter wisselende resultaten zien, zonder dat geheel duidelijk is wat de variatie in resultaten bepaalt (aard aandoening, persoonskenmerken). Hoewel de meerderheid van de patiënten zou kiezen voor een eenpersoonskamer, zijn er ook patiënten wier voorkeur uitgaat naar een meerpersoonskamer. Redenen om te kiezen voor een meerpersoonskamer zijn gezelligheid en aanspraak, niet eenzaam voelen, sociaal contact en steun bij elkaar vinden. Terwijl sommige patiënten dus sociale ondersteuning ervaren van een kamergenoot blijkt uit divers onderzoek ook dat de aanwezigheid van een kamergenoot doorgaans eerder als een stressfactor wordt ervaren dan als sociale ondersteuning.” (CBZ, 2008a).

## Casus Stichting Groenhuysen

*'Kansen pakken waar het beleid ondersteunend is aan visie'*

### Inleiding

*Voor zorginstellingen kan het lastig zijn om financiering te vinden voor bouwprojecten. Daarnaast is vaak geen dieptekennis aanwezig over bouwprojecten binnen zorginstellingen. Met steun van corporaties blijkt er vaak veel (meer) mogelijk. Een voorbeeld hiervan is Stichting Groenhuysen, hieronder beschrijven we hun casus.*

### Visie Groenhuysen: toekomstbestendig en flexibel bouwen

*'De focus ligt bij ons niet op de bouw, maar op de cliënt'*

Stichting Groenhuysen is een VV&T-aanbieder met 4000 cliënten, 2300 medewerkers en 700 vrijwilligers in de omgeving Roosendaal. In samenwerking met de Universiteit van Tilburg is kwalitatief onderzoek verricht naar de woonwensen van ouderen. Hieruit bleek dat veel ouderen, met name echtparen, behoefte hebben om ruim te wonen in een 3-kamer appartement, zodat zij een extra slaapkamer hebben. Bewoners willen het gevoel hebben zo zelfstandig mogelijk te wonen. Bovendien moeten alle appartementen gehandicaptenvriendelijk zijn. Dit leidde tot een ambitieuze visie om in plaats van instituten in alle dorpen en wijken toekomstbestendige en flexibele woningen bouwen: kleinschalig, geschikt voor verschillende zorgzwaartes, zo 'gewoon' mogelijk en erg ruim (meer dan 100vierkante meter exclusief gemeenschappelijke ruimtes). Alles onder het adagium "Ruimte is kwaliteit voor de toekomst"

### Tot 2005: woningen van >100vierkante meter realiseerbaar door samenwerking met woningcorporaties

*'De deur stond op een kier, wij hebben die ruimte maximaal benut'*

Gedreven door het zoeken naar maximale ruimte tegen scherpe prijzen ontdekte Groenhuysen al snel dat daarvoor samenwerking met woningstichtingen meerwaarde kon bieden. Hier ontstaan in een meer duurzaam partnership parallelle belangen van waardeontwikkeling, topkwaliteit in wonen en een gunstige kasstroomontwikkeling. Gelukkig ontstond door de discussie over het knellende bouwregime ruimte voor een

nieuwe benadering. De focus van het College Bouw Zorginstellingen richtte zich niet meer uitsluitend op het normatief aantal vierkante meters, maar meer op resultaat in prijs en kwaliteitsverhouding. Dit gaf Groenhuysen de vrijheid om hun ambitie te verwezenlijken.

De financiële ruimte die Groenhuysen kreeg van het College Bouw was voldoende om 55vierkante meter per cliënt te bouwen, minder dan de helft van de ambitie. Daarom ging Groenhuysen op zoek naar een partner voor extra financiering. Deze partner werd gevonden in vermogende en ondernemende woningcorporaties. Dit bood meerdere voordelen, namelijk:

- De rente van woningstichtingen is lager. Men kan gemakkelijker aan 'goedkoper' geld komen. De gecreëerde ruimte investeren ze in kwaliteit.
- Woningstichtingen hebben betere en goedkopere grondposities, hebben meer kennis van projectontwikkeling en onroerend goed beheer. Groenhuysen heeft meer kennis van zorg- en dienstverlening. Het "Schoenmaker blijf bij je leest"-beginsel is hier van toepassing. Een voorbeeld van hoe dit in de praktijk werkt geven we hier aan:

**Er is een service level agreement (SLA) opgesteld op de het gebied van dienstverlening, zoals energie, onderhoud en inventarissen. De AWBZ vergoedingen zijn overgedragen aan de woningstichting. Dit maakt meer mogelijk.**

- Het risicoprofiel voor woningcorporaties (minder risico op leegstand) en voor Groenhuysen wordt lager, omdat zij aan Groenhuysen voor 50 jaren verhuren en andersom Groenhuysen de contracten met de corporaties elke 10 jaar kan beëindigen. Groenhuysen is een uitstekende zorgverlener met goede prestaties op het gebied van zorgkwaliteit en bedrijfsvoering en is daarmee een betrouwbare huurbetaler voor de lange termijn.
- Ruime driekamer appartementen hebben een grote alternatieve aanwendbaarheid. Een maximale omkeerbaarheid in het gebouw. Alles sluit aan bij de visie van corporaties om toekomstbestendig te bouwen en om maatschappelijk te investeren.

### 2008-2010: Vrijheid werd krappere door ontwikkelingen op woningmarkt, woningen van 85 tot 95vierkante meter mogelijk

Vanaf 2008 ervaren corporaties turbulente ontwikkelingen, zoals bijdrage voor de Vogelaarwijken, vennootschapsbelasting, aangescherpte rendementseisen bij de borging van hun leningen en aan de andere meer positieve kant scherpere grondprijzen en bouwrijzen door de economische crisis. Gevolg was dat woningcorporaties kritischer werden over hun investeringen, zo ook over de ambitie om met Groenhuysen ruime woningen te bouwen. De ambitie vanuit 2005 werd naar beneden bijgesteld, met woningen van 85-95 vierkante meter als gevolg. Nog steeds een prima maat voor een driekamerappartement, maar ook de vierkante meters in de algemene voorzieningen kwamen onder druk te staan.

Groenhuysen gelooft nog steeds in win-win situaties voor beide partijen. Schoenmaker blijf bij je leest gaat volgens hem nog steeds op. Kennisbundeling van twee partijen moet  $1+1=3$  kunnen opleveren voor cliënten.

Daarmee is Groenhuyen ook goed voorbereid op de toekomst met een mogelijkheid van het scheiden van wonen en zorg. De cliënt zal loskomen van het naïeve idee van de onbeperkte rechten op overheidszorg. In de toekomst ziet Groenhysen het verder afnemen van publieke middelen, een toenemende differentiatie aan woon-dienstverlening-zorg combinaties. Wellicht komt merkenontwikkeling zoals in onze buurlanden Duitsland, Frankrijk en Engeland tot stand. De toekomst van de ouderenzorg blijft een uitdagend en minder systeemafhankelijk, maar steeds meer afhankelijk van de eigen voorkeuren van de cliënt.

## Conclusie

Deze casus is een goed voorbeeld van hoe een samenwerking met woningcorporaties tot stand komt. De expertise van woningcorporaties en de behoefte van zorginstellingen om met vermogende partijen samen te werken, sluiten goed op elkaar aan.

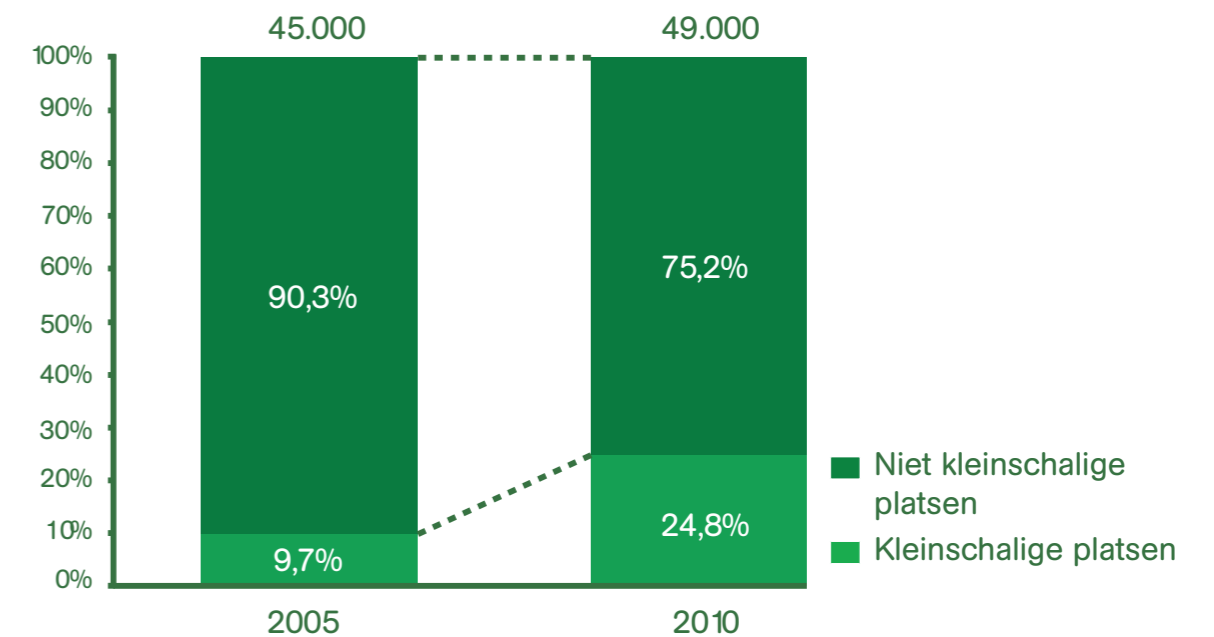
## 5.3 Kleinschalig wonen neemt toe, maar nog steeds beperkt

In deze paragraaf bespreken wij in welke mate kleinschalig wonen plaatsen aanwezig zijn in de sectoren V&V, GGZ en GZ.

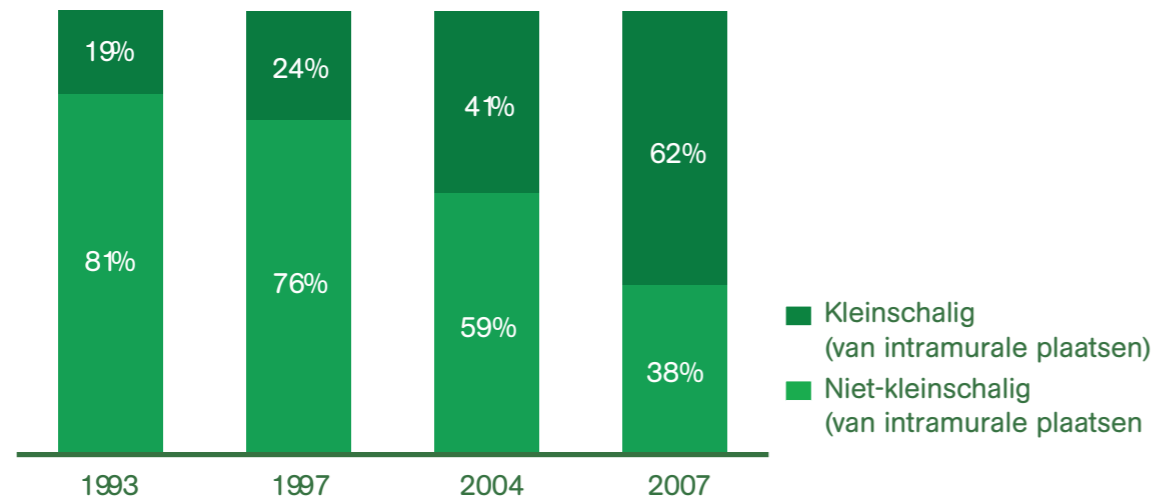
### 5.3.1 Kleinschalig wonen in de V&V neemt toe, maar nog niet voldoende plaats

In figuur 16 is zichtbaar dat het percentage kleinschalige plaatsen voor dementerenden toeneemt. In 2005 zijn er 45.000 dementerenden met intramurale zorgbehoefte en daarvan kan 9,7% terecht in kleinschalige plaatsen. In 2010 is dit percentage 24,8% terwijl het aantal dementerenden is toegenomen naar 49.000 in Nederland. Alhoewel er dus bijna een verdrievoudiging van het aantal kleinschalige plaatsen is gerealiseerd de afgelopen 5 jaar, kan ook anno 2010 slechts 25% van de dementerende ouderen terecht in een kleinschalige woning. Mogelijk kan door een verdere extramuralisering en bijvoorbeeld verzorgd wonen concepten de intramurale capaciteit worden afgebouwd, hetgeen het relatieve aandeel van kleinschalige woningen vergroot zonder extra investeringen.

Figuur 16 Percentage kleinschalige woningen voor dementerende ouderen  
Bron: KCWZ: Aedes Arcades Databank wonen-zorg



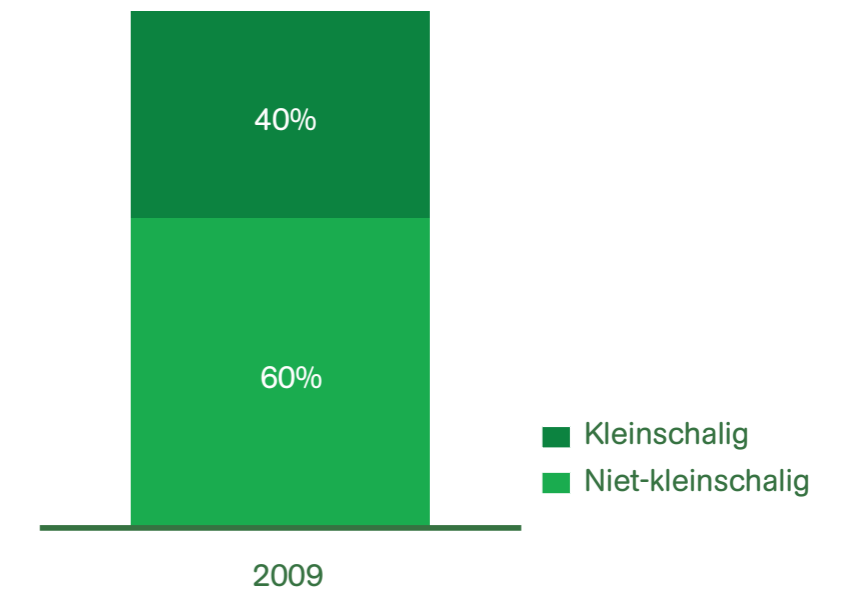
### 5.3.3 Kleinschalig wonen in de GGZ neemt toe



Figuur 17 Percentage kleinschalige plaatsen in de GGZ  
Bron: Trendrapportage intramurale GGZ 2009, Trimbos instituut

In bovenstaande figuur is goed zichtbaar dat het aantal kleinschalige plaatsen in de GGZ sterk toeneemt van 19% in 1993 naar 62% in 2007. Dit is een opvallend verschil met bijvoorbeeld de V&V. De belangrijkste verklaring hiervoor is dat de intramurale GGZ sector aanmerkelijk kleiner is dan de intramurale V&V. Daarom kan men met minder middelen een procentueel groter effect bereiken in de GGZ dan in de V&V. Echter, ook in de GGZ woont anno 2007 nog 38% van de bewoners in een niet kleinschalige omgeving en valt het aantal kleinschalige intramurale plekken nog te verhogen. Anderzijds kan door een verdere ambulantisering mogelijk de intramurale capaciteit worden afgebouwd, hetgeen het relatieve aandeel van kleinschalige woningen kan vergroten zonder extra investeringen.

### 5.3.4 Kleinschalig wonen in de GZ



Figuur 18 Percentage kleinschalige woningen GZ  
Bron: VGN, 2010

Ook in de GHZ valt nog winst te behalen op het gebied van kleinschalig wonen. In 2009 was 40% van woningen in de GHZ kleinschalig. Anderzijds kan net als in de GGZ en VV&T door een verdere extramuralisering mogelijk de intramurale capaciteit worden afgebouwd, hetgeen het relatieve aandeel van kleinschalige woningen kan vergroten zonder extra investeringen.<sup>60</sup>

60 } Momenteel voert het Trimbos instituut onderzoek uit naar de personele effecten van de introductie van kleinschalig wonen. Het is raadzaam om de uitkomsten van dit onderzoek te betrekken bij de afweging om al dan niet (aanvullend) te investeren in kleinschalig wonen.

## Casus: Estinea zet in op extramuralisering door visie. Dit is mogelijk gemaakt door beleid, maar er is ruimte voor verbetering.

### Estinea is een middelkleine instelling voor alle cliënten met grondslag VG

Estinea is in 2003 ontstaan uit een fusie. In korte tijd is de organisatie sterk gegroeid; de omzet steeg van 7 miljoen gulden in 1999 naar bijna 30 miljoen euro in 2009. Estinea biedt woon- en werkvoorzieningen voor cliënten met grondslag Verstandelijk Gehadirect (VG). De instelling voldoet ook aan specifieke zorgvragen binnen deze doelgroep, zoals ouderen, kinderen, LVG en kleinschalige woonvormen voor ernstig meervoudig gehandicapten. Tevens heeft Estinea de regie over vier crisisbedden

Estinea heeft 575 cliënten in verschillende woonvormen en 375 cliënten in dagbesteding. Deze cliënten zijn verdeeld over 60 locaties in vijf regio's in de Achterhoek en Twente. Elke regiomanager is integraal verantwoordelijk voor de operationele uitvoering van het team. Estinea telt 700 medewerkers (en 240 vrijwilligers), wat neerkomt op 470 FTE.

Financieel gezien is Estinea een middelkleine instelling met een begroting voor 2010 van 29,2 miljoen. Doordat woningcorporaties de panden beheren, is slechts 4,2 miljoen hiervan kapitaallasten. Voor een stabiele financiële positie streeft Estinea naar een solvabiliteit van 15% (Estinea, 2009 17,6% solvabiliteit).

Vanuit de visie "Mensen met een verstandelijke beperking verschillen niet principieel van andere mensen" wilde Estinea graag hun cliënten deconcentreren, in kleinschalige woonvormen in de wijk. Hieraan kan geen gestalte gegeven worden, omdat bijvoorbeeld de nachtaanwezigheid niet was meegenomen in de financiering. Instellingen kregen een normbedrag voor de bekostiging van het vastgoed, maar dit was niet toereikend. Financiering voor gemeenschappelijke ruimten vanwaaruit cliënten ondersteuning zouden krijgen is ontoereikend. Het zou geld kosten om intramurale cliënten gedeconcentreerd te laten wonen en te bedienen. Estinea heeft daarom destijds maar een deel van de cliënten kunnen deconcentreren.

Het Volledig Pakket Thuis zou uitkomst bieden. Echter, afspraken hierover met het Zorgkantoor verlopen moeizaam. Het lijkt dat deze vorm van zorg minder budgettaire zekerheid biedt dan verblijfszorg, daarom is het zorgkantoor (nog) niet geprikkeld om de extramuralisering te stimuleren. Deze zorg is namelijk in de huidige situatie voor het zorgkantoor een vastgesteld bedrag in hun AWBZ regiobudget, mogelijk gaat dit echter over naar de WMO. Hiermee kan de positie van het zorgkantoor onder druk komen te staan.

Estinea is in 2000 begonnen met de verkoop van de gebouwen. Momenteel heeft ze –behalve het hoofdgebouw– geen vastgoed meer in eigendom. In plaats daarvan heeft de instelling contracten met woningcorporaties, die kleinschalige appartementen bouwen en beheren. Uitgangspunten zijn kleinschalige bouw van 12 tot 16 appartementen met twee ondersteunende ruimtes en de scheiding van wonen en zorg. Mocht de cliënt niet zelf kunnen huren, dan huurt Estinea het waarbij de cliënt met subsidie kan huren. Estinea heeft dan de functie van een corporatie. In die gevallen waar de cliënt niet zelf huurt, huurt Estinea de appartementen. De vergoeding van de kleinschaligheidsregeling gaat bijna één op één voor onderhoud en huur naar de corporatie. De corporatie heeft dan de verantwoordelijkheid over het vastgoed. Dit geldt voor zowel het huurdersdeel als het onderhoudsdeel van de verhuurder. Het uitgangspunt hierbij was dat Estinea verstand heeft van zorg en de corporatie van vastgoed en de woonomgeving.

Voor Estinea levert deze relatie met corporaties aanzienlijke voordelen op, omdat de huurconstructie slechts tot enkele jaren verplichtingen geeft. Dit in tegenstelling tot vastgoed in eigendom, wat over minimaal 30 jaar afbetaald moet worden. Deze flexibiliteit in verplichtingen geeft ruimte om in te spelen op de wisselende vraag van de markt (meer of minder woningen, zwaardere of lichtere cliënten) en verkleint de risico's voor leegstand. Immers kan bij een terugvallende vraag het zorg- en woonaanbod ook snel slinken.

### Toekomst blijft onzeker

De voordelen die het VPT biedt, moeten ingepast worden in de bedrijfsvoering van het zorgkantoor. Deze staat hier kritisch tegenover. Daardoor is het nog niet mogelijk alle cliënten te deconcentreren; woont 60% nog steeds intramuraal. Ook verschillen de tarieven voor het VPT nog aanzienlijk met de tarieven van de zorgzwaartefinanciering.

Daarnaast is het vooralsnog onzeker of deze zorg volledig naar de WMO gaat, of binnen de AWBZ blijft. Als het in de WMO valt, dan krijgt Estinea te maken met 9 of 10 verschillende gemeenten waarin afspraken gemaakt moeten worden. Pas als hier helderheid over komt, kan Estinea hier strategische keuzes in maken.

Tot slot heeft Estinea ook behoefte aan meer duidelijkheid rond de normatieve huisvestingscomponent. Omdat Estinea dit bedrag doorsluis naar de corporaties, komt deze relatie onder druk te staan zolang de hoogte van dit bedrag voor de toekomst niet helder is.

Als deze onduidelijkheden worden weggenomen, ziet Estinea kansen om goede gedeconcentreerde zorgverlening verder uit te breiden!

## Casus: In Nederweert werd een verzorgingshuis overbodig...

Dit jaar wordt het verzorgingshuis in Nederweert gesloopt. Slecht nieuws voor ouderen? Integendeel. Ouderen in het Limburgse Nederweert hebben inmiddels twee jaar ervaring met een beter alternatief: het virtuele verzorgingshuis. Mede door dit alternatief ebde de belangstelling voor een plek in het echte verzorgingshuis snel weg.

### Ontschotten

Spin in het web van het virtuele verzorgingshuis is de Nederweertse huisarts Thieu Heijltjes. "We werkten in het verzorgingshuis goed samen met de verzorging, de verpleging, apothekers, specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen. Voor de inzet binnen het verzorgingshuis kennen we de verzorgingshuismodule als financiële vergoeding. Maar buiten het verzorgingshuis kan deze vergoeding niet worden betaald. Ook al werk je met dezelfde vakmensen samen in de thuissituatie van ouderen". Hij vervolgt: "Wonen en zorg worden tot nu toe in Nederland bewust gescheiden. De eerstelijnszorg wordt er onnodig moeilijker door. We hebben te maken met schotten van WMO, AWBZ en verzekeraars. Alleen als we gaan ontschotten komen we een stap verder".

En ontschotten is wat Thieu Heijltjes deed. Hij verplaatste de samenwerking met zorgprofessionals naar de zelfstandige woning van de oudere. Aanloopsubsidie kwam van de Stichting Beyaert Robuust, gemeente Nederweert, Provincie Limburg, Stichting Land van Horne, Thuiszorg Groene Kruis Weert-Helden en van huisartsen en apotheken van Nederweert.

### De procedure

Het platform waarop de deskundigen kennis en bevindingen uitwisselen is de EGO-website (EGO staat voor Extramuraal Gestructureerde Ouderenzorg). Binnen deze website hebben Heijltjes en de zijnen een slim puntensysteem ontwikkeld. Het EGO-puntensysteem is (zie de uitwerking onderaan dit verhaal) stukken makkelijker en sneller dan de ZZP-scorelijst, zo stelt Heijltjes. Het systeem werkt als volgt. Als een oudere in aanmerking wil komen voor ondersteuning, geven zowel een verpleegkundige als de huisarts de patiënt na onderzoek een bepaald aantal punten. Die lijst staat op de beveiligde website. Als de beoordeling leidt tot een totaalscore van 7 punten of meer, start de EGO-procedure en gaat er een e-mail bericht uit naar de deelnemende professionals. Een zorgcoördinator maakt vervolgens een afspraak met de huisarts, de cliënt en een familielid. Dat leidt tot een zorgplan, waarin de verpleeghuisarts en de apotheker een adviserende stem hebben. Het zorgplan komt

op de website te staan en kan zonodig tussentijds worden geactualiseerd. Artsen, verpleegkundigen, de patiënt en de familie kunnen inloggen op de website die de actuele situatie over de patiënt geeft en inzicht biedt in de gemaakte afspraken. Deze gegevens zijn voor alle betrokken hulpverleners in te zien. Vertrouwelijke medische gegevens beheert iedere zorgverlener in zijn eigen computersysteem. De website is beveiligd met gebruikersnamen en wachtwoorden.

De huisarts en de verpleegkundige geven elk vanuit hun vakgebied punten aan de patiënt. Als dat een totaal van minimaal 7 punten oplevert, wordt de zorgverlening opgestart.

### Puntenlijstje vanuit het perspectief van de huisarts

- |          |  |
|----------|--|
| 1 punt   | Patiënt met klachten, kan de huisarts zelf bezoeken in de praktijk, eventueel met scooter of rollator, heeft mogelijk huishoudelijke zorg nodig, maar is verder zelfstandig.   |
| 2 punten | Patiënt met één of meerdere aandoeningen, kan niet meer zelf in de praktijk van de huisarts komen, verzoekt zelf -indien nodig- de huisarts hem of haar op te zoeken. Deze patiënt voert nog zelf met succes de regie over zijn of haar leven en over de te ontvangen zorg.  |
| 3 punten | Patiënt met één of meerdere aandoeningen, is zo ziek dat regelmatige controle nodig is. Huisarts of praktijkondersteuner bezoekt de patiënt op afspraak aan huis. De patiënt kan nog wel de regie voeren over de eigen hulpverlening in samenspraak met de betrokken hulpverleners.  |
| 4 punten | Patiënt met één of meerdere complexe aandoeningen, waardoor regelmatige controle aan huis door de huisarts nodig is. Tegelijkertijd is deze patiënt, zelfs met ondersteuning van de hulpverleners, niet meer in staat om zelf de hulpverlening enigszins te sturen. Alarmering en aanwezigheidshulp zijn steeds meer noodzakelijk. |
| 5 punten | Patiënt lijdt aan een ongeneeslijke ziekte en verkeert in de (pre-)terminale fase. Het is te verwachten dat op korte termijn meer zorg nodig is, terwijl de patiënt zelf geen regie meer kan voeren. Nachthulp en mantelzorg overdag zijn niet meer misbaar.   |

## Puntenlijstje vanuit het perspectief van de verpleegkundige

- 1 punt Patiënt met beperkte zorgbehoefte, heeft mogelijk huishoudelijke zorg nodig, maar is zelfstandig in ADL-functies.
- 2 punten Patiënt met persoonlijke zorgbehoefte, moet aan huis worden bezocht voor hulp bij ADL-functies en huishoudelijke zorg, voert nog zelf met succes de regie over zijn of haar leven en over de te ontvangen zorg.
- 3 punten Patiënt met uitgebreide zorgbehoefte, moet dagelijks aan huis worden bezocht voor hulp en verzorging; de patiënt of zijn mantelverzorger kan nog wel de regie voeren over de eigen hulpverlening in samenspraak met de betrokken hulpverleners.
- 4 punten Patiënt met zeer uitgebreide zorgbehoefte, moet dagelijks aan huis bezocht worden voor hulp en verzorging; de patiënt of zijn mantelverzorger kunnen niet meer de regie voeren over de eigen hulpverlening in samenspraak met de betrokken hulpverleners.
- 5 punten Patiënt lijdt aan een ongeneeslijke ziekte en verkeert in de (pre-)terminale fase; het is te verwachten dat op korte termijn meer zorg nodig is, terwijl de patiënt zelf geen regie meer kan voeren. Nachthulp en mantelzorg overdag zijn niet meer misbaar.

## Oppeppen van het sociale systeem

Op dit moment ontvangen nu 81 ouderen in Nederweert thuis alle zorg en ondersteuning die nodig is. Familieleden en mantelzorgers spelen een grote rol ('Daar zit veel know how'). Aanvullende expertise, zoals ergotherapeuten en fysiotherapeuten, kunnen op aanvraag worden ingehuurd bij het verpleeghuis in de buurt.

Thieu Heijltjes vindt de EGO-aanpak voor zijn cliënten een verademing vergeleken met de intramurale setting: "Opname betekent ontworteling uit de eigen vertrouwde omgeving. Mensen verbreken relaties met burens en bekenden en moeten in een instelling een nieuw leven beginnen. Mensen in instellingen hospitaliseren. Het sociale systeem waarvan zij hun hele leven deel uitmaakten, verdwijnt. Door onze aanpak peppen we juist het sociale systeem weer op".

Hij wijst erop dat de EGO-aanpak tot andere prioriteiten in zorg en ondersteuning kan leiden. "Een hoogbejaarde patiënt van mij strijkt graag. Niet alleen voor zichzelf, maar eigenlijk zo'n beetje voor de hele buurt. Het is haar lust en haar leven. Toen ze haar arm brak, vroegen mensen om haar heen: is het niet beter dat ze opgenomen wordt?' Ik zei: Nee, we schakelen de ergotherapeut in. Die gaat haar weer leren strijken".

## Zorgverzekeraar draait bij

Zorgverzekeraar CZ had aanvankelijk haar bedenkingen over het project. De vrees voor een ongecontroleerde groei van de zorgvraag en dus een onbeheerste kostenontwikkeling was groot. Ten onrechte, zo is de ervaring van Heijltjes. "De zorgvraag is juist minder groot geworden dan voorheen in het gewone verzorgingshuis. Mensen hospitaliseren niet. Ze zijn vooral zichzelf en krijgen steun om zichzelf te blijven. Wat in alles discussies nogal eens wordt vergeten is dat met name in het laatste half jaar van iemands leven de zorgvraag gaat pieken. Tot die tijd is met goede afspraken de situatie doorgaans heel stabiel. Tenminste als je uitgaat van een normale omgevingsituatie".

De nieuwe manier van werken in Nederweert is soms lastig op waarde te schatten, omdat het zich aan de bekende schotten onttrekt en omdat het zo anders is dan we de laatste jaren gewend zijn. "In onze industrieel georganiseerde zorginstellingen moet alles snel en efficiënt en hebben ze het over investeren en groeien. Maar bij ons in Nederweert is efficiency geen doel en hoeven we niet te groeien. Sterker nog, we zien dat er steeds minder zorg nodig is in plaats van steeds meer".

Inmiddels heeft bij verzekeraar CZ scepsis plaatsgemaakt voor enthousiasme en heeft een CZ-zorginkoper plaatsgenomen in de klankbordgroep van het EGO-project. "Logisch want dit project levert geld op", weet Thieu Heijltjes. Hoeveel geld? Dat wordt momenteel nog uitgezocht in samenwerking met de Universiteit van Tilburg.

## Evaluatie pilot

Een onlangs gehouden enquête bracht in kaart waar de pilot van twee jaar toe heeft geleid. De vijf hoofdconclusies:

- Geen opnames meer in het verzorgingshuis
- Geen aantoonbare toename van de zorgvraag
- Hulpverleners zijn enthousiast
- Hulpverleners weten elkaar beter te bereiken
- Toename kwaliteit van leven

## 5.4 Toekomstige vraag naar aangepaste woningen door extramuralisering neemt toe

De laatste jaren is te zien dat het aandeel ouderen in verzorgingshuizen en verpleeghuizen afneemt (paragraaf 5.1.1 en zie de casus Nederweert). Anderzijds vergrijst de Nederlandse bevolking en zal dat de vraag naar intramurale woningen doen toenemen. Het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke ordening en Milieu (VROM) beschrijft in de rapportage 'Senioren op de woningmarkt' de toekomstige effecten. Hieronder geven we de belangrijkste bevindingen uit deze rapportage weer.

### 5.4.1 Sociaal maatschappelijke ontwikkelingen remmen vraag naar intramuraal wonen

De toenemende welvaart, het eigenwoningbezit en het stijgende opleidingsniveau zorgen voor een sterkere wens bij senioren om extramuraal te willen blijven wonen. Deze ontwikkeling wordt gesteund door beleid dat gericht is op het afbouwen van het aanbod van verpleeg- en verzorgingshuizen, bijvoorbeeld door regelingen zoals het volledig pakket thuis.

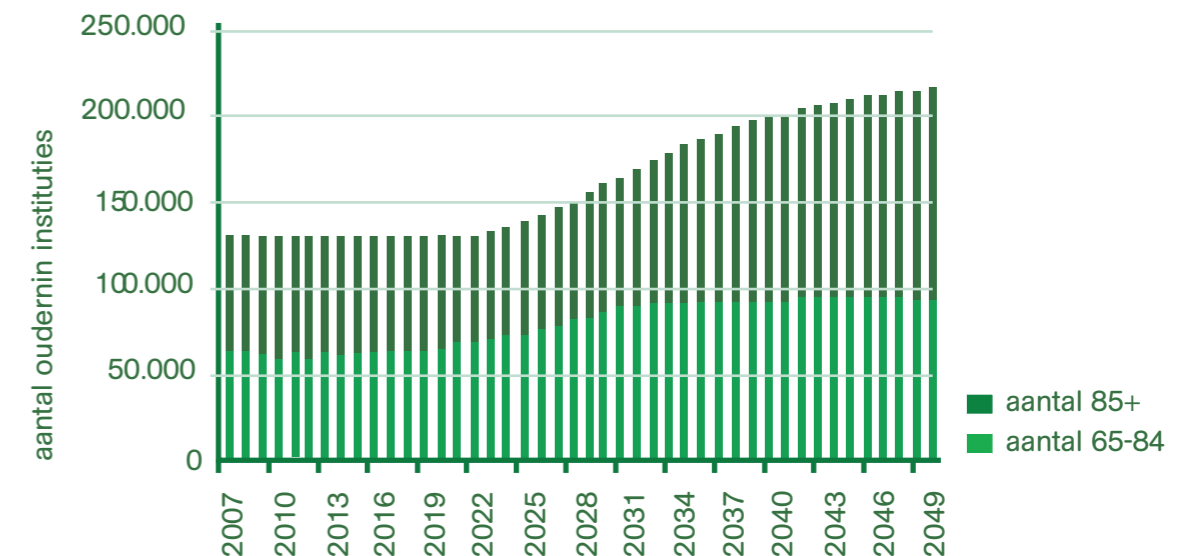
In de Monitor Investeren voor de Toekomst (MIT, 2006) is gesteld dat de opgave voor 'verzorgd wonen' tot 2015 bijna een verdubbeling inhoudt van het huidige aanbod (iets minder dan 130.000 woningen en zelfstandige wooneenheden).

Het is onder invloed van de veranderingen in de samenstelling van de ouderenpopulatie (meer eigenaar-bewoners, hoger opgeleid, hoger inkomensniveau) waarschijnlijk dat de zorgvraag zich in toenemende mate zal manifesteren in de luxere segmenten. De omvang van de toename van deze vraag is lastig in te schatten.

### 5.4.2 Ontwikkeling intramurale bevolking stijgt door vergrijzing

Als we het CBS volgen, dan gaan we ervan uit dat na 2015 de transformatie van de zorgsector (gepaard gaande met de afbouw van de intramurale capaciteit) zover is gevorderd dat er niemand meer intramuraal woont die ook zelfstandig zou kunnen en willen wonen. Het aandeel ouderen (per leeftijdsgroep) dat op dat moment in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijft, kan min of meer als norm gelden voor de behoefte aan intramurale huisvesting volgens het CBS. Dit betekent dat vanaf 2015 door de vergrijzing de behoefte aan intramurale huisvesting dan ook in aantallen weer toe gaan nemen (zie figuur 19).

Figuur 19 Ontwikkeling intramurale zorgvraag volgens CBS  
Bron: CBS, statistiek bevolking naar huishoudenspositie, 2007-2050



Of de ingeschatte toenemende zorgbehoefte in de praktijk door de woningmarkt of intramuraal wordt opgevangen, is nog onduidelijk. Het ligt in de lijn der verwachting dat deze behoefte in toenemende mate extramuraal, in aangepaste 'luxere' woningen opgevangen zal worden. Dat zou betekenen dat het aantal intramurale plaatsen niet volledig zal meegroeien met de leeftijdspecifieke behoefte, en dat de werkelijke ontwikkeling van de intramurale bevolking (aanmerkelijk) lager zal uitvallen dan de ramingen van het CBS. Dit lijkt waarschijnlijk, gelet op bijvoorbeeld de casus Nederweert. Daarnaast kan de extramuralisering versterkt worden door middel van een ander type bekostiging (zie hoofdstuk 7).

### 5.4.3 Conclusie

De vergrijzing van de bevolking is een ontwikkeling die zich de komende decennia zal voortzetten. Dat leidt er toe dat er ook in versterkte mate behoefte zal zijn aan nultredenwoningen. Die maken het mogelijk dat ouderen met fysieke beperkingen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. (VROM, 2010)

## 6 Onduidelijkheden in huidige beleid

Gedurende de interviews met de veld- en koepelpartijen is duidelijk geworden dat er een aantal onduidelijkheden is in het nieuwe bouwbeleid. Veld- en koepelpartijen geven aan dat deze onduidelijkheden de effectiviteit van het beleid remmen. Dit hoofdstuk beschrijft puntsgewijs deze -door het veld aangegeven- onduidelijkheden, voor zover die nog niet opgelost zijn door de aanvullende kapitaallastenbrief van VWS aan de Tweede Kamer van 1 april jl.<sup>61</sup>

61 } Brief kapitaallasten aan de Tweede Kamer, 1 april 2010, CZ/FBI-2987492

## 6.1 De onduidelijkheden opgesomd

In deze paragraaf behandelen we de volgende onduidelijkheden in het beleid:

- Boekwaardeprobleem;
- Badkuipprobleem;
- Volumegroei in business cases in relatie tot z-model;
- Overgangsregeling cure;
- Normatieve huisvestingscomponent care;
- Risicodragend kapitaal;
- Werkkapitaal in de GGZ.

### 6.1.1 Boekwaarde probleem: balans reflecteert niet de reële waarde van het gebouw

Onder het oude bouwregime was het verplicht een (lange) afschrijvingstermijn te hanteren van bijvoorbeeld 50 jaar op het gebouw. Deze afschrijvingstermijn hield geen verband met een reële afschrijvingstermijn; in werkelijkheid verloren gebouwen namelijk in een kortere periode dan 50 jaar hun economische waarde.

Nu de transitie naar het nieuwe systeem heeft plaatsgevonden zijn de oude zekerheden van de nacalculatie weggefallen. Met het wegvallen hiervan zijn zorgaanbieders risicodragend geworden over hun investeringen. Dit heeft als gevolg dat deze investeringen tegen een reële (economische) waarde moeten worden gewaardeerd. In de praktijk betekent dat, dat de afschrijvingstermijn wordt verkort van 50 jaar naar 20-30 jaar.

Hiermee is het boekwaardeprobleem een feit: de kosten die jarenlang vooruit zijn geschoven worden nu ineens 'zichtbaar'. Verschillende zorgaanbieders geven aan dat het boekwaarde probleem een (mogelijke) drempel vormt om te starten met het bouwen van een nieuw pand. Voor de cure is het boekwaarde probleem opgelost via de brief van 1 april jl., zodra daadwerkelijk de overgang naar prestatiebekostiging gemaakt wordt.<sup>62</sup> Voor de care moet nog een oplossing gevonden worden.

62 } Brief kapitaallasten aan de Tweede Kamer, 1 april 2010, CZ/FBI-2987492

### 6.1.2 Badkuip(probleem): negatieve cash flow in begin investering

Het badkuip(probleem) bestaat eruit dat bij een vastgoedinvestering de exploitatie gedurende de eerste jaren negatief is. De rente en afschrijvingen liggen hoger dan de kapitaalvergoeding, aangezien deze kapitaalvergoeding gelijk is over de looptijd van de investering. Dit leidt tot een negatieve cumulatieve cash flow over de eerste periode van de investering. Indien deze cash flow te groot van omvang is en de zorgaanbieder geen compensatie heeft in vorm van positieve cash flows vanuit andere bedrijfsonderdelen c.q. voldoende eigen vermogen, dan bestaat het risico op faillissement in deze eerste periode van de financiering.

Financiers maken een risico-inschatting van deze 'badkuip' en rekenen een risico-opslag of zien af van de financiering. Met de kapitaallasten brief van 1 april 2010 wordt dit badkuipprobleem voor de cure weggenomen voor instellingen die bouwen met een WTZi vergunning. Een dergelijke oplossing lijkt ook wenselijk in de care bij daadwerkelijke introductie van de NHC.

Daarnaast melden enkele geïnterviewden ook dat het risico bestaat dat de 'overdekking' van de NHC in tweede helft van de looptijd van de lening, mogelijk gebruikt wordt om de exploitatie te betalen, in plaats van te sparen voor nieuwbouw of verbouwing. Om dit risico te mitigeren is sterk toezicht vanuit de Raad van Toezicht noodzakelijk, hetgeen momenteel nog niet in alle zorginstellingen gerealiseerd is.

### 6.1.3 Volumegroei in business cases in relatie tot z-waarde model

Uit de interviews blijkt dat zorgaanbieders die financiering hebben gekregen voor hun bouwplannen deze financiering allen onderbouwd hebben met een business case. In deze business cases wordt in een aantal gevallen uitgegaan van groei van inkomsten door een groeiend volume van zorgaanbieders. Zorgaanbieders geven aan dat de invoering van het 'z-waarde model' tot gevolg heeft dat geprognosticeerde volumegroei niet gerealiseerd kan worden. Zorgaanbieders geven aan dat de tijdelijke invoering van het z-waarde model negatieve maar waarschijnlijk geen onoverkomelijke exploitatie-effecten tot gevolg heeft.

### 6.1.4 Overgangsregime kapitaallasten cure

Daarnaast geven financiers aan dat de huidige onduidelijkheid over het uiteindelijke bekostigingsmodel de beoordeling van kredietaanvragen bemoeilijkt. Zij kunnen immers moeilijk inschatten in hoeverre de onderliggende business cases bij de kredietaanvragen uiteindelijk te realiseren zijn door zorgaanbieders. Duidelijkheid over de toekomstige (prestatie)bekostiging is dus gewenst.

### 6.1.5 Duidelijkheid normatieve huisvestingscomponent care gewenst

In het advies van de NZa "Naar integrale ZZP-tarieven" van februari 2010 staat beschreven welke afwegingen meegenomen dienen te worden bij het vaststellen van de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Het blijkt dat duidelijkheid over de hoogte van NHC in zekere zin belangrijker is dan de uiteindelijke hoogte van de NHC, mits de NHC binnen een redelijke bandbreedte wordt vastgesteld. In hetzelfde advies bespreekt de NZa ook verschillende invoermodellen voor de NHC.<sup>63</sup> Per model staan de voor- en nadelen beschreven en de NZa geeft drie voorkeuren aan. Ook hier geldt dat de veldpartijen aangeven dat zij duidelijkheid wensen over het model van invoering.

### 6.1.6 Risicodragend kapitaal: onduidelijkheid over de mogelijkheden

Op dit moment financieren zorgaanbieders hun investeringen met vreemd vermogen. Uit de interviews blijkt dat een aantal zorgaanbieders moeite heeft met het verkrijgen met financiering onder andere door de eerder genoemde onduidelijkheden, maar ook door het feit dat winstuitkering niet toegestaan is en daarmee toegang tot risicodragend kapitaal niet aanwezig is.

In hoofdstuk 7 bespreken hoe het veld en de beleidsmakers het beste kunnen omgaan met de resterende onduidelijkheden.

63 } De volgende modellen worden besproken: model NZa a, model NZa b1, model NZa b2, VGN-model KSW, VGN-model NHC, Actiz model tot 2014 en Actiz model vanaf 2014.

## 7 Bouwen in de zorg: doorgaan op de ingeslagen weg, met wegnemen van onduidelijkheden

In de vorige hoofdstukken hebben wij de effecten van het nieuwe bouwbeleid in kaart gebracht. Naast de positieve effecten van het nieuwe bouwbeleid zijn we verschillende punten tegenkomen die om een nadere uitwerking vragen. In dit hoofdstuk gaan we in op de huidige onduidelijkheden in het nieuwe bouwregime, het eventueel toelaten van risicodragend kapitaal en manieren om extramuralisering te stimuleren. Tot slot geven we suggesties aan zorginstellingen over hoe zij succesvol kunnen omgaan met het nieuwe bouwregime.

### 7.1 Versnel ingezette koers; neem resterende onduidelijkheden weg

De belangrijkste bevinding uit deze rapportage is dat het nieuwe beleid, waarin zorgaanbieders risicodragend worden over hun investeringen, leidt tot doelmatiger gebruik van gebouwen door zorgaanbieders. Dalingen tot 30% van de initiële bouwkosten zijn mogelijk door innovatieve bouwconcepten (zie bijvoorbeeld casus Gemini). Dit resulteert in macrobesparingen van € 300-390 miljoen alleen voor de cure, terwijl de functionaliteit van het gebouw toeneemt. Net als in het primaire zorgproces blijkt ook in de bouwactiviteiten van zorginstellingen hogere kwaliteit samen te kunnen gaan met lagere kosten (Plexus, 2010). Dit is een sterk argument om ook op korte termijn de zorgaanbieders in de care risicodragend te maken voor hun investeringen.

Daarom lijkt het zinvol om door te gaan op de ingezette koers van het risicodragend maken van zorgaanbieders voor kapitaallasten. Zorgaanbieders geven aan dit een wenselijke ontwikkeling te vinden en daarnaast blijkt uit casuïstiek dat dit doelmatigheidswinst oplevert bij het ontwerp en gebruik van het gebouw. De vrijheid die zorgaanbieders hebben om de bouw aan te laten sluiten bij de wens van de patiënt is noodzakelijk om eerder geïdentificeerde verbeteringmogelijkheden (zie rapportage Werken aan de Zorg - Kosten & Kwaliteit) te kunnen realiseren. De nieuwe gebouwen (zie bijvoorbeeld casus Isala) maken het namelijk mogelijk om te werken volgens nieuwe zorgconcepten en daarmee een betere kwaliteit en kostenverhouding van zorg te realiseren.

Om het beleid zo effectief mogelijk vorm te geven is het goed om de nog resterende onduidelijkheden rondom het nieuwe bouwbeleid weg te nemen. Bij alle onduidelijkheden geldt dat het belangrijker is dat er een besluit genomen wordt (binnen een zekere bandbreedte), dan de uiteindelijke hoogte van de vergoeding. Met de kapitaallasten brief van 1 april 2010 zijn de belangrijkste onduidelijkheden (boekwaarde- en badkuipprobleem) voor de cure weggenomen. Voor de care zijn dezelfde duidelijkheden gewenst.

### 7.2 Risicodragend kapitaal: wel of niet gewenst?

Momenteel is het onduidelijk in hoeverre risicodragend kapitaal toegelaten wordt in de zorg. Er is sprake van een hybride systeem waarin zorgaanbieders risicodragend zijn voor investeringen en gebruik maken van vreemd vermogen voor financiering en geen winst mogen uitkeren. In deze paragraaf bespreken we voor- en nadelen van het huidige model aan de hand van de bevindingen uit de interviews. Op basis van deze bespreking komen we tot drie mogelijke scenario's en een voorkeursmodel voor het financieren van zorginstellingen.

## 7.2.1 De verschillende scenario's: status quo, innovatieve financiering binnen huidige model, toelaten risicodragend kapitaal

Los van de keuze voor een financieringsmodel is het van belang dat de overheid een uitspraak doet over wat nu precies cruciale zorgfuncties zijn, die bij een eventueel faillissement van de zorginstelling ergens in de regio gewaarborgd moeten worden. Dit maakt het mogelijk om te stoppen met het betalen van 'dubbele kosten' in de vorm van een risico-opslag aan banken door zorginstellingen en uiteindelijk ook kapitaalinjecties bij een faillissement van een zorgaanbieder door de overheid.

Op basis van de interviews bespreken we hieronder drie mogelijke scenario's voor de financiering van zorginstellingen.

### 7.2.1.1 Optie 1: Status quo

Een optie is het handhaven van de huidige situatie waarin zorginstellingen gefinancierd worden met voornamelijk vreemd vermogen vanuit banken. Nadeel hiervan is dat banken waarschijnlijk niet bereid zijn de toenemende kredietbehoefte (volledig) te financieren.<sup>64</sup>

### 7.2.1.2 Optie 2: innovatieve financiering binnen huidige model

Binnen de huidige wet- en regelgeving zijn naast langlopende leningen bij banken ook obligaties of achtergestelde leningen uit te geven, bijvoorbeeld aan particulieren in de regio, aan medisch specialisten of zorgverzekeraars. Dit kan tegelijkertijd de binding van de zorgaanbieder met de mensen in de regio (en daarmee de marktpositie) versterken. Belangrijk voordeel van deze optie is dat zorgaanbieders een betere toegang tot krediet krijgen.

Een andere optie binnen het huidige model is het scheiden van het vastgoed en het zorgbedrijf in twee aparte juridische entiteiten. Hiermee kan het vastgoed onderdeel apart opereren van het zorgonderdeel. Het gebouw hoeft daarmee niet per se eigendom te zijn van het zorgbedrijf. Ook bestaat de mogelijkheid winst uit te keren via het vastgoed onderdeel aan risicodragende investeerders. Het scheiden van het vastgoed en zorgbedrijf vergroot eveneens de toegang tot kapitaal van zorgaanbieders.

64 } Rabobank schat behoefte aan kapitaal rond de € 16 miljard, exclusief reguliere investeringen de in de cure. Rabobank groep, NEVI Jaarcongres Sectie Zorg, januari 2010

## 7.2.1.3 Optie 3: toelaten risicodragend kapitaal

Via een wijziging van de wet- en regelgeving kan risicodragend kapitaal toegelaten worden bij zorginstellingen. Belangrijk voordeel van het toelaten van risicodragend kapitaal is dat het de doelmatigheid van zorginstellingen kan bevorderen.

In de huidige situatie maken een groot aantal spelers (denk bijvoorbeeld aan medisch specialisten in vrije vestiging, farmaceuten, bouwbedrijven, etc.) in de gezondheidszorg 'winst'. Het toelaten van het maken c.q. uitkeren van winst door zorgaanbieders is dus in zekere zin niets nieuws. Het toelaten van risicodragend kapitaal zonder zeggenschap lijkt geen reële optie: investeerders zijn dan niet bereid te investeren.

Mogelijk nadeel is dat de introductie van risicodragend kapitaal gepaard kan gaan met onnodige volumegroei. Echter deze prikkels tot het produceren van volume zijn reeds aanwezig in het huidige bekostigingsmodel in de cure (voor medisch specialisten in het A- en B-segment en voor het ziekenhuis is deze prikkel al aanwezig in het B-segment). De introductie van risicodragend kapitaal in de cure zal deze prikkel wel nog kunnen versterken. Voor de instellingen in de care is deze volumeopdrijvende prikkel wellicht groter, omdat zij nog gebudgetteerd worden in de huidige situatie. Daarom is het cruciaal dat overheid en zorgverzekeraars hierop gaan sturen, sterker dan nu het geval is (door bijvoorbeeld krachtig in te zetten op het tegengaan van ongewenste praktijkvariatie zie rapportage Werken aan de Zorg – Kosten en Kwaliteit).

Tot slot, is het van belang op te merken dat reële prijzen per zorgproduct van belang zijn, omdat investeerders anders geneigd zullen zijn alleen zorg aan te bieden waar winst op te maken valt. Echter ook deze prikkel bestaat al in de huidige situatie in zowel de cure als de care, omdat zorgaanbieders het zich niet kunnen permitteren verliesgevende zorg in grote mate aan te bieden. Om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen is het dus wenselijk snel te komen tot juiste kostprijzen bijvoorbeeld via vrije prijsvorming.

## 7.2.2 Voorkeursmodel: introduceren risicodragend kapitaal

Alles afwegende lijkt het introduceren van risicodragend kapitaal de beste optie.<sup>65</sup> De belangrijkste voordelen zijn het stimuleren van de doelmatigheid en de grotere toegang tot kapitaal van zorginstellingen.

65 } Voor een ander onderzoek met vergelijkbare conclusies als deze rapportage, zie: Winst in de eigenstructuur, SEO, 2010.

Het belangrijkste mogelijke nadeel is een prikkel tot volumegroei. Onder het huidige beleid is deze prikkel al aanwezig in de cure, alhoewel dit met de introductie van risicodragend kapitaal mogelijk toeneemt. In de care is de prikkel tot volumegroei nog beperkt aanwezig en dat zal met de introductie van risicodragend kapitaal toenemen. Daarom is het essentieel dat overheid en zorgverzekeraars gaan sturen op het beperken van praktijkvariatie.<sup>66</sup>

### 7.3 Extramuralisering kan gestimuleerd worden via andere bekostiging

In hoofdstuk 5 hebben we inzichtelijk gemaakt dat extramuralisering slechts beperkt gerealiseerd is in de sectoren GGZ, VV&T en GZ. In deze paragraaf stellen we een nieuw bekostigingsmodel voor de care voor dat een absolute extramuralisering kan stimuleren.

Momenteel vindt bekostiging in de care plaats via verschillende zorgfuncties (zoals verblijf, persoonlijke verzorging, begeleiding, etc.) of ZZP's. Alhoewel de manier van bekostiging via ZZP's doelmatigheid van zorgproducten stimuleert, hebben alle zorgaanbieders de prikkel om deze afzonderlijke zorgproducten zorg (zowel intra- als extramuraal) zoveel mogelijk aan te bieden. Terwijl het zowel voor patiënt en maatschappij wenselijk is dat zoveel mogelijk zorg, extramuraal, in de eigen omgeving plaatsvindt. Om deze extramuralisering te stimuleren is een andere bekostiging van de zorg in de care gewenst, die aan drie randvoorwaarden moet voldoen:

- 1 De eerste randvoorwaarde is dat de financiering van zowel de intra- als extramuraal zorg bij één partij ligt. In bijvoorbeeld de GGZ remt het schot in de financiering tussen AWBZ en ZVW het tot stand komen van een absolute extramuralisatie.
- 2 Het scheiden van wonen en zorg zal waarschijnlijk rationalisatie van de intramuraal zorgconsumptie tot gevolg hebben, aangezien draagkrachtige patiënten in dat geval meer dan nu de financiële gevolgen van intramuraal wonen ervaren en het hen zal prikkelen om langer thuis te blijven wonen als zij dit willen en kunnen. Daarom is het wenselijk om dit beleidsvoornemen daadwerkelijk in de praktijk te brengen. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het aantal draagkrachtige patiënten in de langdurige GGZ en GHZ zeer beperkt is. Voor deze patiënten zal het scheiden van wonen en zorg dus geen financieel effect ondervinden en het scheiden van wonen en zorg geen rationalisatie tot gevolg hebben. Echter in de verpleging en verzorging heeft deze maatregel vermoedelijk meer effect aangezien het aandeel draagkrachtige patiënten hoger ligt.

66 } Voor manieren om praktijkvariatie te beperken, zie *Werken aan de Zorg, Kosten en Kwaliteit*, [www.werkenaandezorg.nl](http://www.werkenaandezorg.nl)

- 3 Het moet voor zorginstellingen in de care aantrekkelijker worden om extramuraal zorg te leveren ten koste van intramuraal zorg. Om deze prikkel in de bekostiging in te bouwen zijn verschillende varianten denkbaar die elk zijn eigen voor- en nadelen hebben. Hieronder beschrijven we een mogelijke nieuwe bekostiging:

Een goede variant is het verbeteren van de huidige productstructuur in de intra- en extramuraal zorg in de richting van meer integrale, kwaliteit- en doelmatigheid-stimulerende financiering, met handhaving van het 'schot' tussen intramuraal en extramuraal (zie ook *Werken aan de Zorg – Kosten en Kwaliteit*). Extramuraal zorgaanbieders kunnen dan extra worden beloond, indien zij aantoonbaar erin slagen meer patiënten extramuraal te laten verblijven, met het tegelijkertijd realiseren van een hoge (ervaren) kwaliteit van zorg.

Dit zou inhouden dat de kwaliteit van bijvoorbeeld thuiszorgaanbieders deels beoordeeld wordt op basis van hoe lang hun patiënten zelfstandig kunnen blijven wonen. Door selectief in te kopen op basis van de conversieratio naar intramuraal zorg van de verschillende extramuraal aanbieders, kan de intramuraal zorgconsumptie beperkt worden.

In dit model zijn er risico's dat de extramuraal zorgaanbieders terughoudend worden met het doorverwijzen naar intramuraal zorginstellingen. Door goed en transparant patiëntenervaring te meten is dit risico echter nihil. Op deze wijze is het mogelijk om extramuralisering van de zorg in de care te stimuleren en daarmee patiënten in de gelegenheid stellen om zorg meer in de eigen omgeving te krijgen.

## 7.4 Mogelijkheden voor het veld om de zorg te vernieuwen door innovatieve bouwconcepten

Gedurende onze interviews zijn we zorgaanbieders tegengekomen die op innovatieve wijze omgaan met de huidige bouwsituatie in de zorg. Het bouwen van een nieuw gebouw biedt kansen om een zorgconcept te ontwikkelen dat beter aansluit bij de wensen van de patiënt. Door het ontwikkelen van deze nieuwe zorgconcepten met een betere logistiek en een grotere flexibiliteit van het gebouw kan een betere kwaliteit en kostenverhouding van zorg worden gerealiseerd.

Gedurende de interviews is gesproken met zorgaanbieders die in verschillende fasen van het bouwproces verkeerden. Een groot aantal van hen heeft de bouwplannen rond gekregen. Het betrekken van financiers bij het ontwikkelen van bouwplannen lijkt raadzaam. Dat creëert mogelijkheden voor financiers om vroegtijdig bij te sturen, hetgeen de kans op succes vergroot. Een bouwplan dat gefaseerd uit te voeren is beperkt het risico voor de zorgaanbieder. Hiermee ontstaat de mogelijkheid om per fase te beoordelen of het gebouw nog steeds voldoet aan de wensen en de beoogde marktontwikkelingen. Samenwerking met woningcorporaties kan voordelen met zich meebrengen voor het ontwikkelen van bouwprojecten (zie casus Groenhuysen).

Tot slot kunnen creatieve vormen van financiering uitkomst bieden. Het blijkt dat op dit moment zorginstellingen gefinancierd worden door vreemd vermogen. Er zijn verschillende andere opties zoals obligaties of langlopende leningen. Ook kan men denken aan het onderbrengen van het onroerend goed in een aparte juridische entiteit, afgesplitst van het medische bedrijf. Dit biedt ook nieuwe mogelijkheden voor het aantrekken van kapitaal en het eventueel uitkeren van winst aan investeerders die geïnteresseerd zijn in het investeren van het vastgoed van de zorginstelling.

## Referenties

- Aedes-Arcares (2005) Veranderingen in bouwregelgeving zorg en de invloed op projecten kleinschalig wonen. Utrecht, oktober 2005. Via [www.kenniscentrumwonzorg.nl](http://www.kenniscentrumwonzorg.nl).
- Aedes-Arcares (2006) Nieuwe regeling zorginfrastructuur doorgelicht. Utrecht, maart 2006. Via [www.kenniscentrumwonzorg.nl](http://www.kenniscentrumwonzorg.nl).
- CBZ (2008) Circulaire inzake de gevolgen van het afschaffen van het bouwregime in de care.
- CBZ (2008a) Kwaliteit van de fysieke zorgomgeving, Stand van zaken onderzoek omgevingsvariabelen en de effecten op de (zieke) mens. Rapportnummer 617.
- CBS (2009) Gezondheidszorg in cijfers 2009.
- CBS (2009a), Meer ziekenhuiszorg met minder bedden
- Estinea (2009) Ondernemingsplan 2009 – 2012.
- MIT (2006), ABF, Monitor Investeren voor de Toekomst 2006; i.o.v. VROM/WWI, november 2007.
- NZa (2007) Beleidsregel Volledig Pakket Thuis. CA-188.
- NZa (2008a) Beleidsregel Kleinschalig Wonen. CA-281.
- NZa (2008b) Beleidsregel Zorginfrastructuur. CA-259.
- NZa (2009a) Monitor Vermogens Zorgaanbieders. Kengetallen in beeld 2007 – 2008.
- NZa (2009b) Monitor Ziekenhuiszorg 2009. Tijd voor reguleringzekerheid.
- NZa (2009c) Advies over aanpassing van de beleidsregel overgangsregime kapitaallasten, 2 september 2009.
- NZa (2009d) Beleidsregel Bouwimpuls AWBZ. CA-399.
- NZa (2010), Advies naar Integrale ZZP-tarieven, maart 2010.
- Hollander, M. et al. (2008) Scheiden van wonen en zorg. Ex—ante evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van klanten. April 2008.
- Plexus & BKB (2010), Werken aan de Zorg, Inventarisatie Kosten & Kwaliteit. [www.werkenaandezorg.nl](http://www.werkenaandezorg.nl)
- Priebe, S. et al. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries, *BMJ* 2005;330:123-126
- Research voor Beleid (2008) Scheiden van wonen en zorg. Ex—ante evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van klanten. April 2008.
- RIVM (2003) Brancherapport Care 2000 – 2003.
- RIVM (2008) Zorgbalans 2008, via [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl).
- RVZ (2006) Management van vastgoed in de zorgsector. Advies Raad Volksgezondheid en Zorg aan minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

SPC (2006) Een eigen huis... Rapport i.s.m. Avans Hogeschool en PON. Januari 2006.  
SCP (2010) Sociaal Cultureel Planbureau. Steeds meer verstandelijk gehandicapten? maart 2010.

VROM (2010), Senioren op de Woningmarkt

VWS (1984) Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. 18463, nrs. 1 – 2.

VWS (1999) Zicht op zorg. Plan van aanpak Modernisering AWBZ. Juli 1999.

VWS (2001) Nota Vraag aan Bod, juli 2001.

VWS (2001b) Wonen en zorg op maat. Brief van Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Vliegthart en Staatssecretaris voor Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer aan de Tweede Kamer.

VWS (2005) Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg. Brief en notitie van minister Hoogervorst aan de Tweede Kamer.

VWS (2006a) Met zorg ondernemen. Over instellingen die zelf verantwoordelijk zijn voor hun kapitaallasten en –lusten. Projectplan ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2006b) Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen). Brief van minister van VROM en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer. 27 659, nr. 78.

VWS (2007a) Met zorg ondernemen. Brief van minister Klink en staatssecretaris Bussemaker aan de Tweede Kamer.

VWS (2007b) Actualisatie prestatie-eisen curatieve ggz in relatie tot invoer integrale bekostiging. Brief directeur Curatieve Zorg aan College Bouw Zorgvoorzieningen.

VWS (2008a) Afschaffen bouwregime voor de Care. Brief en notitie van directeur Langdurige Zorg aan de Nederlandse Zorgautoriteit.

VWS (2008b) Zeker van zorg, nu en straks. Brief van Staatssecretaris Volksgezondheid, Welzijn en Sport Bussemaker aan de Tweede Kamer.

VWS (2008c) Afbouwen meerbedskamers. Brief van Staatssecretaris Volksgezondheid, Welzijn en Sport Bussemaker aan de Tweede Kamer.

VWS (2008d) Instellingsbesluit commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgebonden kapitaallasten van ziekenhuizen. (55) 16.

VWS (2008e) Stand van zaken meerpersoonskamers in verpleeghuizen en oranje/rood scorende woongebouwen in de gehandicaptenzorg. Brief van Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Bussemaker aan de Tweede kamer.

VWS (2009) Standpunt scheiden wonen en zorg. Brief van Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Bussemaker en minister voor Wonen, Wijken en Integratie van der Laan aan de Tweede Kamer.

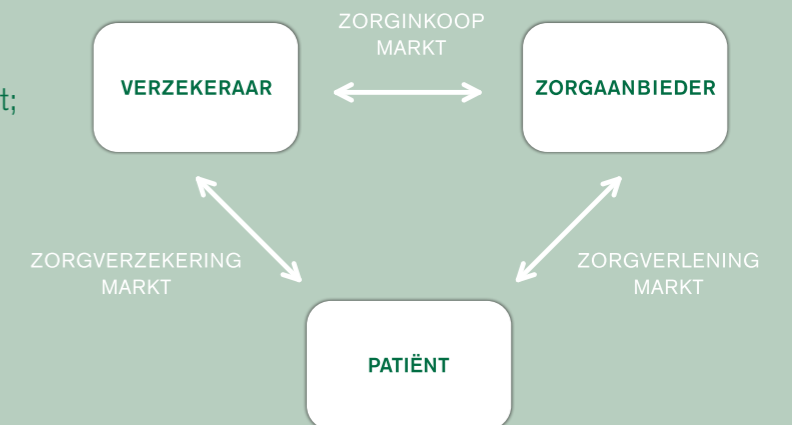
## Bijlage I Nieuw beleid

In deze paragraaf bespreken we op hoofdlijnen de doelen en uitgangspunten van het nieuwe beleid.

### Doelen en uitgangspunten nieuwe beleid

Vanaf 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (ZVW) van kracht en hiermee heeft Nederland 'het nieuwe zorgstelsel'. In het nieuwe zorgstelsel is het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden verdwenen. De drie belangrijkste doelstellingen van het nieuwe systeem zijn:

- Meer zorg die aansluit bij de wensen van de patiënt;
- Een toename van de kwaliteit van zorg;
- Een verhoging van doelmatigheid van zorg.



Onderscheidende uitgangspunten in het nieuwe beleid zijn:

- Zorg moet niet worden bekostigd via bestaande arrangementen van aanbieders of aanbod-gerelateerde parameters ('de huisarts', 'de GGZ instelling' resp. 'consulten', 'ligdagen'), maar door middel van het bekostigen van een integraal (functioneel omschreven) aanbod op de zorgvraag van een patiënt (productfinanciering of patiëntvolgende financiering);
- De kwaliteit van het zorgaanbod moet transparant zijn;
- Patiënten moeten zoveel mogelijk in staat worden gesteld te kiezen voor zorgaanbieders, daar waar zij dat willen en kunnen;
- Inkopers (verzekeraars, gemeentes, zorgkantoren) kunnen door inzicht in de prijs/kwaliteit verhouding van het aanbod optimaal zorg inkopen. Ook kunnen zij door samenwerking met de zorgaanbieders een verbetering van de kwaliteit en kostenverhouding realiseren.

In de ZVW is geregeld dat iedereen die in Nederland woont en/of loonbelasting betaalt, verplicht een basisverzekering moet afsluiten. Elke zorgverzekeraar biedt een basispolis aan en zorgverzekeraars zijn verplicht verzekerden hiervoor te accepteren. Voor aanvullende verzekeringen geldt geen acceptatieplicht. Doel van de nieuwe rol van zorgverzekeraars is hen te laten concurreren op de prijs van de zorgpremie en de kwaliteit van de zorginkoop.

## Veranderingen in de AWBZ: functie gerichte omschrijving

In de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is het uitgangspunt van 'functionele omschrijvingen' (waarbij dus niet meer vaststaat wie de zorg levert, maar alleen wat er zorginhoudelijk geleverd dient te worden) in 2003 geïntroduceerd. Tot 1 april 2003 waren de aanspraken in de AWBZ instellingsgericht omschreven. Na de aanpassing van de AWBZ in 2003 zijn de aanspraken functiegericht met zeven functies waarvoor iemand een indicatie kan krijgen.

## De WMO laat gemeenten een rol spelen

In 2007 treedt de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in werking, waar dezelfde uitgangspunten in terugkomen. Deze wet maakt gemeenten verantwoordelijk voor onder meer de volgende taken: welzijnswerk, maatschappelijke opvang, voorzieningen voor mensen met een beperking, informatie en advies, huishoudelijke verzorging, vrijwilligerswerk en mantelzorg. Deze verandering is vooral ingegeven door de overtuiging dat gemeenten betere mogelijkheden hebben om aan patiënten maatwerk te bieden, omdat zij daarin rekening kunnen houden met de samenhang met andere vormen van ondersteuning op het gebied van wonen, zorg, welzijn en dienstverlening.

## Bijlage II Interview onderwerpen

### Doel interview

1. Korte beschrijving van de (bouw)situatie van uw instelling
2. Bespreken welke criteria/eisen er nu gesteld worden aan de bouwplannen van uw instelling
3. Bespreken van het bouwplan zelf en welke prikkels vanuit het beleid uw instelling ervaart

### Onderwerpen interview

1. Korte beschrijving van de (bouw)situatie van uw instelling
2. Bespreken welke criteria/eisen er nu gesteld worden aan uw instelling door:
  - a. Financiers
    - i. Business case
    - ii. Demografie
    - iii. Aflossingstermijn/renteniveau
    - iv. Boekwaardeprobleem
    - v. Productiegroei noodzakelijk?
    - vi. Exploitatie rekening?
    - vii. Overige criteria (bv functionaliteit?)
  - b. Regelgeving/vergunningen (gemeenten, veldnormen)
    - i. Bereikbaarheid
    - ii. Veiligheid
    - iii. Logistiek
    - iv. Duurzaamheid
3. Bouwplan/financiering
  - a. Welke afwegingen heeft uw instelling gemaakt t.a.v.:
    - i. Kosten
    - ii. Functionaliteit (voor patiënt en personeel)
  - b. Zijn deze afwegingen anders onder het nieuwe regime?

## Bijlage III

### Overzicht met deelnemende organisaties aan interviews

	Organisatie	Aantal
Instellingen - Care	Verpleging en Verzorging	3
	Geestelijke Gezondheidszorg	1
	Gehandicaptenzorg	2
Instellingen – Cure	Ziekenhuizen	8
Koepels	ActiZ, GGZ Nederland, VGN, NVZ	4
Banken	ING, Rabobank, Fortis	3
Overige organisaties	NZa, WFZ, TNO	3
	<b>Totaal</b>	<b>24</b>

## Colofon

Deze rapportage is een gezamenlijke productie van Plexus en BKB. De volgende personen hebben deze rapportage tot stand gebracht.

### Plexus

David Ikkersheim  
Charlotte van der Avoort  
Wencke van der Meyden  
Erik-Jan Vlieger

### BKB

Melchior Bussink  
Maarten van Heems  
Marjolein Kampschreur  
Bram Wits

