

nCZB - rapport

Voorstudie inzake de inhoudelijke aspecten van de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) voor de gehandicaptenzorg

Opdrachtgever: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Datum: 21 juli 2017, definitief rapport

nCZB netwerk Consultancy Zorg

www.nCZB.NL

Auteurs: Fred Bisschop, Leo Mimpfen en Theo Staats

©2017 nCZB Alle rechten voorbehouden

Inhoudsopgave**Pagina**

0. Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	7
2. Waarom is gebouwkwaliteit zo belangrijk?	9
3. De Normatieve Huisvestingscomponent (NHC)	11
4. Maatschappelijke ontwikkelingen	16
5. Overheidsbeleid betreffende Arbo en woningcorporaties	19
6. Beleidsmatige ontwikkelingen Volksgezondheid	24
7. Beleidsmatige ontwikkelingen bouwregelgeving	27
8. Autonome ontwikkelingen	34
9. Overige onderwerpen	37

Bijlage 1 Samenstelling Klankbordgroep

Bijlage 2 Herberekening NHC's (2009-2010 en splitsing VG 5 oud in VG 5 nieuw en VG 8)

0. Managementsamenvatting

De VGN heeft het nCZB (netwerk Consultancy Zorg en Bouw) gevraagd een rapport op te stellen met een analyse van de factoren die relevant zijn als de NHC nu opnieuw zou moeten worden vastgesteld. Het nCZB heeft op basis van deze opdracht onderstaand rapport opgesteld, gebaseerd op deskresearch. Het rapport gaat in op alle aspecten die van invloed zijn op de NHC, met uitzondering van de rente en de indexering. Het rapport betreft vrijwel de gehele gehandicaptensector. Alleen de NHC's voor de ZG zijn, mede vanwege het specifieke karakter, buiten beschouwing gebleven.

Belang van de kwaliteit van de bouw

De kwaliteit van woonvoorzieningen is erg belangrijk voor de cliënten in de gehandicaptenzorg en is voortdurend in ontwikkeling. Dank zij het feit dat er een herkenbare NHC is kan de sector blijven discussiëren over die kwaliteit en de overheid er op aanspreken.

Verouderde beschrijvingen van de NHC's

Bij de samenstelling van de NHC's is gebruik gemaakt van achterhaalde beschrijvingen van de ZZP's. Hierdoor zijn in de NHC's niet de juiste toeslagen verwerkt. Dit laat zich in het bijzonder bij de zorgintensieve VG-ZZP's merken. De NHC is voor deze groepen echt te laag. Deze conclusie is ook van toepassing op de meeste NHC's in de LG, de LVG en de SGVLG. Ook deze zijn te laag vastgesteld omdat niet alle toeslagen zijn verwerkt. Het verdient aanbeveling dat bovenstaande analyse bij de herijking per 2019 wordt meegenomen. Daarbij is het wenselijk dat bij de herijking ook gekeken wordt naar de aard van de cliënt.

Ontwikkeling in wensen van cliënten

Terwijl de NHC uitgaat van de bouwmaatstaven ten tijde van de invoering blijven de maatschappelijke opvattingen over hoe cliënten gehuisvest moeten worden zich ontwikkelen. Deze ontwikkelingen worden met name ingegeven door de wensen van cliënten en hun naasten. De vraag (door cliënten en familie) naar meer privacy voor de zorgintensieve ZZP's, evenals het door cliënten gewenste koken op de groep, zijn verlangens waar instellingen aan moeten voldoen. Dit geldt voor de VG, de LVG, de SGLVG en zeker ook voor de LG. De belangrijke rol voor de cliënten sluit overigens aan bij het uitgangspunt van de Wlz waarin de keuzevrijheid van de cliënt een centraal uitgangspunt vormt. De vergroting van de privacy is overigens ook vanuit zorginhoudelijk oogpunt van belang. Het zou in de rede liggen als de NHC's deze maatschappelijke en zorginhoudelijke ontwikkelingen zouden volgen. Dat was vroeger in de tijd van het bouwregime ook het geval.

Nieuwe eisen

Sinds de invoering van de NHC zijn er geen nieuwe eisen opgenomen in de Arbowetgeving ten aanzien van de huisvesting. In de NHC voor de ZZP's VG 6 en 7 zijn niet opgenomen de destijds door TNO voorgestelde oppervlakte en financiële toeslagen voor gedragsproblematiek. Dit zou vanuit de behoefte van de cliënten aan extra ruimte om ongewenste prikkels en contacten te voorkomen in de rede liggen.

Scheiden wonen zorg

Het beleid dat door de overheid is ingezet in het kader van het scheiden van wonen en zorg draagt er zorg voor dat de intramurale capaciteit afneemt. Het is de vraag of corporaties aan de hieruit voortvloeiende extra vraag naar aangepaste huisvesting kunnen voldoen. Daarbij is het verder van belang dat corporaties niet meer zo makkelijk kunnen investeren in niet sociale woningbouw. De ontwikkeling van specifiek zorgvastgoed gericht op intensieve zorg wordt gemeden. Dit impliceert dat zorginstellingen meer moeten koersen op eigen investeringen of huur van commerciële partijen.

Periferie versus hoofdlocatie

De inperking van het intramurale pakket en de hogere rendementseisen van woningcorporaties hebben in beperkte mate geleid tot een afstoot van capaciteit in de gedeconcentreerde gebieden. Daarnaast kan worden opgemerkt dat er de afgelopen jaren een zorginhoudelijke ontwikkeling heeft plaatsgevonden waarbij de cliënten steeds zorgintensiever worden. Vanuit hun behoefte aan een veilige woonomgeving heeft dit tot gevolg gehad dat er in de periferie een afbouw van capaciteit is gerealiseerd en dat op de hoofdlocaties de capaciteit is uitgebreid. Dit heeft niet alleen geleid tot extra afschrijvingen en boekverliezen, maar ook tot extra investeringen op de hoofdlocatie. Deze extra investeringen zitten primair in de kosten voor infrastructurele terreinvoorzieningen, welke op de hoofdlocatie een factor 2 hoger zijn dan in de periferie. Hier is bij de bepaling van de NHC geen rekening mee gehouden. Of en hoe de investeringsbedragen van de NHC's hierop zouden moeten worden aangepast, vraagt nadere studie.

Energiekosten

Het valt voor zorginstellingen niet mee om energiemaatregelen terug te verdienen. Dit geldt zowel voor nieuwbouw als bestaande bouw. Dit heeft onder meer te maken met het gegeven dat zorginstellingen doorgaans het tarief van een grootverbruiker hebben. In de NHC is geen rekening gehouden met het kosteneffect van de aanscherping van de EPC-eisen tussen 2009 en 2015. De extra kosten hiervan kunnen worden becijferd op ongeveer 7% aan bouwkosten.

Brandveiligheid

In de NHC zijn de kosten voor een brandveilige omgeving opgenomen uitgaande van de eisen uit het bouwbesluit 2009. Alleen voldoen aan de bestaande wet- en regelgeving resulteert voor zorgaanbieders echter vaak niet in voldoende brandveiligheid, omdat daarin onvoldoende rekening wordt gehouden met de beperkte zelfredzaamheid en mobiliteit van cliënten. Een eenduidige oplossing van het brandveiligheidsprobleem is er niet. Wel laten diverse projecten zien dat er meerkosten zijn verbonden om een meer brandveilige omgeving te kunnen realiseren. Bij de bouw van ziekenhuizen wordt uitgegaan van extra kosten van € 35,- tot € 40,- per m². Het ligt in de rede ook in de gehandicaptenzorg van een dergelijke verhoging van de bouwkosten uit te gaan.

Asbest

De meeste zorginstellingen zijn al lang geleden begonnen met asbestsanering. Er lijkt in het kader van de discussie over de NHC weinig aanleiding om iets extra's voor asbestsanering te claimen.

Technologie/domotica

Veel organisaties in de gehandicaptenzorg gebruiken technologie om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en als het kan ook efficiënter te werken. Dit leidt wel tot meerkosten. Het verdient aanbeveling de exacte meerkosten voor de ICT-technologie/domotica via nader onderzoek te becijferen.

Bouwkosten en aanbestedingsresultaten

Na een dip van de bouwkosten en de aanbestedingsprijzen in de crisisjaren zijn de prijzen sinds 2015 weer behoorlijk aan het toenemen en de verwachting is dat dit zich nog verder gaat voortzetten. Het is van belang zowel de ontwikkeling van de bouwkosten als die van de aanbestedingen nauwgezet te volgen.

Grondkosten en terreinvoorzieningen

De grondkosten zijn sinds de invoering van de NHC gedaald. Momenteel stijgen ze weer. Omdat er nauwelijks openbare informatie is over de ontwikkeling zijn duidelijke conclusies niet te trekken. De situatie lijkt bovendien sterk regioafhankelijk. Er is derhalve geen aanwijzing dat de NHC's voor wat betreft de grondkosten aangepast moeten worden. Overigens is in deze conclusie geen rekening gehouden met de kosten van terreinvoorzieningen, die ook uit de grondkosten moeten worden gefinancierd.

Ten slotte is op verzoek van de VGN nog aandacht besteed aan twee andere onderwerpen, te weten de vergoeding voor inventariskosten en de vergoeding voor onderhoud.

Inventaris

Voor wat betreft de inventariskosten is al bij de invoering van de normatieve inventariscomponent (NIC) duidelijk geconstateerd dat de vergoeding niet opwoog tegen de gemaakte kosten. Dit is zeker niet gewijzigd sinds de invoering van de NIC. De ontwikkelingen rond ICT, meer investeringen in veiligheid en bijvoorbeeld het koken op de groep vergen juist extra investeringen. Dit lijkt niet op te wegen tegen het feit dat meer bewoners deels hun eigen meubilair meenemen. Een verhoging van de NIC lijkt daarom aangewezen.

Onderhoud

Het onderhoud is deels verwerkt in de NHC en deels in het ZZP-tarief. Er zijn geen aanwijzingen dat de vergoedingen te laag zijn. Wel is het opvallend dat de indexering van het onderhoud in de NHC anders is dan dat bij de ZZP-tarieven. Dit terwijl het werk vaak bij dezelfde partijen in de markt wordt uitgezet. Het ligt in de rede de indexering gelijk te maken. Dit kan door het onderhoud uit de ZZP-tarieven over te hevelen naar de NHC of de indexering van de ZZP-tarieven op een zodanige wijze aan te passen dat ook het onderhoud in deze tarieven op dezelfde wijze wordt geïndexeerd als de NHC's.

Samenvatting van de beoordeelde componenten van de NHC en NIC

Beoordeelde aspecten	Mogelijke acties
NHC algemeen: de NHC's zijn gebaseerd op beschrijvingen van de ZZP's uit 2006 en 2009. Dat is verouderd. Hoofdstuk 3	Wijzigingsvoorstellen uit 2010 zijn niet meegewogen. Ook latere ontwikkelingen zijn nog niet meegenomen in de NHC's. Dit moet alsnog meegenomen worden bij de herijking.
Privacy aspecten. Hoofdstuk 4	13,5 m ² extra verblijfsoppervlakte voor de privacy van de zorgintensieve ZZP's en € 30, - tot € 50, - per m ² voor koken op de groep.
Arbo-eisen ogv gedragsproblematiek bij VG 6 en 7. Hoofdstuk 5	De verhoging van € 8.500, - resp. € 25.000, - voor VG 6 en 7 is verwerkt in de wijzigingsvoorstellen uit 2010 maar niet verwerkt in de NHC's.
Terreininfrastructuur. Hoofdstuk 6	Nadere analyse nodig.
Energie en duurzaamheid. Hoofdstuk 7	Ca. 7% van de bouwkosten.
Brandveiligheid. Hoofdstuk 7	€ 35 , - tot € 40, - per m ² .
Asbest. Hoofdstuk 7	Vraagt geen wijziging.
ICT/domotica. Hoofdstuk 7	€ 2.000, - tot € 5.000. - per plaats. Vraagt nadere analyse.
Bouwkosten, aanbestedingsresultaten en prijsontwikkeling. Hoofdstuk 8	Kritisch volgen.
Grondkosten. Hoofdstuk 8.	Geen wijziging.
Inventaris. Hoofdstuk 9	Verhoging noodzakelijk. Nadere analyse nodig over exacte verhoging.
Onderhoud. Hoofdstuk 9.	Zelfde indexering wenselijk voor beide soorten onderhoud.

1. Inleiding

Per 2019 zullen alle tarieven in de Wlz herijkt worden. De VGN wil (los van de vraag of de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) opgaat in een integraal tarief) dat de NHC ook onderdeel is van deze 'herijkingsoperatie'. Daarom heeft de VGN het nCZB (netwerk Consultancy Zorg en Bouw) gevraagd een rapport op te stellen met een analyse van de factoren die relevant zijn als de NHC nu opnieuw zou moeten worden vastgesteld. Hoewel de aanpassingen die als eerste op stapel staan in principe op een beperkt aantal factoren betrekking hebben en de discussie over de gehele NHC die in een integrale kostprijs moet worden ingepast pas daarna plaats zal vinden, wil de VGN nu alvast een verkennend document beschikbaar hebben over de andere aspecten van de NHC. Bovendien kan met behulp van een dergelijke verkenning op hoofdlijnen beter bepaald worden welke onderwerpen voor de invoering van integrale kostprijzen verder uitgediept dienen te worden.

Het nCZB heeft voor de VGN een rapport opgesteld, gebaseerd op deskresearch. Dit rapport geeft een beschrijving van de ontwikkeling van factoren die relevant zijn als de NHC nu opnieuw zou moeten worden vastgesteld. Er vindt een analyse plaats hoe deze factoren zich ontwikkeld hebben sinds de NHC is ingevoerd en tevens wordt geduid wat het effect van deze ontwikkelingen is. Ook wordt ingegaan op de oorzaak van deze ontwikkelingen. Gaat het hier om andere zorgconcepten, autonome ontwikkelingen of bijvoorbeeld veranderende overheidseisen of maatschappelijke opvattingen. Uiteraard worden deze ontwikkelingen mede gezien vanuit het perspectief van de cliënten. Immers de bouw moet in het teken staan van het welzijn van deze cliënten.

Afgesproken is dat er geen aandacht wordt besteed aan de renteontwikkeling, omdat de NZa hierover in 2017 voorstellen doet aan VWS. Zowel de inhoud en reikwijdte van het onderzoek als het conceptrapport zijn besproken met een klankbordgroep (zie bijlage 1) die de VGN hiervoor heeft samengesteld.

In het tweede hoofdstuk wordt eerst enige achtergrondinformatie over het belang van een goede gebouwkwaliteit gepresenteerd. In het derde hoofdstuk wordt stil gestaan bij de inhoud en opbouw van de NHC zoals deze in 2012 is ingevoerd. Vanaf het vierde hoofdstuk worden verschillende ontwikkelingen beschreven die van belang zijn voor de NHC en wordt een indicatie gegeven van het effect van die ontwikkeling op de NHC. Daarbij focussen we ons op de belangrijkste NHC's, VG 3 t/m 8 en de LG, de LVG en de SGLVG. De sector zintuiglijk gehandicapten blijft, mede vanwege het specifieke karakter, buiten beschouwing.

In het vijfde hoofdstuk wordt aandacht besteed aan relevante wijzigingen in het overheidsbeleid. Zo komt daarbij de Arbowetgeving en de gewijzigde regelgeving betreffende woningbouwcorporaties aan bod.

In hoofdstuk 6 worden de van belang zijnde beleidswijzigingen op het terrein van de volksgezondheid besproken. In het zevende hoofdstuk worden de belangrijkste beleidswijzigingen op het terrein van de bouw besproken. Voor de inhoud van de NHC zijn daarbij aspecten als duurzaamheid, brandveiligheid, asbest en ICT van belang.

In hoofdstuk 8 worden de zogenaamde autonome ontwikkelingen beschreven, voor zover deze van invloed zijn op de NHC. In het bijzonder worden de ontwikkelingen van de bouwkosten, de aanbestedingen en de grondkosten gepresenteerd, waarbij ook de

regionale verschillen ter sprake komen. Voor wat betreft de inhoud ten slotte worden in hoofdstuk 9 twee onderwerpen beschreven: de werkelijke inventariskosten in vergelijking met de geldende Normatieve Inventariscomponent (NIC) evenals de vergoeding voor onderhoud zoals die in de NHC is opgenomen en de vergoeding die via het ZZP-tarief binnenkomt.

2. Waarom is gebouwkwaliteit zo belangrijk?

In Nederland verblijven per 1 juli 2016 bijna 76.000 mensen in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Vaak hebben zij ook lichamelijke en soms ook zintuigelijke beperkingen. De aard van deze beperking houdt in dat zij meestal voor hun gehele leven op zorg en ondersteuning in combinatie met huisvesting zijn aangewezen. Naast deze cliënten zijn er 2.400 met een zintuigelijke beperking en 9.500 met een lichamelijke beperking die intramuraal verblijven¹.

Terugkijkend over een lange periode kun je zeggen dat de opvattingen over gehandicaptenzorg en de huisvesting voor mensen met een handicap zich sterk hebben ontwikkeld. Aanvankelijk was er zelfs geen onderscheid tussen geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Op sommige plaatsen is dit nog terug te zien doordat terreinen van instellingen voor GGZ en voor gehandicaptenzorg aan elkaar grenzen. Aanvankelijk zijn die terreinen een geheel geweest. De evolutie van opvattingen over huisvesting van gehandicapten zijn in de periode dat er nog een zogenaamd bouwregime was sterk gestimuleerd door het ministerie van VWS. Ook in de gehandicaptenzorg zelf kwam een vergelijkbare ontwikkeling op gang: community care heette het toen. In de beleidsregels ter zake was terug te vinden dat meer en meer werd gestreefd naar een zo normaal mogelijke situatie qua huisvesting. Zo waren er bepalingen ten aanzien van de maximale groepsgrootte, het recht op dagbesteding, deconcentratie van voorzieningen, d.w.z. weg van de hoofdlocatie. Daarnaast vond men dat de samenleving niet langer moest bepalen welke huisvesting goed was voor de cliënt maar dat ook mensen met een verstandelijke beperking recht hadden om keuzes te maken hoe zij wel en niet wilden wonen. Het beleidsinstrument om dit te bevorderen was het zogenaamde woonwensenonderzoek (zie ook hoofdstuk 4). Deze voor het ministerie in die tijd belangrijke uitgangspunten hebben ook geleid tot ontwikkelingen in de bouwmaatstaven, die als toetsingskader voor projecten fungeerden. Het belang van privacy kwam onder meer tot uitdrukking in het afschaffen van meerbedskamers in de bouwmaatstaven, het introduceren van eigen sanitair en het tevens opnemen van 'individueel wonen'.

Vooraf bij cliënten met gedragsproblemen zoals de zogenaamde SGLVG-cliënten bleken de verbeteringen op het gebied van privacy te leiden tot een vermindering van het agressieve gedrag, zo viel er in de praktijk te beluisteren.

Naast de voorzieningen die onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen vielen, de voorloper van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), waren er ook de zogenaamde semimurale voorzieningen waarvoor het ministerie van VWS zelf rechtstreeks verantwoordelijk was. De vergoedingen die het ministerie voor deze voorzieningen hanteerde lagen duidelijk hoger dan die voor de zogenaamde intramurale instellingen.

Bij de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen is het tot die tijd geldende onderscheid in intramurale voorzieningen en semimurale voorzieningen opgeheven. Dit maakte het ook noodzakelijk om tot een harmonisatie te komen van de bouwkundige eisen.

¹ Bron website VGN (2017)

Verder is het van belang om op te merken dat de bouwkundige eisen in het kader van de WTZi nog steeds eisen waren die in principe golden voor nieuw te realiseren projecten. Om te voorkomen dat iedere upgrade van bouwkundige eisen zou leiden tot een veelheid aan bouwaanvragen, werden aparte eisen voor bestaande situaties opgesteld die aanmerkelijk lager waren.

De ontwikkelingen in de eisen ten aanzien van bouwkundige situaties werkten echter niet altijd door in de praktijk, die daarbij achterbleef. Dit kwam voor het eerst heel duidelijk tot uiting in 2003 toen het toenmalige Bouwcollege² een onderzoek naar de gebouwkwaliteit uitvoerde.

Ongeveer 50% van de plaatsen voor verblijf/wonen bleek niet te voldoen aan de kwaliteitseisen die door de overheid zelf waren vastgesteld. Deze uitkomsten hebben destijds ook de aandacht van de politiek getrokken en hebben ertoe geleid dat er geld beschikbaar kwam voor het verbeteren van de huisvesting naar een niveau passend bij de kwaliteitseisen. Dat betekende bijvoorbeeld het opheffen van meerbedskamers, sanitair dat van voldoende kwaliteit was en een verbetering van de privacy etc. Vandaag de dag is het uit dit onderzoek gebleken kwaliteitstekort in belangrijke mate teruggedrongen maar vermoedelijk nog niet volledig opgeheven.

Ook op het moment van invoering van de NHC is opnieuw het belang van de kwaliteit van huisvesting meegenomen in die zin dat de NHC mede is gebaseerd op de op dat moment geldende prestatie-eisen die een vastlegging waren van het op dat moment geldende beleid. Wel kan gesteld worden dat de NHC-vergoeding niet is meegegroeid met de gewenste ontwikkeling van het kwaliteitsniveau.

Wat betekent dit voor de NHC?

De kwaliteit van woonvoorzieningen is erg belangrijk voor de cliënten van de instellingen voor gehandicaptenzorg. Naarmate de kwaliteit van de huisvesting van een instelling verbetert, met name op het punt van de privacy, willen ook andere minder goed gehuisveste cliënten graag van deze verbeteringen profiteren. Dankzij het feit dat er een herkenbare NHC is kan de sector blijven discussiëren over die kwaliteit en de overheid er op aanspreken.

² Monitoring gebouwkwaliteit gehandicaptenzorg, Bouwcollege 2003

3. De Normatieve Huisvestingscomponent

3.1 Inleiding

De vergoeding van huisvestingskosten in de gehandicaptenzorg vindt vanaf 2012 plaats op basis van de zogenaamde Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) in combinatie met afbouwende nacalculatie. Dit concept is bedoeld om zorginstellingen zelf verantwoordelijk te maken voor hun huisvesting en zelf te laten besluiten wanneer en hoe er geïnvesteerd moet worden. Ook zijn instellingen vrij om gebouwen te huren binnen de financiële ruimte van de NHC. Op basis van een aantal uitgangspunten, deels op onderzoek gebaseerd, is ten behoeve van de NHC bepaald hoe hoog de initiële investeringen voor een zorggebouw zijn, hoe lang de levensduur van dat gebouw naar verwachting is en welke investeringen er tijdens de levensduur nodig zijn.

Nu een evaluatie van de NHC aanstaande is, is het goed nog eens te kijken welke uitgangspunten destijds bij het ontwikkelen van de NHC zijn gebruikt.

In de jaren 2008 en 2009 is voor de hele intramurale gezondheidszorg een belangrijke beleidswijziging doorgevoerd. Waar in de jaren daarvoor vergunningen nodig waren om te mogen investeren werden voor de cure vanaf 2008 en voor de care vanaf 2009 de zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor hun bouwactiviteiten. Om dit mogelijk te maken was een ander systeem van kapitaallastenvergoeding nodig. Het gekoppeld aan een bouwvergunning toestaan van extra kapitaallasten via de zogenaamde nacalculatie moest vervangen worden door een systeem waarbij de instellingen voldoende middelen tot hun beschikking kregen. Hiervoor is in de care het systeem van de NHC bedacht. De NHC zou daarbij instellingen in staat moeten stellen voorzieningen, passend bij de omvang van haar cliëntenbestand te realiseren en in stand te houden.

Om dit nieuwe systeem mogelijk te maken moest een aantal zaken uitgezocht worden:

- 1) Hoeveel geld had een instelling nodig om een zorggebouw niet alleen te bouwen, maar ook in stand te houden en in samenhang daarmee, wat was de gemiddelde levensduur van die gebouwen?
- 2) Zeker in de gehandicaptenzorg zijn de bouwkundige voorzieningen tot op zekere hoogte afgestemd op het type cliënt dat daar verblijft of bijvoorbeeld dagbesteding geniet.
- 3) Wat was de omvang van investeringen die niet direct aan cliënten te relateren waren, zoals kantoorfuncties en terreininfrastructuur (leidingen, wegen, verlichting, bewakingssystemen etc.).

Een aantal van deze vragen is beantwoord in het rapport 'Quick Scan in de Care'³, dat daartoe werd opgesteld onder leiding van het ministerie van VWS. Daarbij viel de eerste hierboven genoemde vraag eigenlijk in drie subvragen uiteen:

- a) Wat was een redelijke hoogte van de initiële investeringen?
- b) Wat waren redelijke instandhoudingskosten?
- c) Wat was een redelijke levensduur van voorzieningen?

³ Quick scan in de Care, NZA, College Bouw Zorginstellingen en Prismant, april 2006.

Voor de beantwoording van de eerste vraag werd aangesloten bij het systeem van bouwmaatstaven zoals dat toen nog gold. Deze bouwmaatstaven, die bij de toetsing van projecten werden gebruikt, vormden een weerspiegeling van de maatschappelijke opvattingen over kwalitatief goede huisvesting voor mensen met een verstandelijke beperking. Deze opvattingen hebben in het verleden een forse ontwikkeling ondergaan. Ging het aanvankelijk vooral om het huisvesten op een manier die we nu als heel ouderwets zouden bestempelen, geleidelijk aan zijn deze opvattingen en de bouwmaatstaven geëvolueerd, waarbij het uitgangspunt was dat mensen met een verstandelijke beperking zo normaal mogelijk zouden moeten kunnen leven. Dit betekende bijvoorbeeld dat verblijf langzaam transformeerde tot wonen met een eigen zit-/slaapkamer. De kengetallen uit de bouwmaatstaven werden vervolgens gecombineerd met de bouwkostenkengetallen die ook jaarlijks door het College Bouw zorginstellingen werden opgesteld.

De vraag wat redelijke instandhoudingskosten waren en de vraag naar de levensduur waren meer technische vragen. Weliswaar werden hiervoor in de praktijk vuistregels gehanteerd, maar tot dat moment was niet onderzocht wat er in de praktijk aan instandhouding werd besteed. Om deze vraag te beantwoorden is in genoemd rapport aan de hand van archiefonderzoek voor een groot aantal zorggebouwen vastgesteld hoe lang deze in gebruik waren en hoeveel geld er in geïnvesteerd werd na de nieuwbouw. Uit dit onderzoek kwamen twee investeringspatronen naar voren die in de praktijk gevonden werden. In het eerste werd een gebouw ca. 40 jaar in stand gehouden en werd er tussentijds een aanzienlijke midlife renovatie uitgevoerd. Dit patroon kwam overeen met de manier waarop beleidsmakers destijds ook tegen investeringen door zorginstellingen aankeken. Het tweede patroon dat gevonden werd, week daarvan af door een kortere levensduur van ca. 30 jaar en het ontbreken van een substantiële renovatie. Op basis van een kostenvergelijking bleek dit laatste patroon macro gezien het voordeligst uit te pakken. Uiteindelijk is besloten de NHC op een dergelijk investeringspatroon te baseren.

Maar de NHC is geen vergoeding per gebouw maar per cliënt. De investeringskosten, evenals de NHC-vergoedingen, van een gebouw zijn namelijk afhankelijk van de populatie van cliënten, door de koppeling aan de zorgzwaartepakketten. Door de koppeling aan cliënten voorziet de NHC tevens in een prikkel om de leegstand zo laag mogelijk te houden. Voor lege gebouwen wordt geen vergoeding gegeven. In de NHC is wel rekening gehouden met een frictieleegstand van 3%. Vervolgens is van de tijdens de levensduur van een gebouw te investeren bedragen de netto contante waarde bepaald. Daarna is op basis van deze netto contante waarde een constant (afgezien van prijsstijgingen) bedrag bepaald, dat voor de instellingen beschikbaar is.

Doordat instellingen nu bij gelijkblijvend cliëntenbestand in principe een constante vergoeding per jaar ontvangen, kunnen zij aan de hand van een businesscase illustreren wat de financiële gevolgen zijn op basis waarvan banken en het Waarborgfonds (WFZ) bereid worden gevonden om een lening beschikbaar te stellen en te borgen.

3.2 Ontwikkeling van de NHC

Zoals al vermeld vormde het rapport van het Bouwcollege⁴ de basis voor de in 2012 ingevoerde NHC's, althans qua systematiek. De eerste uitwerking van de NHC's vond in 2009 plaats⁵. Naast het rapport uit 2006 vormden de meest recente prestatie-eisen de basis voor de uitwerking. In de inleiding van het rapport uit 2009 stond opgemerkt dat voor de koppeling van investeringskosten en zorgzwaartepakketten (ZZP's) gebruik is gemaakt van beschrijvingen van zorgzwaartepakketten uit 2006⁶. Na 2006 hebben verschillende evaluaties plaatsgevonden van de zorgzwaartepakketten. Zo is sprake geweest van een landelijke score (november 2006 – februari 2007) en een controle door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ, mei – september 2007). De ervaringen van deze evaluaties hebben geleid tot aanpassingen in de cliëntprofielen en aanscherping van ZZP-omschrijvingen. Omdat deze ontwikkelingen nog gaande waren ten tijde van de bovengenoemde berekening, is ervoor gekozen om voor het rapport uit 2009 de beschrijvingen van de zorgzwaartepakketten uit 2006 als basis te blijven hanteren. Wel is daarbij opgemerkt dat de ontwikkeling in de tijd en de dynamiek van de indicatiestelling ertoe zouden leiden dat de in het bovengenoemde rapport gemaakte interpretaties niet geheel actueel meer zouden zijn. In een later stadium zouden volgens TNO de uitgangspunten van het rapport moeten worden geëvalueerd en moeten worden aangepast aan de laatste stand van zaken.

TNO heeft in 2010 een aanvullend rapport⁷, gebaseerd op de beschrijvingen van zorgzwaartepakketten uit 2010⁸, uitgebracht. Vooral binnen de sectoren GHZ en GGZ waren met de evaluatie van de beschrijvingen van de ZZP's aanzienlijke aanpassingen doorgevoerd. De eerder beschreven ontwikkelingen hebben geleid tot andere inzichten over de positie van (bijzondere) doelgroepen binnen de ZZP's, waardoor een verschuiving of verbreding van deze groepen heeft plaats gehad. Bovendien zijn in de eerder uitgevoerde berekeningen specifieke voorzieningen, zoals afzonderings- en separeervoorzieningen, voorzieningen voor fysiotherapie en therapiebaden, buiten beschouwing gebleven. Deze veelal kostbare voorzieningen werden in het rapport van 2010 alsnog in de berekeningen opgenomen. Ook is opnieuw gekeken naar de mate waarin bepaalde toeslagen in de berekeningen waren meegenomen. Dit heeft voor de gehandicaptenzorg tot grote aanpassingen geleid.

Want in 2009 werd uitgegaan van 7 zorgzwaarteklassen (VG 1 tot en met 7). De minder zorgintensieve 4 ZZP's gingen alle uit van individueel verblijf zonder toeslagen, uitgezonderd de huiskamer/inloop en de arbeidsmatige dagbesteding. De investeringskosten (prijspeil 2008) voor deze ZZP's kwamen uit op ruim € 133.000, - per plaats. Bij VG 5 werd uitgegaan van groepsverblijf, inclusief behandeling en ondersteunende begeleiding, een toeslag voor niet-mobiel en een toeslag voor arbeidsmatige dagbesteding. Dit leidde tot een investeringssom van bijna € 157.000, - per plaats (prijspeil 2008). Bij VG 6 en 7 werden dezelfde uitgangspunten gekozen als voor VG 5, behalve dat de toeslag voor niet-mobiel niet werd gegeven. De investeringssom kwam daardoor uit op bijna € 149.000, - per plaats (prijspeil 2008).

⁴ 'Quick scan in de Care', NZA, College Bouw Zorginstellingen, Prismant, april 2006

⁵ TNO rapport Investeringskosten per zorgzwaartepakket basis voor een NHC voor de Care, november 2009.

⁶ Zorgzwaartepakketten sector GZ, versie 24 augustus 2006, HHM/PB/06/2235/zba.

⁷ Investeringskosten per zorgzwaartepakket Basis voor een NHC voor de Care, TNO 2010.

⁸ Zorgzwaartepakketten sector GZ, versie 2010, 30 juni 2009, PJ/09/1643/imz

De gevolgen van het herziene rapport uit 2010 waren groot. Voor de VG 1 en VG 2 veranderde er weliswaar niets, maar de investeringskosten voor de overige ZZP's stegen met 10% tot ruim 30%, op basis van hetzelfde prijspeil. De hieruit voortvloeiende extra kosten waren echter voor het Ministerie van VWS niet acceptabel. Het Ministerie van VWS heeft om die reden besloten dat voor de bepaling van de NHC toch moest worden uitgegaan van de investeringskosten uit het eerste rapport van 12 november 2009. Wel is ervoor gekozen om de in dit rapport vastgestelde investeringsbedragen enigszins te verhogen, waardoor toch een hoger basisniveau van alle NHC's ontstond.

Voor de VGN was dat niet voldoende. De VGN heeft daarom voorgesteld VG 5 te splitsen in twee ZZP's, VG 5 nieuw en VG 8. Ten opzichte van de versie van 2009 kwam bij de nieuwe VG 5 de toeslag voor niet mobiel te vervallen. De investeringskosten ten opzichte van de oude VG 5 daalden hierdoor met ca. 6,5%. Bij de nieuwe VG 8 zijn alle toeslagen (niet-mobiel, somatische aandoening, snoezelruimte, arbeidsmatige dagbesteding, fysio en therapiebad plus extra kosten voor topkoeling, plafondliften en zintuiglijk gehandicapten) toegevoegd. Ten opzichte van de oude VG 5 namen de investeringskosten hierdoor met bijna 25% toe. Dit voorstel heeft het wel gehaald en is uiteindelijk verwerkt in de vigerende NHC's. De wijzigingen van VWS en splitsing van VG 5 in 2 andere NHC's zijn door TNO⁹ in september 2011 verwerkt in een rapport aan de NZa.

De exacte wijzigingen tussen de berekeningen van 2009 en 2010 evenals de wijziging van VG 5 oud in VG 5 nieuw en VG 8 zijn opgenomen in bijlage 2. Deze gegevens zijn ontleend aan het rapport van TNO uit 2010¹⁰ en voor wat betreft de wijziging van VG 5 oud in VG 5 nieuw en VG 8 aan een schrijven van TNO aan de NZa van april 2011¹¹. Uit bijlage 2 blijkt ook dat de investeringskosten voor de NHC's voor de LG, met uitzondering van LG 1 en 2, de LVG en de SGLVG in het TNO-rapport van 2010 aanzienlijk hoger liggen dan die uit 2009. Ook deze wijzigingsvoorstellen zijn uiteindelijk niet overgenomen. Ten aanzien van het rapport van TNO uit 2010 moet worden opgemerkt dat hierin ook toeslagen zijn meegenomen welke niet in de wettelijke prestatie-eisen ten tijde van het bouwregime waren opgenomen. Concreet ging het om extra kosten voor koken op de groep, voorzieningen voor temperatuurbeheersing (voor enkele ZZP's) en kosten om te voldoen aan de verlaagde EPC-norm (zie hoofdstuk 7).

⁹ Addendum bij TNO-rapport Investeringskosten Per ZZP Basis voor een NHC voor de care d.d. 12-11- 2009

¹⁰ Investeringskosten per zorgzwaartepakket Basis voor een NHC voor de Care, TNO 2010

¹¹ NHC VG 5 en VG 8, TNO, april 2011.

Wat betekent dit voor de NHC?

Bij de samenstelling van de NHC's is gebruik gemaakt van achterhaalde beschrijvingen van de ZZP's. Hierdoor zijn in de NHC's niet de juiste toeslagen verwerkt. Dit laat zich in het bijzonder bij de zorgintensieve VG-ZZP's merken. De NHC is voor deze groepen echt te laag. Dat er de afgelopen jaren geen of nauwelijks problemen zijn ontstaan heeft in feite alleen maar te maken met het gunstige aanbestedingsklimaat. Maar dit staat momenteel ook onder druk (zie hoofdstuk 8). Overigens geldt ook voor de meeste NHC's in de LG, de LVG en de SGVLG dat deze te laag zijn vastgesteld. Het verdient aanbeveling dat bovenstaande analyse bij de herijking per 2019 wordt meegenomen. Daarbij is het wenselijk dat bij de herijking ook gekeken wordt naar de aard van de cliënt.

4. Maatschappelijke ontwikkelingen

Kijken we naar de manier waarop woningen vandaag de dag gebouwd worden en hoe dat bijvoorbeeld in de jaren 60 gebeurde, dan zien we een enorme ontwikkeling. Voor de sector gehandicaptenzorg is dat niet anders. De tijd van meerbedskamers, sanitair zonder privacy etc. ligt achter ons, al wordt nog wel op sommige plaatsen aan modernisering gewerkt. Maar tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat de NHC gebaseerd is op de laatste versie van de bouwmaatstaven, wat feitelijk betekent dat kwaliteitsontwikkelingen sinds de invoering van de NHC al bijna 10 jaar bevroren zijn.

De bouwkosten worden door de overheid op een aantal manieren beïnvloed. Enerzijds zijn er harde eisen waaraan projecten moeten voldoen, zoals vastgelegd in het Bouwbesluit. Naast formele regelgeving is er ook toezicht en handhaving die meer of minder intensief kan worden toegepast. Hierbij valt onder andere te denken aan hoe regels met betrekking tot nieuwbouw doorwerken in bestaande bouw. Maar ook op indirecte wijze kunnen overheidsregels doorwerken in bouwkosten. Voor wat betreft huisvesting kent de gehandicaptenzorg een lange traditie met betrekking tot het zogenaamde woonwensenonderzoek, dat tegenwoordig is uitgebreid tot een leefwensenonderzoek.

Zoals we in hoofdstuk 2 reeds bespraken komt het inventariseren van woon- en leefwensen voort uit de emancipatie van mensen met een handicap die in het verleden door het ministerie van VWS altijd is gestimuleerd. Het idee hierachter is dat mensen met een handicap net als alle andere burgers keuzes moeten kunnen maken met betrekking tot hoe zij willen wonen. En tegelijkertijd licht hierin ook besloten dat iedereen recht heeft op privacy, dus ook mensen met een beperking die op zorg en huisvesting in een intramurale instelling zijn aangewezen.

Het leefwensenonderzoek is voor de hele zorg thans verankerd in de Wet Medezeggenschap Cliënten in de Zorg (WMCZ). Indien een instelling bouwvoornemens heeft of een lange termijn huisvestingsplan wil opstellen, moet zij de leefwensen van haar cliënten inventariseren, zodat daar rekening mee kan worden gehouden. Maar ook in de Wet langdurige zorg (Wlz) staat de cliënt centraal. In de Wlz is het vergroten van betrokkenheid namelijk een belangrijk uitgangspunt. Cliënten krijgen meer eigen verantwoordelijkheid, door hun keuzevrijheid en zeggenschap over de zorg te geven. Dit geldt dus ook voor de huisvesting.

Het leefwensenonderzoek moet in principe positief worden gewaardeerd. Het gaat er immers om dat de zorg en het verblijf als onderdeel daarvan zoveel mogelijk kan bieden wat de cliënt daarvan vraagt. In de gehandicaptenzorg geldt als bijzonderheid dat veel cliënten zelf niet in staat zijn hun wensen voldoende kenbaar te maken en dat dit in plaats daarvan door ouders en familie gebeurt. In de praktijk levert dit wel enige spanning op tussen de zorginstelling en de familie van de cliënt. Om die reden worden er door de instellingen soms protocollen opgesteld waarin zij vastleggen voor welk deel van de inrichting de zorginstelling verantwoordelijk is en voor welk deel de cliënt en diens familie. In de praktijk is te zien dat de kamer van de cliënt daarbij vaak door de familie wordt ingericht. Maar de stoffering bijvoorbeeld (vloerbedekking, gordijnen) komt voor rekening van de instelling en dient bovendien bij te dragen aan de brandveiligheid. Verder geldt er voor de hogere ZZP's waar de NHC qua hoogte in het verleden was afgeleid uit het zogenaamde groepswoon, dat de familie vaak voorstander is van een grote mate van individueel wonen in de vorm van een studio of iets dergelijks, voorzien

van pantry enz. Op dit punt wrekt zich ook dat de laatste versie van de bouwmaatstaven een (voor de hele langdurige zorg) enigszins kunstmatig onderscheid maakte tussen individueel wonen en groepswonen, terwijl de huidige praktijk in de GHZ er veel meer een is van een balans tussen privacy en ondersteuning.

Meer privacy is dus ook voor de cliënten met gedragsproblematiek een van de maatschappelijke ontwikkelingen in het wonen, zowel op als buiten de hoofdlocatie. Voor deze doelgroepen worden dan ook meer en meer volgens de nieuwste zorginzichten woongebouwen gerealiseerd voor individueel verblijf¹², in tegenstelling tot het klassieke afdelingsverblijf of groepsverblijf. Het verschil tussen individueel verblijf en groepswonen zit hem in de mate van privacy die uiteraard ook resulteert in een grotere woonoppervlakte en een hoger voorzieningenniveau. Deze grotere mate van privacy betekent in de eerste plaats eigen sanitair, de mogelijkheid om op je eigen kamer TV te kunnen kijken of je familie te kunnen ontvangen en samen een kopje koffie te kunnen drinken.

Nieuwe zorginhoudelijke inzichten¹³ in de gewenste woonomgeving voor de cliënten met gedragsproblematiek laten zien dat er behoefte is aan meer privacy en een prikkelarme omgeving om zich te kunnen terugtrekken. De huisvesting van cliënten heeft grote invloed op de ondersteuningsbehoefte voor de doelgroep met gedragsproblematiek. Deze doelgroep neemt volgens gegevens van het CIZ¹⁴ in omvang toe.

In de opzet van de NHC is voor de doelgroepen met gedragsproblematiek (VG 6 en VG 7) maar ook voor de groepen VG 5 en VG 8, uitgegaan van een rekenoppervlakte van 49,5 m² voor groepsverblijf. In recente nieuwbouwprojecten wordt er voor deze cliënten vaak gekozen voor zelfstandige appartementen bestaande uit een zit-/slaapkamer met pantry en eigen sanitair. Dit gebeurt ook omdat ook de cliënten zelf dit verlangen. De ruimten voor gemeenschappelijk gebruik worden verspreid over kleine woonkamers met de functie van inloopruimte en afleidingsruimte (rust- en snoezelkamers). De cliënten met gedragsproblematiek hebben behoefte aan privéruimten om zich terug te kunnen trekken en aan rustplekken wanneer de spanning op de groep te hoog oploopt. De cliënten moeten zich ruim kunnen bewegen zonder tegen elkaar te botsen of tegen elkaar aan te lopen.

Overigens geldt ook voor de meeste ZZP's in de LVG en de 3 zwaarste ZZP's in de LG dat er bij de NHC uitgegaan is van groepsverblijf. Ook voor deze cliënten geldt dat er behoefte is aan meer privacy. Zeker geldt dit voor de LG waarbij de cognitieve vermogens beter ontwikkeld zijn dan bij de verstandelijk gehandicapten.

Deze zorginhoudelijke ontwikkeling wordt beschreven in de literatuur en wordt ook genoemd door leden van de klankbordgroep. In het TNO-rapport van 2010 is voor de oppervlakte voor verblijf voor minder zorgintensieve ZZP's uitgegaan van 63 m² per plaats en voor zorgintensieve ZZP's van 49,5 m² per plaats, ofwel een verschil van 13,5 m² aan verblijfsoppervlakte. Het NHC systeem zou met het oogpunt op meer privacy ook voor de zorgintensieve ZZP's van de 63 m² per plaats dienen uit te gaan.

¹² Terminologie verblijf komt uit prestatie-eisen voor nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen, College bouw zorginstellingen, april 2007.

¹³ Vera van Paasen oktober 2014. Master thesis Ondersteuningscontext van cliënten met een VG 6 of VG 7.

¹⁴ CIZ juli 2014. Trendrapportage 2013 Ontwikkelingen in de aanspraak op AWBZ-zorg 2010-2013.

Als het NHC-systeem niet op dit concept wordt afgestemd zal er zich op korte termijn een financieringsprobleem voordoen, omdat de nieuwbouw niet meer volgens het oude concept zal plaatsvinden.

Het is de afgelopen jaren ook meer gebruik geworden om te koken op de groep. In het rapport van TNO¹⁵ uit 2010 was hiermee ook al rekening gehouden bij de aangepaste NHC's. Voor de functie verblijf werd daartoe voor de AWBZ-verblijfs categorieën licht en zwaar een additionele verhoging van de bouwkosten berekend van respectievelijk € 49, - per m² en € 30, - per m². Er is al opgemerkt dat dit niet in de wettelijke maatstaven uit de tijd van het bouwregime was opgenomen.

Wat betekent dit voor de NHC?

Terwijl de NHC uitgaat van de prestatie-eisen ten tijde van de invoering, blijven de maatschappelijke opvattingen over hoe cliënten gehuisvest moeten worden zich ontwikkelen.

Deze opvattingen worden ook expliciet zichtbaar via het leefwensenonderzoek dat krachtens de WMCZ gehouden moet worden bij bouwplannen en ook door het uitgangspunt van de Wlz waarin de keuzevrijheid van de cliënt een centraal uitgangspunt vormt. Waar de laatste versie van de prestatie-eisen nog uitging van strikt groepswonen voor de zorgintensieve doelgroepen, is mede onder invloed van de wettelijke inspraak de trend om ook voor deze doelgroepen meer privacy te creëren. Verder dringen cliënten en hun vertegenwoordigers aan op een zo compleet mogelijke uitvoering van de huisvesting en wordt ook de kwaliteit van leven/zorg er beter van.

In de tijd dat er nog een bouwregime was werden de prestatie-eisen met enige regelmaat geüpdatet. Na de invoering van de NHC is dit niet meer gebeurd. De vraag (door cliënten en familie) naar meer privacy voor de zorgintensieve ZZP's evenals het door cliënten gewenste koken op de groep zijn verlangens waar instellingen aan moeten voldoen. Dit geldt voor de VG, de LVG, de SGLVG en zeker ook voor de LG. De vergroting van de privacy is overigens ook vanuit zorginhoudelijk oogpunt van belang. Een aanpassing van de NHC voor deze doelgroepen ligt derhalve in de rede. Meer privacy voor zorgintensieve ZZP's betekent een verschil van 13,5 m² meer aan oppervlakte voor verblijf. Bij koken op de groep gaat het om bedragen in de orde van grootte van € 30, - / € 50, - per m². Het verdient aanbeveling deze analyse bij de herijking mee te nemen.

¹⁵ Investeringskosten per zorgzwaartepakket Basis voor een NHC voor de Care, TNO 2010.

5. Overheidsbeleid betreffende Arbo en woningcorporaties

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de relevante wijzigingen in het overheidsbeleid. Daarbij komen aan bod de Arbowetgeving en de gewijzigde regelgeving betreffende woningbouwcorporaties. Voor Arbowetgeving zijn het de gevolgen van fysieke belasting en agressie en geweld. Voor de woningcorporaties gaat het om de beperkingen in het werkdomein en de parameters die schuren met de NHC-uitgangspunten.

5.1 Arbowetgeving

Volgens de inspectie van SWZ¹⁶ zijn de belangrijkste arbeidsrisico's in de gehandicaptenzorg de fysieke belasting en agressie en geweld. In de literatuur zijn geen nieuwe eisen gevonden in de Arbowetgeving, sinds de invoering van de NHC's, die direct van invloed zijn op de huisvesting. Er is vanuit die invalshoek daarom geen reden om de NHC's aan te passen. Wel is er het toezicht dat thematisch wordt uitgevoerd dat relatie heeft met de huisvesting. In 2013 ging de aandacht uit naar het terugdringen van vrijheidsbeperkingen en in 2016 was de veiligheid van de medewerkers aan de orde. Het Verbond van Verzekeraars¹⁷ vermeldt wel een lange lijst met oorzaken van beroepsrisico's in de sector gehandicaptenzorg waarvan sommige een relatie hebben met huisvesting.

In de gehandicaptenzorg zijn het vooral aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat die ziekteverzuim en langdurige uitval veroorzaken. Het werken met cliënten met overgewicht maakt de handelingen extra zwaar. Deze groep met overgewicht zal naar verwachting van de inspectie van SWZ¹⁸, volgens TNO¹⁹ en volgens een literatuurstudie van Lisette Schoenmaker²⁰ de komende jaren toenemen.

In de NHC is voor de doelgroep VG 8 en LG 7 rekening gehouden met oppervlaktetoeslagen voor niet-mobiele cliënten en een financiële toeslag voor tilliften en temperatuurbeheersing.

De toename van de zorgintensieve doelgroepen wordt duidelijk uit de tabellen op de volgende pagina van het CIZ over de ontwikkeling van cliënten per ZZP over de periode 2011-2017, op de volgende pagina. Groei in de Wlz komt door toename van indicaties en door toename van zorgzwaarte. Dit is goed te zien als je naar de VG indicaties kijkt, die sterk zijn gegroeid de afgelopen paar jaar.

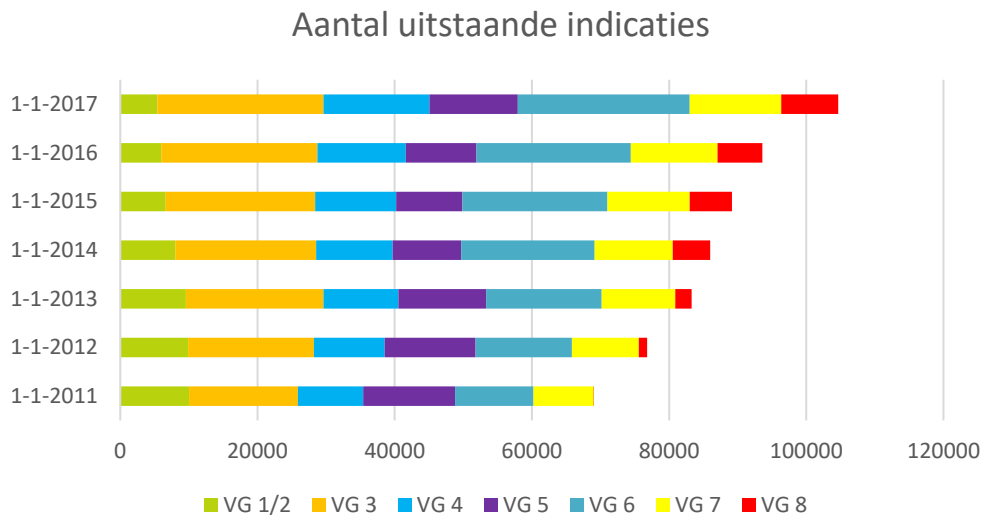
¹⁶ Inspectie van het Ministerie van sociale zaken en werkgelegenheid.

¹⁷ Zie website www.verzekeraars.nl dossier beroepsrisico's Gehandicaptenzorg <http://ow.ly/riEC30a2UkJ>

¹⁸ Brochure Inspectie SWZ arbeidsrisico's in de gehandicaptensector tcm335-312273.

¹⁹ TNO-rapport 'Behoefteteonderzoek voorzieningen voor mensen met lichamelijke beperkingen' september 2010

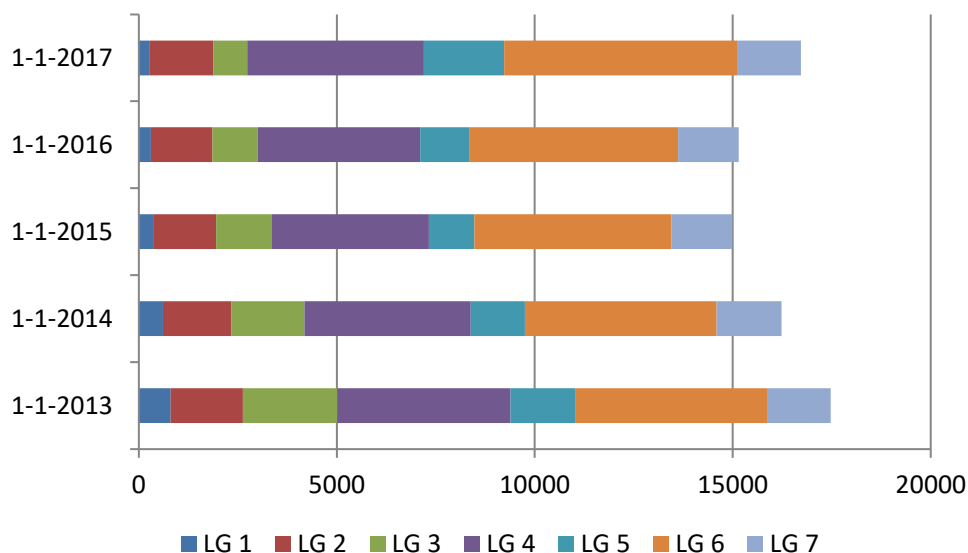
²⁰ Lisette Schoenmaker 02-02-2102 Een literatuuronderzoek naar overgewicht bij mensen met een verstandelijke beperking.



Tabel 5.1.a trend indicaties WLZ, op basis van CIZ indicatie gegevens

Landelijk is een afname zichtbaar van de lage ZZP's VG 1 en VG 2. Deze afname is het gevolg van de extramuralisering en de decentralisering.

Landelijk is na een daling in de jaren 2013-2015 weer een toename in het aantal geldige indicaties voor de ZZP's LG waarneembaar (zie Tabel 5.1.b). Deze toename geldt vooral voor de LG 4 tot en met LG 6. De indicaties voor LG 7 en LG 2 nemen in de periode 2015-2017 licht toe, voor LG 1 en LG 3 nemen de indicaties in de gehele periode (2013-2017) af.



Tabel 5.1.b Cliënten met een indicatie voor intramurale zorg GZ-LG, Landelijk (CIZ)

De VGN publiceert op haar website cijfers²¹ over agressie. De landelijke gegevens maken duidelijk dat het aantal cliënten dat zorg met verblijf ontvangt langzaam complexer wordt wat betreft hun zorgvraag. Bij een-derde van de cliënten met verblijf is sprake van incidenten op het gebied van agressie. Dat kan zijn tegenover medewerkers, maar ook tussen cliënten onderling. Volgens een onderzoek van het FNV door Danielle van Essen²² voelt maar een kleine meerderheid van de medewerkers zich meestal veilig op het werk.

In de NHC is een oppervlakte toeslag voor gedragsproblematiek gehanteerd als sprake is van structurele, ernstige of extreme gedragsproblematiek. Dit is voor de LVG 3-LVG 5 en SGLVG. De bouw van een separeervoorziening²³ komt binnen de GHZ relatief weinig voor. Verder is er een financiële toeslag gegeven van 10% van de investeringskosten voor de cliënten met gedragsproblematiek LVG 3-LVG 5 en SGLVG. Doordat de cliënten gemiddeld meer gedragsproblematiek vertonen, moeten de bouwtechnische voorzieningen zwaarder worden uitgevoerd en de technische installaties worden uitgebreid. De gehandicaptensector is de laatste jaren met succes bezig om vrijheidsbeperking verder terug te dringen. Dit betekent wel dat in alle gebouwen waar de cliënten met gedragsproblematiek verblijven extra preventieve bouw- en technische maatregelen worden getroffen.

In dit verband kan worden opgemerkt dat in de herziening van de NHC's voor de doelgroepen VG 6 en VG 7 in 2010 was voorgesteld hiervoor een extra oppervlakte voor gedragsproblematiek van 7,5 m² toe te kennen, doordat deze cliënten veel behoefte hebben aan extra ruimte om ongewenste prikkels en contacten te beperken. Daarnaast was er voor VG 7 een toeslag van 1,9 m² voor een afzonderingskamer voorgesteld. Tenslotte was er voor VG 7 een financiële toeslag voor verzwaarde bouw van € 14.342,- en voor een afzonderingskamer van 10% van de investeringskosten ofwel € 440,- voorgesteld. Al deze voorgestelde verhogingen van de NHC zijn echter niet gehonoreerd.

Wat betekent dit voor de NHC?

Sinds de invoering van de NHC zijn er geen nieuwe eisen opgenomen in de Arbowetgeving ten aanzien van de huisvesting. In de NHC's voor VG 6 en 7 zijn niet opgenomen de destijds door TNO voorgestelde oppervlakte en financiële toeslagen voor gedragsproblematiek. Dit zou vanuit de behoefte van de cliënten aan extra ruimte om ongewenste prikkels en contacten te voorkomen in de rede liggen. In bedragen gaat het dan om de orde van grootte van € 8.500,- voor VG 6 en € 25.000,- voor VG 7. Deze extra bedragen waren al opgenomen in het TNO rapport van 2010, zie hoofdstuk 3.

5.2 Woningcorporaties

Het beleid dat door de overheid is ingezet in het kader van het scheiden van wonen en zorg draagt er zorg voor dat de intramurale capaciteit afneemt. De cliënten die niet meer intramuraal opgevangen kunnen worden, moeten uiteraard extramuraal gehuisvest worden of blijven. Dit vergt een behoorlijke uitbreiding van het contingent aan sociale woningbouw. Daarbij moet bedacht worden dat het veelal om cliënten met een beperkt inkomen gaat.

²¹ <http://www.vgn.nl/overdevgn/feitenencijfers>.

²² FNV Danielle van Essen, februari 2017. Rapport Barometer Gehandicaptenzorg.

²³ In januari 2013 is wel de nieuwe veldnorm voor afzonderen en separeren verschenen.

Het is zeker niet evident dat aan de toenemende vraag naar sociale huurwoningen kan worden voldaan. Een aantal woningbouwcorporaties verkeert in financiële problemen. Daarbij komt dat door de invoering van de verhuurdersheffing, een heffing van ca. 0,5% over de waarde van de sociale huurwoningen, de investeringsmogelijkheid van corporaties ook niet toegenomen is. Daarnaast stelt het Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW) vanaf volgend jaar ook strengere voorwaarden aan de voor de sociale woningbouw noodzakelijke borging. Vanaf 1 januari 2017 hanteert het WSW verschillende premies (premiedifferentiatie) op de leningen van corporaties, afgeleid van de risicogroep waarin die corporatie zit. Er wordt bij huur door het WSW al uitgegaan van een minimaal rendement van corporaties van 5,5%. De rente waarmee in de NHC's wordt rekening gehouden bedraagt 5%, en staat momenteel onder druk.

Verder is van belang dat corporaties niet meer zo makkelijk kunnen investeren in niet-sociale woningbouw; een activiteit die tot voor enkele jaren door menige corporatie werd ondernomen. Aedes, de koepel van corporaties, en het kabinet maakten recent afspraken over het werkdomein²⁴ van woningcorporaties. Een corporatie werkt bij voorkeur binnen één woningmarktgebied en bouwt en verhuurt sociale huurwoningen (Diensten van Algemeen Economisch Belang: DAEB). Categorale corporaties krijgen een vrijstelling om buiten hun kernwerkgebied actief te zijn.

Woningcorporaties dienen zich te realiseren dat een zorginstelling meestal niet het volledige NHC-tarief aan huur kan afgedragen. Uit de NHC moeten immers ook nog andere lasten worden betaald zoals onder andere de kosten voor zorginfrastructuur en de kosten voor instandhouding. Daarnaast zijn er nog kosten voor inrichting en specifieke installaties ter ondersteuning van de zorg voor cliënten.

Dit beleid heeft ook voor de combinatie van woningcorporaties en zorgaanbieders grote invloed. Woningcorporaties zullen hun focus meer richten op het aanbieden van levensloopbestendige woningen. Wel onderzoeken zij nog samen met zorgaanbieders de mogelijkheden van extramurale verhuur (zorgwoningen) in combinatie met het bieden van zorgarrangementen. DTZ-Zadelhoff²⁵ heeft het speelveld en de veranderingen in het zorglandschap en de veranderende rol van woningcorporaties onder druk van de stelselwijzigingen in de zorg- en corporatiesector in beeld gebracht. Corporaties die willen investeren in nieuwe complexen richten zich voornamelijk op complexen met een overwegende woonfunctie, waarbij in het complex aanvullende zorgvoorzieningen kunnen worden georganiseerd. De ontwikkeling van specifiek zorgvastgoed gericht op zware zorg wordt gemeden. Verder wordt het leegstandsrisico door corporaties steeds meer bij zorginstellingen gelegd.

²⁴ Kleine corporaties krijgen vrijstelling voor het splitsen van DAEB en niet-DAEB. Categorale corporaties krijgen vrijstelling om buiten hun kernwerkgebied actief te zijn.

²⁵ DTZ Zadelhoff is overgenomen door Cushman & Wakefield, brochure juni 2015. Zorg voor corporatiebezit.

Wat betekent dit voor de NHC?

Het beleid dat door de overheid is ingezet in het kader van het scheiden van wonen en zorg draagt er zorg voor dat de intramurale capaciteit afneemt.

Daarbij is van belang dat corporaties niet meer zo makkelijk kunnen investeren in niet sociale woningbouw; een activiteit die tot voor enkele jaren door menige corporatie werd ondernomen. De ontwikkeling van specifiek zorgvastgoed gericht op zware zorg wordt gemeden. Dit impliceert dat zorginstellingen meer moeten koersen op eigen investeringen of huur van commerciële partijen. In dit verband is het overigens opmerkelijk dat het minimale rendement voor corporaties hoger ligt dan de in de NHC opgenomen vergoeding voor zorginstellingen. En deze laatste staat momenteel onder druk. Een kwantificering bij deze analyse is echter niet te maken. Het leert wel dat naarmate de NHC krappere wordt, het gesprek met de corporatie belangrijker maar ook moeilijker wordt.

6. Beleidsmatige ontwikkelingen Volksgezondheid

Met de afschaffing van het bouwregime in 2009 kwamen ook de criteria voor de bouw te vervallen, zowel de zogeheten prestatie-eisen (zoals de m² en de kosten per m² voor de verschillende onderdelen en in totaal) maar ook de meer beleidsmatige criteria als groeps grootte en voor de gehandicaptenzorg het streven naar kleinschalige voorzieningen in de wijk. Overigens zijn de toentertijd geldende prestatie-eisen wel gehanteerd om de NHC's te berekenen.

Sinds de invoering van de NHC's in 2012 zijn er enkele beleidsmatige ontwikkelingen door het ministerie van VWS geïnitieerd welke invloed hebben op de hoogte en de inkomsten uit de NHC's. In de eerste plaats kan gewezen op het scheiden van wonen en zorg. Direct na invoering van de NHC's heeft het ministerie van VWS in het Begrotingsakkoord 2013 bepaald dat voor nieuwe gevallen in de zzp's VG 1 en VG 2 er vanaf 2013 geen titel meer is voor een bekostiging van een intramurale opname. Met ingang van 2015 geldt dit ook voor 50% van de nieuwe zzp's VG 3.

Ook voor de lichamelijke gehandicapten zijn de rechten op intramuraal verblijf beperkt. Dit geldt voor de zzp's LG 1 en LG 3.

Sinds 2013 is er voorts een aanzienlijke verlaging (ca. 50%) aangebracht betreffende de gelden die beschikbaar zijn voor de vervoerskosten voor cliënten die van dagbesteding gebruik maken. Dit is een onderdeel van het zogenoemde Kunduz-akkoord²⁶.

Ten tijde van de invoering van de NHC's was het al mogelijk om te kiezen voor een Volledig Pakket Thuis (VPT). VPT is zoals de term al aangeeft een vorm van zorg die het leveren van het volledige intramurale WLZ-pakket in de thuissituatie inhoudt, echter exclusief de medische behandeling (loopt via Zvw), de dagbesteding (gaat via de WMO) en de huisvesting (woont thuis) maar bijvoorbeeld wel het schoonhouden van de woonruimte. Het VPT wordt geleverd door één zorgaanbieder.

In 2015 is het Modulair Pakket Thuis (MPT) ingevoerd. Met een MPT ontvangt men zorg thuis vanuit de Wlz. Men ontvangt dezelfde zorg en begeleiding als in een zorginstelling. De enige uitzondering hierop zijn maaltijden.

Met een modulair pakket thuis kiest men welke delen (modules) van het totale zorgpakket men wilt ontvangen. Men kan ook bepaalde zorg niet kiezen. Een essentieel verschil met het VPT is dat men bij het MPT zelf kan beslissen of men met meer aanbieders in zee wil gaan. De regie is in handen van de verzekerde. Veel cijfers over het gebruik zijn er nog niet. Volgens Gupta Strategists²⁷ hebben er in 2015 ca. 23.000 mensen gebruik gemaakt van het MPT, ongeveer gelijk verdeeld over de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg.

²⁶ Op 26 april 2012 werd er een akkoord gesloten tussen de VVD, CDA, D66, Groen Links, en ChristenUnie nadat het kabinet Rutte was gevallen. Dit akkoord heeft betrekking op de Nederlandse staatsbegroting en bevat maatregelen om het Nederlandse begrotingstekort terug te brengen tot 3 procent van het bruto binnenlands product (bbp).

²⁷ Verkenning van bekostigingsmodellen voor het modulair pakket thuis, januari 2016.

Het inperken van het intramurale pakket en het verruimen van de mogelijkheden tot het krijgen van zorg thuis (VPT en MPT) zou gevolgen kunnen hebben voor de bezettingsgraad. Bij de samenstelling van de NHC is rekening gehouden met een bezettingsgraad van 97%. Volgens onderzoeken van Verstegen en Intrakoop²⁸ is de bezettingsgraad de afgelopen jaren gedaald tot 90% in 2015. Het aantal intramurale cliënten is volgens deze analyses afgenomen. Daarentegen is er een toename geweest van het aantal cliënten met een VPT. De onderzoekers zijn voor wat betreft de bezettingsgraad uitgegaan van de door de instellingen zelf aangeleverde informatie uit de jaarverslagen via de openbare datasets DIGIMV. Deze cijfers worden door de leden van de werkgroep niet herkend. Dit komt ook doordat de capaciteit waar in het DIGIMV naar wordt gevraagd niet de werkelijk begrote capaciteit is maar de capaciteit zoals deze bij het CIBG is geregistreerd. Deze laatste capaciteit is gedateerd. Wel kan geconcludeerd worden dat met het vergroten van de mutatiegraad en complexiteit van bewoners het langer duurt om goede invulling van lege plekken te krijgen. Daardoor is het realiseren van een bezettingsgraad van 97% over de gebruiksduur van een pand moeilijk haalbaar. Nader onderzoek naar de bezettingsgraad en mogelijke differentiatie naar aard en hoogte van de ZZP indicatie is aangewezen.

Overigens zijn er daarnaast aanwijzingen dat instellingen oorspronkelijke intramurale capaciteit nu inzetten voor cliënten met een VPT en een MPT. Daarbij is wel duidelijk dat de huur die in rekening gebracht kan worden lager is dan de oorspronkelijke NHC-vergoeding. Voor deze cliënten is het gelet op hun inkomen belangrijk dat ze gehuisvest kunnen worden voor een prijs waarbij ze nog in aanmerking komen voor huursubsidie. De huursubsidielgrens ligt anno 2017 bij een maandelijkse huur van € 710,-²⁹, waarbij moet worden opgemerkt dat woningcorporaties voor nieuwe huurders (een en/of tweepersoons huishoudens) met de laagste inkomens, waartoe ook de gehandicapten behoren, een woning mogen aanbieden van maximaal iets meer dan € 590,- huur per maand; de dagelijkse hoogte van de NHC inclusief dagbesteding ligt op ruim € 30,-³⁰, dus ruim € 900,- per maand. Bovendien is door de huurbescherming het risico op leegstand groter.

De inperking van het intramurale pakket en de hogere rendementseisen van woningcorporaties hebben in beperkte mate geleid tot een afstoot van capaciteit in de gedeconcentreerde gebieden. Daarnaast kan worden opgemerkt dat er de afgelopen jaren een zorginhoudelijke ontwikkeling heeft plaats gevonden waarbij de cliënten steeds zorgintensiever worden. Vanuit hun behoefte aan een veilige woonomgeving heeft dit de afgelopen jaren geleid tot een afbouw in de periferie en de realisatie van meer capaciteit op de hoofdlocaties. Dit heeft tot gevolg gehad dat instellingen werden geconfronteerd met hogere afschrijvingen, boekverlies en extra investeringen op de hoofdlocatie. Voor wat betreft de extra kosten op de hoofdlocatie moet speciaal gewezen worden op de infrastructurele kosten aan terreinvoorzieningen. Deze kosten worden geacht in de grondkosten uit de NHC te zitten. Bedacht moet echter worden dat de kosten van terreinvoorzieningen³¹ op de hoofdlocatie een factor 2 hoger liggen dan op locaties in de wijk, waar in de regel voorzieningen als wegen, straatverlichting, groen, allerlei leidingen

²⁸ Jaarverslagenanalyses 2014 en 2015 sectorrapport gehandicaptenzorg, Verstegen en Intrakoop.

²⁹ Bron Belastingdienst

³⁰ NZa

³¹ Bouwkostennota 2000 Bouwcollege.

alsmede de ICT-infrastructuur, reeds aanwezig zijn. Hier is in de NHC geen rekening mee gehouden.

Wat betekent dit voor de NHC?

Bezettingsgraad: er zijn publicaties waaruit afgeleid zou kunnen worden dat de bezettingsgraad vooral door wijzigingen in het overheidsbeleid gedaald is tot ruim onder de in NHC aangehouden 97%. De leden van de Klankbordgroep herkennen zich niet in deze uitkomsten. Wel kan geconcludeerd worden dat met het vergroten van de mutatiegraad en complexiteit van bewoners het langer duurt om goede invulling van lege plekken te krijgen. Nader onderzoek naar de bezettingsgraad en mogelijke differentiatie naar aard en hoogte van de ZZP indicatie is aangewezen.

Verhuur: voorts is het duidelijk dat als instellingen woonruimte moeten gaan verhuren aan mensen met een VPT of MPT, de huur die maximaal in rekening kan worden gebracht aanzienlijk lager ligt dan de oorspronkelijke NHC terwijl de risico's op leegstand door de huurbescherming groter zijn geworden.

Tendens naar hoofdlocaties: de inperking van het intramurale pakket en de hogere rendementseisen van woningcorporaties hebben in beperkte mate geleid tot een afstoot van capaciteit in de gedeconcentreerde gebieden. Daarnaast kan worden opgemerkt dat er de afgelopen jaren een zorginhoudelijke ontwikkeling heeft plaatsgevonden waarbij de cliënten steeds zorgintensiever worden. Vanuit hun behoefte aan een veilige woonomgeving heeft dit de afgelopen jaren tot gevolg gehad dat er in de periferie een afbouw van capaciteit is gerealiseerd en dat op de hoofdlocaties de capaciteit is uitgebreid. Dit heeft geleid tot extra afschrijvingen en boekverliezen. Maar ook tot extra investeringen op de hoofdlocatie. Deze extra investeringen zitten primair in de kosten voor infrastructurele terreinvoorzieningen welke volgens de Bouwkostennota's van het vroegere Bouwcollege op de hoofdlocatie een factor 2 hoger zijn dan in de woonwijken. Hier is bij de bepaling van de NHC geen rekening mee gehouden. Of en hoe de investeringsbedragen van de NHC's hierop zouden moeten worden aangepast, vraagt nadere studie.

7. Beleidsmatige ontwikkelingen bouwregelgeving

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste beleidswijzigingen op het terrein van de bouw besproken. Voor de inhoud van de NHC zijn daarbij de aspecten als duurzaamheid, brandveiligheid, asbest en ICT van belang.

De bouwregelgeving bestaat uit veel verschillende deelregelingen die regelmatig worden veranderd. De aanpassingen, vereenvoudigingen en/of toevoegingen hebben elk een eigen moment van inwerkingtreding, waardoor zorginstellingen moeite hebben met het bewaren van overzicht over de regelgeving die op dat moment geldig is. Bovendien bestaat er op lokaal niveau de mogelijkheid om de regelgeving aan te vullen en te specificeren voor de lokale situatie op het gebied van o.a. ruimtelijke ordening, stedenbouwkunde, welstand, brandveiligheid en milieu. In de praktijk blijken er grote verschillen te bestaan in de regels tussen verschillende gemeenten.

De VGN³² verwacht dat er qua investeringen de komende tijd een inhaalslag nodig is. In de eerste plaats hebben zorginstellingen investeringen uitgesteld om kosten te besparen. Er is schade ontstaan door het uitstellen van noodzakelijke investeringen. Dit is niet alleen een inhaalslag vanwege achterstallig onderhoud³³, maar het betreft ook extra investeringen in gebouwen en technologie, gelet op eisen rond duurzaamheid, brandveiligheid en ICT-technologie. Wil een instelling een degelijk onderbouwde investeringsbeslissing kunnen nemen, dan moet er perspectief zijn dat deze investering terugverdiend kan worden.

7.1 Duurzaamheid (energieagenda) en installaties

Isoleren: in tabel 7.1 is een chronologisch overzicht gegeven van de ontwikkeling van de isolatie-eisen uit de bouwregelgeving en bouwtechniek voor het zorgvastgoed over de periode 1995-2015.

De maat voor energiezuinigheid heet Energie Prestatie Coëfficiënt (EPC). De ontwikkeling van de EPC-eisen voor de gezondheidszorg is in onderstaande tabel weergegeven. De eisen worden in de loop van de tijd steeds strenger.

EPC-eis per	Gezondheidszorg niet klinisch	Gezondheidszorg met bedgebed
1995	2,0	4,7
2000	1,8	3,8
2003	1,5	3,6
2009	1,0	2,6
2015	0,8	1,8

Tabel 7.1 Wettelijke grenswaarde EPC per gebruiksfunctie gezondheidszorg in 1995 t/m 2015

³² Brief branches aan VWS over NHC d.d. 9 maart 2017.

³³ Intrakoop en Verstegen accountants en adviseurs augustus 2016. Jaarverslagenanalyse 2015 sectorrapport 2015 gehandicaptenzorg. Bij de 163 onderzochte gehandicaptenzorgorganisaties lopen de investeringen in 2015 terug met gemiddeld -12,7%.

De bouwkosten in de NHC zijn gebaseerd op de Bouwkostennota 2008 van het College bouw zorginstellingen. Hierin zijn niet meegenomen de in 2009 aangescherpte EPC-normen. TNO heeft de kosteneffecten hiervan berekend in de Bouwkostennota 2009³⁴ op € 38, - per m², ofwel 2,5%. Door het Bureau Documentatie Bouwwezen (BDB) is de aanscherping van de EPC-eisen³⁵ over de periode 2009 – 2015 voor gezondheidszorg becijferd op 4,2%. De NHC is op het punt van de EPC-eisen in totaal daarom circa 6,7% te laag.

Temperatuurbelijding: eveneens is niet in de NHC meegenomen het in de Bouwkostennota 2009 opgenomen kosteneffect voor het kunnen realiseren van een vorm van temperatuurbelijding. Voor de functies verblijf, ondersteunende en activerende begeleiding en behandeling zijn voor de AWBZ-verblijfs categorieën licht en zwaar, de additionele bouwkosten berekend op € 60, - per m². Zoals eerder vermeld maakten beide kostenposten geen onderdeel uit van de kostennormen ten tijde van het bouwregime.

Energiebesparing: in december vorig jaar is er een historisch klimaatakkoord gesloten. In het streven naar maximaal anderhalve graad temperatuurstijging, zal de EU in 2020 20% minder CO2 moeten uitstoten ten opzichte van 2005. Afgelopen zomer zijn er nieuwe doelstellingen bijgekomen voor de periode 2020-2030. In totaal staan wij voor de opgave van 36% reductie. Vanaf 2020 moeten alle nieuwe gebouwen in Nederland 'bijna energieneutrale gebouwen' (BENG)³⁶ zijn. Daarvoor wordt de EPC-norm vervangen door de BENG-norm. Het energieverbruik wordt voor de gezondheidszorg op drie aspecten vastgelegd.

- De maximale energiebehoefte in 65 kWh per m² gebruiksoppervlak per jaar: dit is de energiebehoefte voor verwarming, koeling, ventilatie en warm tapwater.
- Het primaire energieverbruik in 120 kWh per m² gebruiksoppervlak per jaar, inclusief systeemverliezen, hulpenergie (pompen) en rendementsverlies, na aftrek van opgewekte energie uit hernieuwbare energiebronnen (zoals zonnepanelen).
- Het aandeel hernieuwbare energie 50% in het totaal van het primaire energieverbruik en opgewekte energie.

Voor de nieuwbouw zijn Nul op de Meter maatregelen eenvoudiger te integreren dan in het bestaand zorgvastgoed. De zorginstellingen voeren nu bij nieuwbouwprojecten een scala aan duurzaamheidsmaatregelen uit. De zorgorganisaties kiezen er voor om energie te besparen in vele soorten maatregelen. Maar niet in alle gevallen kunnen deze kosten worden terugverdiend binnen de technische levensduur van de technische installaties. Dit komt doordat zorgaanbieders veelal energie inkopen tegen het tarief van grootverbruik.

In een publicatie³⁷ van het Energiesprong Zorg/Platform31 zijn een aantal praktijkvoorbeelden opgenomen en zijn becijferingen gemaakt. Voor bestaand vastgoed laten de maatregelen zich wat lastiger vaststellen. De Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) heeft een studie³⁸ laten uitvoeren naar het besparingspotentieel voor zorgvastgoed. In het rapport is een uitgebreid pakket aan maatregelen

³⁴ TNO jaarbeeld bouwkosten zorgsector 2009 d.d. augustus 2009.

³⁵ BDB - Kostenconsequenties wijziging bouwbesluit per 01-01-2015

³⁶ <http://www.energievastgoed.nl/2015/11/11/eisen-bijna-energie neutraal-bouwen-gepubliceerd/>

³⁷ Op weg naar energieneutrale zorggebouwen d.d. september 2016 van Energiesprong Zorg / Platform31.

³⁸ TNO-rapport-054-02692 mogelijkheden energiesprong in de zorg d.d. 10-09-2012.

doorgerekend in een aantal scenario's. Kans voor een sprong naar Nul op de Meter is bij het bestaande vastgoed alleen mogelijk bij renovatie of vervangende nieuwbouw. Volgens het rapport van de SEV is circa 20% van het vastgoed in de zorgsector na 2000 gebouwd, en van een dergelijke energetische kwaliteit dat een energiereductie van 45% (energiesprong) niet mogelijk wordt geacht. Voor het overige deel van het zorgvastgoed is een energiereductie van minimaal 45% in technisch opzicht in veel situaties wel haalbaar. Voor de sector GHZ lijkt een dergelijke energiesprong volgens de SEV haalbaar voor circa 65% van het gebouwenbestand. Technische maatregelen die relatief veel besparing opleveren zijn een combinatie aan verlichtingsmaatregelen waaronder het vervangen door LED-verlichting, een grootschalige toepassing van zonnecellen (PV) op het dak en de grootschalige toepassing van warmtepompen, al dan niet in combinatie met warmte koude opslag in de bodem (WKO). Zonder de toepassing van deze relatief nieuwe technieken lijkt een energiereductie van minimaal 45% niet haalbaar. Het betreft echter technologieën die zich over het algemeen nog niet breed in de markt bewezen hebben en veelal een relatief lange terugverdientijd kennen.

Energie-audit: in 2015 is de wet Energie Efficiency Directive (EED) van kracht geworden, waardoor grote zorginstellingen³⁹ verplicht elke vier jaar een energie-audit moeten uitvoeren. Het voldoen aan de nieuwe wetgeving is voor zorginstellingen een eerste stap. Een uitgebreid energieonderzoek en het nemen van energiebesparende maatregelen is daar onderdeel van.

MPG: instellingen krijgen binnenkort ook te maken met een ander duurzaamheidsbeleid. Vanaf 2018 wordt de MilieuPrestatie Gebouwen (MPG) verplicht voor nieuwbouw woningen en kantoorgebouwen. De MPG-grenswaarde geeft aan wat de milieubelasting is van de materialen, die in een gebouw worden toegepast. Het resultaat van de MPG-berekening toont de milieubelasting van de materialen die in een gebouw zijn toegepast in de gehele levensduur, dus van de winning van de grondstoffen tot en met de sloop van het gebouw en eventueel hergebruik van producten en materialen. Hoe lager de MPG, hoe duurzamer het materiaalgebruik.

Wat betekent dit voor de NHC?

Het valt voor zorginstellingen niet mee om energiemaatregelen terug te verdienen. Dit geldt zowel voor nieuwbouw als bestaande bouw. Dit heeft onder meer te maken met het gegeven dat zorginstellingen doorgaans het tarief van een grootverbruiker hebben. Hierdoor wordt het kunnen terugverdienen lastiger. In de NHC is geen rekening gehouden met het kosteneffect van de aanscherping van de EPC-eisen tussen 2009 en 2015. In de literatuur is deze becijferd op circa 6,7% aan bouwkosten.

Voorts moeten de consequenties van de wetgeving betreffende MPG in de gaten worden gehouden. Dit kan ook een kosten opdrijvend effect hebben.

³⁹ Ondernemingen met meer dan 250 fte of een jaaromzet boven de € 50 miljoen zijn op grond van Europese milieuregelgeving (EED) verplicht om een energie-audit uit te voeren.

7.2 Brandveiligheid

Brandveiligheid is veelal geregeld in de bouwregelgeving, onder andere in het Bouwbesluit en het Besluit brandveilig gebruik bouwwerken (Gebruiksbesluit). De Brancheorganisaties Zorg en Brandweer Nederland werken aan een omslag van regelgerichte naar risicogestuurde brandveiligheid. Steeds meer zorginstellingen werken volgens een risicogestuurde aanpak aan brandveiligheid en nemen maatwerkmaatregelen om veiligheid van cliënten, bezoekers en personeel echt te kunnen garanderen. De primaire taak bij brand is om cliënten, die veelal niet zelfredzaam zijn, in veiligheid te brengen.

Op 24 november 2015 is het Bouwbesluit⁴⁰ op enkele punten gewijzigd. Onder andere zijn in het wijzigingsbesluit voor de zorg voorschriften gegeven met betrekking tot de woonfunctie voor zorg. Ook is een nieuw voorschrift voor de hulp bij ontruiming bij brand opgenomen, waarmee het Bouwbesluit op dat onderwerp in overeenstemming is gebracht met de arbeidsomstandighedenregelgeving.

Al jaren is brandveiligheid een punt van discussie tussen overheden (welke regelgeving is nodig), brandweer (hoe voorkomen we brand en hoe streng moet of mag het toezicht en de handhaving zijn) en zorgaanbieders (hoe minimaliseren we de risico's). De VGN heeft in 2013 een Handreiking⁴¹ brandveiligheid laten maken voor haar leden. In deze handreiking staat een risicogestuurde benadering centraal. Welke maatregelen ook worden genomen, bij een risicogestuurde aanpak van brandveiligheid is het essentieel dat het keuzes zijn op basis van alle te verwachten risico's. De maatregelen zijn niet alleen te vinden in het gebouw en de installaties, maar juist in het gebruik ervan. Gedrag van cliënten en medewerkers is daar een belangrijke factor in. Veel cliënten zijn niet in staat om bij calamiteiten de ruimte of het gebouw zelfstandig te verlaten.

Het ministerie van VWS heeft in 2015 een onderzoek⁴² laten uitvoeren naar de mogelijkheid van risicogestuurde brandveiligheid in de langdurige zorg waarin de aanpak wordt beschreven voor het tegen elkaar afwegen van de inzet van sprinkler- en watermistssystemen, compartimentering, de BHV-organisatie en de kosten van deze maatregelensets ten behoeve van de brandveiligheid. De conclusie was dat via deze risicobenadering het risico op (dodelijke) brandslachtoffers is te kwantificeren. Daardoor zijn nu combinaties van maatregelen integraal tegen elkaar af te wegen op basis van het gewenste niveau van brandveiligheid en kosten.

Alleen voldoen aan de bestaande wet- en regelgeving resulteert voor zorgaanbieders vaak niet in voldoende brandveiligheid. Een belangrijke oorzaak daarvan is dat het Bouwbesluit vooral naar bouwkundige en installatietechnische aspecten kijkt en niet naar het daaronder liggende brandveiligheidsconcept. Daardoor is er geen speciale aandacht voor het risico dat niet-zelfredzame cliënten en patiënten opleveren. Het is de taak van een zorgaanbieder om vanuit deze kennis een veilige omgeving te bieden. Vaak zijn er andere of aanvullende maatregelen nodig om een veilige en tijdige ontruiming bij brand

⁴⁰ <https://www.onlinebouwbesluit.nl/>

⁴¹ Handreiking integrale brandveiligheid augustus 2013, Uitgave VGN.

⁴² TNO – rapport Risico gestuurde brandveiligheid in de langdurige zorg - Onderbouwing van een beslis ondersteunend model d.d. 11 augustus 2015.

te kunnen garanderen. De Brancheorganisaties zorg⁴³ heeft over de brandveiligheid een publicatie⁴⁴ uitgegeven met daarin theorie en praktijkvoorbeelden.

In de NHC zijn de kosten opgenomen om te voldoen aan de eisen uit het bouwbesluit van voor 2009, die gebaseerd zijn op brandveiligheid op basis van regelgeving. Duidelijk is dat deze manier geen garantie geeft voor een brandveilige omgeving voor de cliënten. Een eenduidige oplossing is er niet. Wel laten diverse projecten zien dat er meerkosten aan aanvullende of alternatieve oplossingen zijn verbonden, maar dat die sterk afhangen van de creativiteit in maatregelen en samenwerking tussen de zorgaanbieders en controlerende instanties. Bij de bouw van ziekenhuizen wordt uitgegaan van extra kosten van € 35, - tot € 40, - per m².

Wat betekent dit voor de NHC?

Alleen voldoen aan de bestaande wet- en regelgeving resulteert voor zorgaanbieders vaak niet in voldoende brandveiligheid. De VGN heeft in 2013 een Handreiking⁴⁵ brandveiligheid laten maken voor haar leden. In deze handreiking staat een risicogestuurde benadering centraal. In de NHC zijn echter de kosten voor een brandveilige omgeving opgenomen uitgaande van de eisen uit het bouwbesluit 2009 (toen nog sterk gericht op regelgeving). Een eenduidige oplossing van het brandveiligheidsprobleem is er niet. Wel laten diverse projecten zien dat er meerkosten aan zijn verbonden om een meer brandveilige omgeving te kunnen realiseren. Bij de bouw van ziekenhuizen wordt uitgegaan van extra kosten van € 35, - tot € 40, - per m². Het ligt in de rede ook in de gehandicaptenzorg van een dergelijke verhoging van de bouwkosten uit te gaan.

7.3 Asbest

In de praktijk komt het voor dat bij de renovatie van een complex ook asbest moet worden verwijderd voordat kan worden begonnen met de verbouwingswerkzaamheden. In de gemeentelijke Bouwverordening en het Asbestverwijderingsbesluit worden stringente eisen gesteld voor het verwijderen van asbest. Meestal moet voor het verwijderen van asbest een vergunning⁴⁶ worden aangevraagd of melding gedaan worden. Asbestwerkzaamheden moeten worden gemeld zodat de toezichthouders weten waar asbestverwijdering plaatsvindt. De wetgever heeft hiertoe een certificatiestelsel in het leven geroepen om te zorgen dat malafide bedrijven worden uitgebannen en de gecertificeerde asbestsaneerders ter plekke kunnen worden gecontroleerd. De kosten voor asbestsanering kunnen hoog oplopen, soms kunnen deze bij een renovatie hoger zijn dan de sloopkosten.

In het NHC-model zijn de kosten voor asbestverwijdering niet opgenomen omdat deze kosten (zoals meerdere onvoorzienbare zaken) over het algemeen moeilijk aan één bepaalde ZZP te koppelen zijn. Tot 2011 was het versneld afschrijven van asbestsanering mogelijk via de jaarrekening door de compensatieregeling vaste activa van de NZa.

⁴³ ActiZ, GGZ Nederland, NFU, NVZ en VGN werken samen in de vereniging Brancheorganisaties Zorg (boz)

⁴⁴ Brancheorganisaties Zorg en Brandweer Nederland Publicatie De keuze voor automatische blusinstallaties een uitgave in het kader van het programma De Zorg Brandveilig is een programma van.

⁴⁵ Handreiking integrale brandveiligheid augustus 2013, Uitgave VGN.

⁴⁶ De sloopmelding is verplicht als asbest wordt verwijderd, gesloopt of gedemonteerd tijdens de werkzaamheden. Informatieblad Asbest in het Bouwbesluit 2012.

De meeste zorginstellingen zijn al lang bezig met asbestinventarisatie en met het opstellen van beheerplannen voor de totale zorgvastgoed voorraad⁴⁷ (met name de gebouwen van voor 1994) en het saneren van asbest in de gebouwen. Dit gebeurt gebruikelijk in combinatie met renovatiewerkzaamheden en/of groot onderhoud. Er lijkt er in het kader van de discussie over de NHC weinig aanleiding voor nader onderzoek naar aard en omvang van asbest in de gebouwen van de gehandicaptenzorg.

Wat betekent dit voor de NHC?

De meeste zorginstellingen zijn al lang bezig met asbestsanering. Er lijkt in het kader van de discussie over de NHC weinig aanleiding voor nader onderzoek naar aard en omvang van asbest in de gebouwen van de gehandicaptenzorg.

7.4 ICT-technologie

In de gehandicaptenzorg zijn talrijke toepassingen van ICT- technologie beschikbaar. Ze zijn mede ontwikkeld vanuit zorginhoudelijke motieven. Ze vormen een alternatief voor traditionele maatregelen die cliënten beperken in hun vrijheid. Ze bieden een meerwaarde voor de cliënten en ondersteunen ook zorgverleners bij hun zorgtaken. De gehandicaptensector bracht domotica voor zorg al in de praktijk voordat het woord bestond. In eerste instantie was domotica bedoeld ter ondersteuning van de zorg binnen de instelling. Daarna is domotica verder ontwikkeld en tegenwoordig wordt het ook toegepast buiten de muren van de instelling.

Er zijn diverse toepassingen voor mensen met een verstandelijke en/of lichamelijk beperking. De combinatie van handicaps stelt eisen aan de toepassing. Maatwerk staat voorop. Belangrijk is om voor elke persoon de oplossing te vinden die past bij zijn of haar mogelijkheden. Mogelijkheden zijn hulpmiddelen die nodig zijn om bepaalde taken uit te voeren, zoals eten en drinken. Technieken waarmee mensen hun omgeving kunnen besturen, zoals licht bedienen en de deur van het slot doen. Technologie voor zorg en begeleiding, zoals akoestische bewaking in de nacht, gecombineerd met cameraregistratie. Communicatietechnologie voor contact op afstand tussen cliënt en zorgverlener. Verder zorgt de toenemende behoefte aan privacy dat de cliënten via glasvezel kunnen beschikken over TV, audio, wifi etc. op hun kamer.

In de geraadpleegde literatuur wordt geen helder overzicht gepresenteerd van de verschillende hulpmiddelen die ingezet kunnen worden bij de 24-uurs zorg in de gehandicaptenzorg. TNO⁴⁸ heeft op basis van beschikbare kennis een indeling gemaakt van technologische hulpmiddelen, onderscheiden naar de volgende categorieën:

- Medisch: diagnostisch, monitoring en bewaking.
- Primaire zorg: deze hulpmiddelen zijn gericht op de ondersteuning van algemene dagelijkse levensverrichtingen;

⁴⁷ De kans is het grootst dat asbest wordt aangetroffen in de bouwwerken gebouwd vóór 1994. Het is daarom verplicht om een asbestinventarisatie uit te voeren en melding te doen bij de gemeente voor aanvang van de werkzaamheden.

⁴⁸ TNO-rapport Verkenning van risico's met betrekking tot technologische hulpmiddelen in de 24-uurs zorg aan verstandelijk gehandicapten. d.d. mei 2010.

- Algemene monitoring en signalering: deze hulpmiddelen zijn gericht op 1) het monitoren van gedragingen, fysiologie en omgeving van cliënt en 2) signalering aan cliënt zelf of aan surveillerende zorgverlener en centrale;
- Algemene veiligheid: niet zorggerichte hulpmiddelen voor veiligheid, zoals brandmeldsysteem en luchtbehandelingssysteem, sleutel- en deurbeleid;
- Informatie en communicatie: hulpmiddelen die communicatie tussen cliënt en betrokkenen (medecliënten, familie en zorgverleners) faciliteren.

De publicatie noemt als belangrijkste trends voor toekomstige toepassingen 1. Vergroting van de autonomie van de cliënt en van de bewegingsvrijheid voor zover mogelijk; 2. Verhoging van de efficiëntie van zorg en arbeidsbesparing door inzet van nieuwe technologische hulpmiddelen; 3. Individualisering van de cliëntenzorg.

Nieuwe technologieën hierbij liggen op het vlak van intelligente sensoren, communicatie met de cliënt, zorg op afstand en robotica. Gebruiksvriendelijkheid en andere 'human factor'-aspecten zullen een belangrijke rol spelen.

De snelle technologische ontwikkelingen zijn niet alleen van invloed op het normale vastgoed maar ook op het zorgvastgoed⁴⁹. Nieuwe technieken maken nieuwe zorgvormen mogelijk. Acceptatie van ICT-toepassingen en een toenemend gebruik van internet onder cliënten stimuleren de innovatie. Het is een fascinerende evolutie die momenteel plaatsvindt in gebouwen: de razendsnelle opkomst van het zogenaamde Internet of Things (IoT) in de gebouwenwereld. Verlichting, zonwering, verwarming, beveiliging en toegang: het is nu allemaal met een smartphone of tablet te bedienen. Maar in veel gebouwen zijn dit vaak nog losse toepassingen, met verschillende interfaces. Dat is een veelvoorkomend probleem. Want het is juist de integratie van al die verschillende toepassingen die het verschil kan maken.

Het kengetal⁵⁰ voor de meerkosten voor de toepassing van ICT-technologie ligt tussen de € 2.000, - tot € 5.000, - bouwkosten per plaats. Het betreft de toepassing van meer datapunten, draadloze oplossingen, meer techniek en serverruimte en cloudoplossingen. Dit betreft kosten aan de technische installaties in het gebouw.

Wat betekent dit voor de NHC?

Veel organisaties in de gehandicaptenzorg gebruiken technologie om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en als het kan ook efficiënter te werken.

De meerkosten voor de toepassing van ICT-technologie kunnen voorshands worden geraamd op € 2.000, - tot € 5.000, - aan bouwkosten per plaats in het gebouw. Het verdient aanbeveling de exacte meerkosten voor de ICT-technologie/domotica via nader onderzoek te becijferen.

⁴⁹ Stichting AcvZ Handreiking kengetallen benchmark zorgvastgoed Bouwkostennota 2017 artikel Deerns.

⁵⁰ Kengetal is in het kader van dit onderzoek verstrekt door het installatietechnisch adviesbureau K&R consultants

8. Autonome ontwikkelingen

Onder autonome ontwikkelingen worden in dit hoofdstuk de ontwikkelingen van de bouwkosten en de grondkosten verstaan.

8.1 Ontwikkeling bouwkosten

De bouwkosten voor de NHC's zijn indertijd afgeleid van de geldende kostennormen van het Bouwcollege. De NHC's en daarmee ook de bouwkosten worden jaarlijks geïndexeerd met 2,5%.

Op verzoek van de NZa heeft TNO⁵¹ de consumentenprijsindex (CPI) gemonitord over een langere periode (2000-2015). Het resultaat hiervan is een gemiddelde index van 1,94%. Daarnaast heeft TNO de prijsontwikkeling van één van de productgroepen van de CPI beschouwd, te weten de productgroep Huisvesting, water en energie. Het langjarige gemiddelde van deze specifieke productgroep komt uit op 2,90%. Voor de aansluiting met het NZa-advies uit 2012⁵² heeft de NZa daarnaast ook een 30-jarig (1985-2015) gemiddelde CPI berekend. Deze bedraagt 1,98%. Op verzoek van de NZa heeft TNO ook de Gezondheidszorgindex gemonitord. De Gezondheidszorgindex is gebaseerd op drie specifieke bouwindexen en wordt onderhouden door TNO. De gemiddelde Gezondheidszorgindex bedraagt voor de periode 2000-2015 2,45%. In het NZa-advies van 2012 is opgenomen om de rekenindex van de NHC eventueel te corrigeren indien een bandbreedte van + of - 0,5% ten opzichte van de norm van 2,5% wordt overschreden. Nu deze bandbreedte (nagenoeg) niet wordt overschreden, adviseert TNO om de rekenindex voor de NHC niet te wijzigen. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de behoefte voor een stabiel, voorspelbaar systeem met geringe investeringsrisico's. Voor het onderhoud na 2018 adviseert TNO om de index te blijven monitoren op basis van de Gezondheidszorgindex, berekend over de laatste 15 jaar, met een evaluatiemoment na 5 jaar voor een mogelijke herijking.

Het advies van TNO geeft geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

Er zijn wel regionale verschillen⁵³ in de bouwkosten. De bouwkosten in de stedelijke gebieden in de Randstad liggen 4% boven het landelijk gemiddelde. De bouwkosten in de rest van de Randstad liggen ongeveer op het landelijk gemiddelde. De rest van het land, Het Noorden, het Oosten en het Zuiden kennen veel lagere prijzen. En in de directe grensregio's in het Noorden en Oosten is het verschil nog groter.

De bouwproductie is sinds 2015 weer aan het groeien en de verwachting van het Centraal Plan Bureau (CPB)⁵⁴ is dat er ook de komende jaren weer groei, zij het een gematigde, zal zijn en dat de inflatie ook zal gaan toenemen tot ca. 1,5 %. Een dergelijke inflatie zal naar verwachting ook optreden bij de bouw. Het CPB verwacht voor de gezondheidszorg, bij ongewijzigd beleid een forse groei van ruim 4,5% per jaar in nominale prijzen. Rekening houdend met de inflatie zal dit neerkomen op ongeveer 3%

⁵¹ Onderhoud NHC's: onderzoek naar te hanteren indexeringssystematiek, TNO juni 2016

⁵² Advies NHC onderhoud, NZa 2012

⁵³ Bron Bouwkompas.

⁵⁴ CPB Middellangetermijnverkenning 2018-2021, maart 2016.

reële groei per jaar. De belangrijkste reden voor de hogere groei in de verkenning van het CPB is dat het effect van de ombuigingen uit de periode 2011-2017 afloopt.

Belangrijker dan de ontwikkeling van de bouwkosten is de ontwikkeling van de aanbestedingen omdat hierin de marktwerking tot uitdrukking komt. In de crisisperiode waren er op het terrein van de bouw behoorlijke meevallers zichtbaar bij de aanbestedingen. Tot eind 2014 lagen de aanbestedingsprijzen duidelijk onder het niveau van voor de crisis. Vanaf 2015 is een duidelijke stijging van de aanbestedingsprijzen zichtbaar. De stijging in 2015 en 2016 is veel groter dan de toename van de bouwkosten. In beide jaren nam de aanbestedingsprijs in de utiliteitsbouw toe met ca. 4 à 5%⁵⁵ per jaar. De utiliteitsbouw is een goede graadmeter voor de gezondheidszorgbouw. Omdat de bouw in de crisis volledig gesaneerd is, is er geen groot aanbod meer. Bij een verdere economische groei, zoals die door het CPB wordt verwacht, mag verondersteld worden dat de aanbestedingsprijzen de komende periode verder zullen stijgen. Een goede indicator voor de verwachte ontwikkeling van de bouwkosten is de voorraad onderhanden werk. Als de voorraad onderhanden werk slechts enkele maanden is mag een gunstige aanbesteding worden verwacht, terwijl het omgekeerde het geval is als de voorraad onderhanden werk een jaar of langer is.

Wat betekent dit voor de NHC?

TNO meent dat er geen aanleiding is de index van 2,5% aan te passen. Dit kan worden onderschreven. Na een dip van de aanbestedingsprijzen in de crisisjaren zijn de aanbestedingsprijzen sinds 2015 weer behoorlijk aan het toenemen en de verwachting is dat dit zich nog verder gaat voortzetten. Het is van belang zowel de ontwikkeling van de bouwkosten als die van de aanbestedingen nauwgezet te volgen. Dit geldt tevens voor de voorraad onderhanden werk. Dit is ook een indicator voor de prijsontwikkeling.

8.2 Grondkosten

Voor de grondkosten is bij de NHC uitgegaan van één component voor grond, interim huisvesting en terreinvoorzieningen. Hiervoor is de gemiddelde grondprijs gehanteerd uit het Jaarbeeld Bouwkosten 2010, waaraan een component van 10% van de gemiddelde grondprijs is toegevoegd. In de oude bouwmaatstaven was als men grond nodig had sprake van een regionale verbijzondering van de grondkosten. Naast de gemiddelde grondkosten was er sprake van een korting of een opslag op het gemiddelde met een factor van 10 of 20%. De korting of opslag was locatieafhankelijk. Bij de NHC heeft men gekozen voor een vast bedrag aan grondkosten, ongeacht de locatie en ongeacht de vraag of men grond nodig heeft. De in de NHC opgenomen vergoeding kan worden gebruikt voor de aanschaf van grond, maar ook voor het realiseren van interim huisvesting en/of terreinvoorzieningen. Deze beide componenten werden in tijden van het bouwregime, afhankelijk van de aangetoonde behoefte in de gegeven situatie, toegekend maar zijn niet als zodanig opgenomen in de NHC. De gedachte achter de NHC is dat men elke 30 jaar een nieuwe locatie betreft en dat men de grondcomponent in de NHC hiervoor als financiering kan benutten. Indien een instelling ervoor kiest de bestaande locatie te behouden en dus geen geld nodig heeft voor grondaanschaf, kan men de middelen gebruiken voor een interimvoorziening bij renovatie of vervangende nieuwbouw en voor het realiseren van terreinvoorzieningen op de grootschalige

⁵⁵ Indexcijfers utiliteitsbouw, Bouwkostenindex. nl

hoofdlocaties in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. Verder is er een opvallend element bij de grondkosten in de NHC. Ook op de grondkosten wordt afgeschreven, dus er zit zowel een rente als afschrijvingscomponent voor de grond in de NHC. Onder het bouwregime werd er niet op de grond afgeschreven.

Ook op de grondcomponent is de indexering met 2,5% jaarlijks van toepassing.

De grondprijzen zijn in de periode tussen 2010 en 2015 door de crises met zo'n 10 procent gedaald⁵⁶. De laatste tijd zijn de grondprijzen weer aan het toenemen en in het bijzonder in de grote steden in de Randstad waar de huizenprijzen explosief aan het stijgen zijn. Exacte openbare cijfers over de ontwikkeling van de grondprijzen in de laatste jaren en de regionale variatie worden echter nauwelijks bijgehouden. Het was in de periode van het bouwregime gebruikelijk dat de grondprijzen die gemeenten rekenden voor zorgvastgoed waren afgestemd op die van de sociale woningbouw. Over de vraag of dit nog steeds zo is bestaat geen gedetailleerde openbare informatie.

Er zijn volgens Landprijzen.nl wel behoorlijke verschillen tussen provincies. Utrecht, Noord-Holland en Zuid-Holland zijn de duurste provincies met gemiddelde kavelprijzen van rond de € 450, - per m², exclusief btw (prijspeil 2014). Daarna volgen Gelderland en Noord-Brabant met prijzen rond de € 320, - per m². In Flevoland en Overijssel ligt de gemiddelde prijs rond € 260, -. Zeeland zit op € 230, - en Limburg en Friesland rond € 195, -. Goedkoopst zijn Drenthe (circa € 170, -) en Groningen (circa € 140, -)⁵⁷.

De grondkosten per m² lijken op zich geen probleem te vormen. Dit kan overigens regionaal variëren. Overigens is in deze conclusie geen rekening gehouden met de kosten van terreinvoorzieningen, die ook uit de grondkosten moeten worden gefinancierd. Zie ook hoofdstuk 6.

Wat betekent dit voor de NHC?

De grondkosten zijn sinds de invoering van de NHC gedaald. Momenteel stijgen ze weer, in het bijzonder in de grote steden in de Randstad. Omdat er nauwelijks openbare informatie is over de ontwikkeling zijn duidelijke conclusies niet te trekken. De situatie lijkt bovendien sterk regioafhankelijk. Er is daarom geen aanwijzing dat de NHC's voor wat betreft de grondkosten aangepast moeten worden. Overigens is in deze conclusie geen rekening gehouden met de kosten van terreinvoorzieningen, die ook uit de grondkosten moeten worden gefinancierd. Zie ook hoofdstuk 6.

⁵⁶ Landprijzen.nl

⁵⁷ Landprijzen.nl

9. Overige onderwerpen

Er zijn nog twee onderwerpen waar aandacht aan moet worden besteed, in de eerste plaats de Normatieve Inventariscomponent (de NIC) en ten slotte de onderhoudscomponent.

9.1 De Inventariscomponent

In 2015 is de NIC ingevoerd. Basis hiervoor vormde een rapport van TNO.⁵⁸ In dit rapport wordt geconstateerd dat de totale inventariskosten per sector boven het toegekende budget lagen. Deze conclusies waren te trekken op basis van een enquête onder een zogenaamde expertgroep. Vooral gold dit voor de sector V&V, maar ook in de gehandicaptenzorg was het verschil tussen kosten en budget beduidend (ongeveer € 200 per cliënt per jaar). Omdat het uitgangspunt voor VWS en de NZa budgetneutraliteit was is er geen verhoging toegepast, maar zijn de sectorale budgetten alleen verdeeld over de verschillende zzp's. Zoals vermeld is de NIC in 2015 ingevoerd. De NIC wordt geïndexeerd op basis van de ontwikkeling van de materiele kosten.

Hier wordt stilgestaan bij de hoogte van de inventariscomponent. Duidelijk is in het advies van TNO aangetoond dat instellingen in de gehandicaptenzorg gemiddeld zo'n 15% meer uitgeven dan men aan inkomsten krijgt. Dit is zeker niet gewijzigd sinds de invoering van de NIC. De ontwikkelingen rond ICT, meer investeringen in veiligheid en bijvoorbeeld het koken op de groep vergen juist extra investeringen. Dit lijkt niet op te wegen tegen het feit dat meer bewoners deels hun eigen meubilair meenemen. Er lijkt daarom aanleiding voor een verhoging van de inhoudelijke component van de inventaris.

9.2 De onderhoudscomponent

In het rapport van TNO⁵⁹ over de herziening van de rentecomponent voor de NHC/NIC wordt op verzoek van de NZa ook aandacht besteed aan het onderhoud. In dit rapport concludeert TNO dat het bedrag voor kleinschalig onderhoud dat in de NHC zit 0,8% van de nieuwbouwwaarde bedraagt en dat naar verwachting het reguliere onderhoud dat in de ZZP-tarieven is verwerkt ca. 1,2% bedraagt. TNO adviseert om als de NZa ook het reguliere onderhoud in de NHC wil verwerken het onderhoudspercentage verhoogd moet worden tot 2%. Daartegenover zou dan een in euro's gelijke vermindering op de materiele kosten in de ZZP-tarieven moeten staan.

De NZa⁶⁰ gaat hier in het Memo Evaluatie NHC niet op in.

Op zich is er in het verleden altijd voor gekozen een onderscheid te maken tussen onderhoud dat wel gepaard gaat met bouwkundige ingrepen en onderhoud dat niet gepaard gaat met bouwkundige ingrepen. Voor het eerste element was indertijd de bouwregelgeving van toepassing, de zogenaamde verkorte procedures en naderhand de meldingsregeling voor de jaarlijkse instandhouding (ook toen al 0,8%), en op het tweede element de tarievenwetgeving.

⁵⁸ Herijking inventariskosten AWBZ van april 2012.

⁵⁹ Herziening rentecomponent NHC/NIC, januari 2017.

⁶⁰ Memo Evaluatie NHC, NZa 22 februari 2017.

Bij de totstandkoming van de NHC is het onderscheid tussen de twee soorten onderhoud gehandhaafd. Ook het percentage (0,8%) voor het bouwkundige onderhoud via de NHC is hetzelfde gebleven. Er zijn ons ook geen aanwijzingen bekend dat dit teveel of te weinig is. De hoogte van het bedrag voor het reguliere onderhoud dat via de ZZP-tarieven loopt is niet exact bekend. De becijfering van TNO geeft overigens geen reden om hieraan te twifelen.

Waarschijnlijk omdat het een kwestie van vestzak-broekzak is lijkt het ook niet van belang om de twee componenten samen te voegen. Maar dat is niet helemaal correct. Het werk dat voor de beide componenten moet worden verricht, wordt in de regel bij dezelfde soort bedrijven, allen behorend tot de bouw, ondergebracht. Bij de indexering van de beide elementen worden echter niet dezelfde uitgangspunten gehanteerd. Bij de NHC wordt een index toegepast van 2,5% per jaar, terwijl de ZZP-tarieven op een andere wijze worden geïndexeerd met een over het algemeen lager resultaat. Omdat het gehele onderhoudswerk vaak gelijktijdig in de markt wordt gezet is het een voordeel als de bedragen op dezelfde wijze, toegespitst op de bouw, worden geïndexeerd.

Wat betekent dit voor de NIC en de NHC?

Inventaris: voor wat betreft de inventariskosten is al bij de invoering van de NIC duidelijk geworden dat de vergoeding niet opwoog tegen de gemaakte kosten. Dit is zeker niet gewijzigd sinds de invoering van de NIC. De ontwikkelingen rond ICT, meer investeringen in veiligheid en bijvoorbeeld het koken op de groep vergen juist extra investeringen. Dit lijkt niet op te wegen tegen het feit dat meer bewoners deels hun eigen meubilair meenemen. Een verhoging van de NIC lijkt daarom aangewezen. Een nadere analyse zal dit moeten kwantificeren.

Onderhoud: dit is deels verwerkt in de NHC en deels in het ZZP-tarief. Er zijn geen aanwijzingen dat de vergoedingen te laag zijn. Wel is het opvallend dat de indexering van het onderhoud in de NHC anders is dan dat bij de ZZP-tarieven. Dit terwijl het werk vaak bij dezelfde partijen in de markt wordt gezet. Het ligt derhalve in de rede de indexering gelijk te maken. Dit kan door het onderhoud uit de ZZP-tarieven over te hevelen naar de NHC of de indexering van de ZZP-tarieven op een zodanige wijze aan te passen dat ook het onderhoud in deze tarieven op dezelfde wijze wordt geïndexeerd als de NHC's.

Bijlage 1. Samenstelling Klankbordgroep

Douwe Jan Bakker

Gerard Born

Roeland Brouns

Hans Cosijnse

Tanja Derhaag

Egbert den Engelsman

Theo Klarenbeek

Martijn Koot

Gert Kwakernaak

Martin Lijssen

Frits Mul

Jos Poelman

Sam Schoonus

Thieu Simons

Pieter Vergroesen

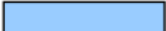
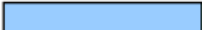
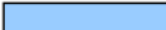
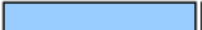
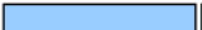
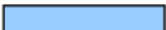
Bernard de Vries Robles

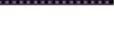
George de Water

Dave van Zalk

Bijlage 2 Herberekening NHC's (2009- 2010, en splitsing VG 5 oud in VG 5 nieuw en VG 8)⁶¹

Investeringskosten per ZZP, inclusief BTW, exclusief grond- en startkosten

Investeringskosten per ZZP					prijspeil jan. 2008	prijspeil jan. 2010*	prijspeil jan. 2010**
VG1					€ 133.902	€ 139.374	€ 128.358
VG2					€ 133.902	€ 139.374	€ 128.358
VG3					€ 151.324	€ 157.558	€ 145.004
VG4					€ 151.324	€ 157.558	€ 145.004
VG5					€ 205.454	€ 214.132	€ 197.011
VG6					€ 164.614	€ 171.396	€ 157.739
VG7					€ 198.896	€ 207.175	€ 190.672
LVG1					€ 151.324	€ 157.558	€ 145.004
LVG2					€ 164.614	€ 171.396	€ 157.739
LVG3					€ 198.896	€ 207.175	€ 190.672
LVG4					€ 198.896	€ 207.175	€ 190.672
LVG5					€ 198.896	€ 207.175	€ 190.672
SGLVG					€ 198.896	€ 207.175	€ 190.672
LG1					€ 133.902	€ 139.374	€ 128.358
LG2					€ 133.902	€ 139.374	€ 128.358
LG3					€ 164.712	€ 171.576	€ 157.909
LG4					€ 164.712	€ 171.576	€ 157.909
LG5					€ 205.454	€ 214.132	€ 197.011
LG6					€ 205.454	€ 214.132	€ 197.011
LG7					€ 205.454	€ 214.132	€ 197.011

	Verblijf (excl. separeervoorzieningen)		Toeslag verzwaarde bouw
	Ondersteunende begeleiding		Toeslag plafondtilliften
	Behandeling (excl. therapiebaden)		Toeslag afzonderingsruimten
	Ondersteunende diensten		Toeslag zintuiglijk
*	exclusief marktcorrectie (zie paragraaf 4.8)		Investeringskosten separeervoorzieningen
**	inclusief marktcorrectie (zie paragraaf 4.8)		Investeringskosten therapiebad

⁶¹In het rapport van TNO uit 2010 worden drie stappen onderscheiden: Stap 1 betreft de herpositionering van doelgroepen binnen de afzonderlijke ZZP's op basis van de aangepaste omschrijvingen, Stap 2 omvat het aanpassen en toevoegen van ruimtelijke en financiële toeslagen, behorend bij een doelgroep, die in het rapport van 2009 niet waren verwerkt en in stap 3 worden de investeringsbedragen omgerekend van prijspeil januari 2008 naar prijspeil januari 2010.

ZZP VG 1 – ZZP VG 3

	ZZP VG 1				ZZP VG 2				ZZP VG 3			
	Nov. 2009	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Nov. 2009	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Nov. 2009	Stap 1	Stap 2	Stap 3
	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010
	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek
Basis												
verblijf	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	49,5	49,5	49,5
ondersteunende begeleiding	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
behandelings/activerende begeleiding	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,8	9,8	9,8
ondersteunende diensten	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	4,1	4,1	4,1
Toeslagen												
verblijf												
niet-mobiel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
huiskamer/loop	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	-	-	-
somatische aandoening / MCG / LG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
snoezelruimte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
gedragsproblematiek	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
afzonderingskamer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ondersteunende begeleiding												
arbeidsmatige dagbesteding	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5
arbeidsmatige dagbesteding MCG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
afzonderingskamer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
behandelings/activerende begeleiding	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
fysiotherapie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
therapiebad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
separatuur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rekenoppervlakte (m²)	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	84,6	84,6	84,6
Basis												
verblijf	97,138	97,138	97,138	101,116	97,138	97,138	97,138	101,116	97,138	87,219	87,219	90,783
ondersteunende begeleiding	31,164	31,164	31,164	32,457	31,164	31,164	31,164	32,457	31,164	37,354	37,354	38,881
behandeling / activerende begeleiding	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,268	17,268	17,973
ondersteunende diensten	4,831	4,831	4,831	5,032	4,831	4,831	4,831	5,032	4,831	6,831	6,831	7,114
Toeslagen												
plafondtiltlen (MCG/LG)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
topkoeleling	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
zintuiglijk gehandicapten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
verzwaarde bouw	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
toeslag afzonderingsruimten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
lokken op de groep	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,795	1,870
therapiebad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
separatuur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investeringskosten *	133,133	133,133	133,133	138,605	133,133	133,133	133,133	138,605	133,133	148,672	150,467	156,621
% t.o.v. rapport nov. 2009	100%	100%	100%	104%	100%	100%	100%	104%	100%	112%	113%	118%

* exclusief grond- en startkosten

ZZP VG 4 – ZZP VG 6

		ZZP VG 4						ZZP VG 5						ZZP VG 6					
		Nov. 2009	Stap 1	Stap 2	Stap 3			Nov. 2009	Stap 1	Stap 2	Stap 3			Nov. 2009	Stap 1	Stap 2	Stap 3		
		p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010			p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010			p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010		
		a-specifiek	specifiek	specifiek	specifiek			specifiek	specifiek	specifiek	specifiek			specifiek	specifiek	specifiek	specifiek		
Basis																			
verblijf		63,0	49,5	49,5	49,5			49,5	49,5	49,5	49,5			49,5	49,5	49,5	49,5		
ondersteunende begeleiding		7,7	7,7	7,7	7,7			7,7	7,7	7,7	7,7			7,7	7,7	7,7	7,7		
behandeling/activerende begeleiding		-	9,8	9,8	9,8			9,8	9,8	9,8	9,8			9,8	9,8	9,8	9,8		
ondersteunende diensten		2,9	4,1	4,1	4,1			4,1	4,1	4,1	4,1			4,1	4,1	4,1	4,1		
Toeslagen																			
verblijf																			
niet-mobiel		-	-	-	-			4,5	4,5	4,5	4,5			-	-	-	-		
huiskamer/intoop		5,6	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
somatische aandoening / MCG / LG		-	-	-	-			-	4,5	4,5	4,5			-	-	-	-		
snoezelruimte		-	-	-	-			-	1,9	1,9	1,9			-	-	-	-		
gedragsproblematiek		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
afzonderingskamer		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
afzonderingskamer		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
ondersteunende begeleiding		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
arbeidsmatige dagbesteding		13,5	13,5	13,5	13,5			13,5	13,5	13,5	13,5			13,5	13,5	13,5	13,5		
arbeidsmatige dagbesteding MCG		-	-	-	-			-	4,5	4,5	4,5			-	-	-	-		
afzonderingskamer		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
behandeling/activerende begeleiding		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
fysiotherapie		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
therapiebad		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
separatuureenheden		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
Rekenoppervlakte (m²)		92,7	84,6	84,6	84,6			89,1	100	102,5	102,5			84,6	94,4	92,1	92,1		
Basis																			
verblijf		97.138	87.219	87.219	90.783			95.148	106.425	106.425	110.774			87.219	104.487	100.434	104.538		
ondersteunende begeleiding		31.164	37.354	37.354	38.881			37.354	45.283	45.283	47.134			37.354	37.354	37.354	38.881		
behandeling / activerende begeleiding		-	17.268	17.268	17.973			17.268	17.268	18.149	18.890			17.268	17.268	17.268	17.973		
ondersteunende diensten		4.831	6.831	6.831	7.114			6.831	6.831	6.831	7.114			6.831	6.831	6.831	7.114		
Toeslagen																			
plafondtiltillen (MCG/LG)		-	-	-	-			-	7.806	7.806	8.130			-	-	-	-		
topkoeleling		-	-	-	-			-	4.349	6.199	6.544			-	-	-	-		
zindelijkheid gehandicapten		-	-	-	-			-	3.805	5.424	5.789			-	-	-	-		
verzwaarde bouw		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
toeslag afzonderingsruimten		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
koken op de groep		-	-	1.795	1.870			-	-	1.795	1.870			-	-	1.795	1.870		
therapiebad		-	-	-	-			-	-	6.442	6.706			-	-	-	-		
separatuureenheden		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
Investeringskosten *		133.133	148.672	150.467	156.621			156.601	191.767	204.354	212.933			148.672	165.940	163.682	170.376		
% t.o.v. rapport nov. 2009		100%	112%	113%	118%			100%	122%	130%	136%			100%	112%	110%	115%		

* exclusief grond- en startkosten

ZZP VG 7					
Nov. 2009		Stap 1		Stap 2	
p.p. jan. 2008		p.p. jan. 2008		p.p. jan. 2008	
specifiek	specifiek	specifiek	specifiek	specifiek	specifiek
Basis					
verblijf	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5
ondersteunende begeleiding	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
behandeling/activerende begeleiding	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8
ondersteunende diensten	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1
Toeslagen					
verblijf	-	-	-	-	-
niet-mobiel	-	-	-	-	-
huiskamer/intoop	-	-	-	-	-
somatische aandoening / MCG / LG	-	-	-	-	-
snoezelruimte	-	-	-	-	-
gedragsproblematiek	-	7,5	7,5	7,5	7,5
afzonderingskamer	-	2,3	1,9	1,9	1,9
ondersteunende begeleiding	-	-	-	-	-
arbeidsmatige dagbesteding	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5
arbeidsmatige dagbesteding MCG	-	-	-	-	-
afzonderingskamer	-	-	0,5	0,5	0,5
behandeling/activerende begeleiding	-	-	-	-	-
fysiotherapie	-	-	-	-	-
therapiebad	-	-	-	-	-
separatuur	-	-	3,1	3,1	3,1
Rekenoppervlakte (m²)		84,6	94,4	97,6	97,6
Basis					
verblijf	87.219	104.487	103.782	108.023	108.023
ondersteunende begeleiding	37.354	37.354	38.235	39.798	39.798
behandeling / activerende begeleiding	17.268	17.268	17.268	17.973	17.973
ondersteunende diensten	6.831	6.831	6.831	7.114	7.114
Toeslagen					
plaatsontlastingen (MCG/LG)	-	-	-	-	-
topkoeleing	-	-	5.803	6.126	6.126
zintuiglijk gehandicapten	-	-	-	-	-
verzwaarde bouw	-	10.449	13.779	14.342	14.342
toeslag afzonderingsruimten	-	-	423	440	440
koken op de groep	-	-	1.795	1.870	1.870
therapiebad	-	-	-	-	-
separatuur	-	-	9.885	10.295	10.295
Investeringskosten *		148.672	176.389	197.801	205.981
% t.o.v. rapport nov. 2009		100%	119%	133%	139%

* exclusief grond- en startkosten

ZZP LVG 3					
Nov. 2009	Step 1	Step 2	Step 3		
p.p./an. 2008	p.p./an. 2008	p.p./an. 2008	p.p./an. 2010		
specifik	specifik	specifik	specifik		
49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5
7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8
4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
2,3	2,3	1,9	1,9	1,9	1,9
13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5
-	-	-	-	-	-
-	-	0,5	0,5	0,5	0,5
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	3,1	3,1	3,1	3,1
94,4	94,4	97,6	97,6	97,6	97,6

ZZP LVG 2					
Nov. 2009	Stap 1	Stap 2	Stap 3		
p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010		
a-specifiek	specifiek	specifiek	specifiek		
63,0	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5
7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
-	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8
2,9	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1
-	-	-	-	-	-
5,6	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
-	2,3	-	-	-	-
13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
92,7	94,4	92,1			92,1

ZZP LVG 1					
Nov. 2009	Stap 1	Stap 2	Stap 3		
p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010		
a-specificiek	specificiek	specificiek	specificiek		
63,0	49,5	49,5	49,5	49,5	
7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	
-	9,8	9,8	9,8	9,8	
2,9	4,1	4,1	4,1	4,1	
-	-	-	-	-	
5,6	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	
13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	
-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	
97,7	84,6	84,6	84,6	97,6	

Basis	Toeslagen	Bekekenperiwakke (m ²)
verlrijf	verlrijf	
ondersteunende begeleiding	niet-mobiel	
behandeljing/activerende begeleiding	huiskamerinloop	
ondersteunende diensten	somatiese aanboding / MCG / LG	
	snoezelruimte	
	gedragsproblematiek	
	afzonderingskamer	
	ondersteunende begeleiding	
	arbeidsmatige dagbesteding	
	arbeidsmatige dagbesteding MCG	
	afzonderingskamer	
	behandeljing/activerende begeleiding	
	fysiotherapie	
	therapiebad	
	separatuur	

	104,457	104,457	103,782	108,023
	37,354	37,354	38,235	39,798
	17,268	17,268	17,268	17,973
	6,831	6,831	6,831	7,114
	-	-	-	-
	-	-	5,803	6,126
	-	-	-	-
	10,449	10,449	13,779	14,342
	-	-	423	440
	-	-	1,795	1,870
	-	-	-	-
	-	-	9,885	10,295
	176,389	176,389	197,801	205,981
	100%	100%	112%	117%

	97,138	104,487	100,434	104,538
	31,164	37,354	37,354	38,881
-	-	17,268	17,268	17,973
4,831	4,831	6,831	6,831	7,114
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	1,795	1,870
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
133,133	165,940	163,682	170,376	
100%	125%	123%	126%	

[illegible]

Basis	verblijf ondersteunende begeleiding behandeling / activerende begeleiding ondersteunende diensten
Toeslagen	plaatondertijnen (MCG/LG) topkoesling zintuiglijk gehandicapten verzuwaarde bouw toeslag arzonderegruimten koken op de groep therapiebad separeerunit
Investeringskosten¹	% t.o.v. rapport nov. 2009

* exclusief grond- en startkosten

ZZP LVG 4 – ZZP LVG 5 & ZZP SGLVG

		ZZP LVG 4						ZZP LVG 5						ZZP SGLVG					
		Nov. 2009		Stap 1		Stap 2		Stap 3		Nov. 2009		Stap 1		Stap 2		Stap 3		Nov. 2009	
		p.p. jan. 2008		p.p. jan. 2008		p.p. jan. 2008		p.p. jan. 2010		p.p. jan. 2008		p.p. jan. 2008		p.p. jan. 2008		p.p. jan. 2010		p.p. jan. 2008	
		specifiek		specifiek		specifiek		specifiek		specifiek		specifiek		specifiek		specifiek		specifiek	
Basis	verbijt	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5
	ondersteunende begeleiding	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
	behandeling/activerende begeleiding	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8
	ondersteunende diensten	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1
Toeslagen																			
verbijt	niet-mobiel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	huiskamer/intoop	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	somatische aandoening / MCG / LG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	snoezelruimte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
afzonderingskamer	gedragsproblematiek	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
	afzonderingskamer	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
	ondersteunende begeleiding	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5
	arbeidsmatige dagbesteding	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
behandeling/activerende begeleiding	arbeidsmatige dagbesteding MCG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	afzonderingskamer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	fysiotherapie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	therapiebad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
separatuureenheid		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rekenoppervlakte (m²)		94,4		94,4		97,6		97,6		94,4		94,4		97,6		97,6		94,4	
Basis	verbijt	104.487	104.487	104.487	104.487	103.782	103.782	108.023	108.023	104.487	104.487	104.487	104.487	103.782	103.782	108.023	108.023	104.487	104.487
	ondersteunende begeleiding	37.354	37.354	37.354	37.354	38.235	38.235	39.798	39.798	37.354	37.354	37.354	37.354	38.235	38.235	39.798	39.798	37.354	37.354
	behandeling / activerende begeleiding	17.268	17.268	17.268	17.268	17.268	17.268	17.973	17.973	17.268	17.268	17.268	17.268	17.268	17.268	17.973	17.973	17.268	17.268
	ondersteunende diensten	6.831	6.831	6.831	6.831	6.831	6.831	7.114	7.114	6.831	6.831	6.831	6.831	6.831	6.831	7.114	7.114	6.831	6.831
Toeslagen																			
plafondtiltillen (MCG/LG)	topkoeleling	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	zintuiglijk gehandicapten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	verzuimende bouw	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	toeslag afzonderingsruimten	10.449	10.449	10.449	10.449	13.779	13.779	14.342	14.342	10.449	10.449	10.449	10.449	13.779	13.779	14.342	14.342	10.449	10.449
koken op de groep	therapiebad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	therapiebad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	separatuureenheid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	separatuureenheid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investeringkosten *		176.389		176.389		197.801		205.981		176.389		176.389		197.801		205.981		176.389	
% t.o.v. rapport nov. 2009		100%		100%		112%		117%		100%		100%		112%		117%		100%	

* exclusief grond- en startkosten

ZZPLG 1 – ZZPLG 3

	ZZPLG 1				ZZPLG 2				ZZPLG 3			
	Nov. 2009	Step 1	Step 2	Step 3	Nov. 2009	Step 1	Step 2	Step 3	Nov. 2009	Step 1	Step 2	Step 3
	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010
	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek	a-specifiek
Basis												
verlof	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0	49,5	49,5	49,5
ondersteunende begeleiding	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
behandelingschillerende begeleiding	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,8	9,8	9,8
ondersteunende diensten	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	4,1	4,1	4,1
Toeslagen												
verlof	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,5	4,5	4,5
niet-wacht	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
hulpmiddeltoeloe	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	-	-	-
sonetische aanroeping / MCG / LG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
soortelunite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
gedragproblematiek	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
aftonderingskamer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ondersteunende begeleiding	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5	13,5
arbeidsmatige dagbesteding	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
arbeidsmatige dagbesteding MCG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
aftonderingskamer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
behandelingschillerende begeleiding	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychiatrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
therapie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
eskeverant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Berekeningswijze (m²)	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	89,1	89,1	89,1
Basis												
verlof	97,138	97,138	97,138	101,116	97,138	97,138	97,138	101,116	97,138	95,148	95,148	99,036
ondersteunende begeleiding	31,164	31,164	31,164	32,457	31,164	31,164	31,164	32,457	31,164	37,354	37,354	38,861
behandelingschillerende begeleiding	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,268	17,268	17,573
ondersteunende diensten	4,631	4,631	4,631	5,032	4,631	4,631	4,631	5,032	4,631	6,631	6,631	7,114
Toeslagen												
placodition (MCG/LG)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
topiceling	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,414	5,414	5,715
zrhuik gerandicten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
verzoorde bouw	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
toeslag afzonderingsruimten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
loven op de groep	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,795	1,795	1,870
therapie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
soortelunite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investeringkosten *	133,133	133,133	133,133	138,605	133,133	133,133	133,133	138,605	133,133	155,601	163,810	170,589
% t.o.v. rapport nov. 2009	100%	100%	100%	104%	100%	100%	100%	104%	100%	118%	123%	128%

* exclusief grond- en storkkosten

ZZPLG 4 – ZZPLG 6

		ZZPLG 4						ZZPLG 5						ZZPLG 6					
		Nov. 2009	Stap 1	Stap 2	Stap 3			Nov. 2009	Stap 1	Stap 2	Stap 3			Nov. 2009	Stap 1	Stap 2	Stap 3		
		p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010			p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010			p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2008	p.p. jan. 2010		
		a-specifiek	specifiek	specifiek	specifiek			specifiek	specifiek	specifiek	specifiek			specifiek	specifiek	specifiek	specifiek		
Basis																			
verlief		63,0	49,5	49,5	49,5			49,5	49,5	49,5	49,5			49,5	49,5	49,5	49,5		
ondersteunende begeleiding		7,7	7,7	7,7	7,7			7,7	7,7	7,7	7,7			7,7	7,7	7,7	7,7		
behandelingsadvies begeleiding		-	9,8	9,8	9,8			9,8	9,8	9,8	9,8			9,8	9,8	9,8	9,8		
ondersteunende diensten		2,9	4,1	4,1	4,1			4,1	4,1	4,1	4,1			4,1	4,1	4,1	4,1		
Toeslagen																			
verlief		-	4,5	4,5	4,5			4,5	4,5	4,5	4,5			4,5	4,5	4,5	4,5		
niet-mobiel		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
huisartsbezoek		5,5	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
medische ondersteuning / MCG / LG		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
groepszitting		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
groepsinvalmet		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
afzonderingskamer		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
ondersteunende begeleiding		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
arbeidsmatige dagbesteding		13,5	13,5	13,5	13,5			13,5	13,5	13,5	13,5			13,5	13,5	13,5	13,5		
arbeidsmatige dagbesteding MCG		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
afzonderingskamer		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
behandelingsadvies begeleiding		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
therapie		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
therapiebad		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
spoorwagent		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
Rekenoppervlakte (m²)		92,7	89,1	89,1	89,1			89,1	100	102,5	102,5			100	100	102,5	102,5		
Basis																			
verlief		97,136	95,148	95,148	95,036			95,148	106,425	106,425	110,774			106,425	106,425	106,425	110,774		
ondersteunende begeleiding		31,161	37,354	37,354	38,881			37,354	45,283	45,283	47,130			45,283	45,283	45,283	47,130		
behandeling / activerende begeleiding		-	17,268	17,268	17,873			17,268	17,268	18,149	18,890			17,268	17,268	18,149	18,890		
ondersteunende diensten		4,831	5,831	5,831	7,114			5,831	5,831	6,831	7,114			5,831	5,831	6,831	7,114		
Toeslagen																			
pleindiffen (MCG/LG)		-	-	-	-			-	7,806	7,806	8,130			7,806	7,806	7,806	8,130		
toppleef		-	-	5,414	5,715			-	4,349	6,199	6,544			4,349	6,199	6,199	6,544		
zintuiglijk gekandelen		-	-	-	-			-	-	5,424	5,769			-	-	5,424	5,769		
verzwaarde bouw		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
toeslag arzondergeranten		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
loken op de groep		-	-	1,785	1,870			-	-	1,785	1,870			-	-	1,785	1,870		
therapiebad		-	-	-	-			-	-	6,442	6,708			-	-	6,442	6,708		
studeercent		-	-	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-		
Investeringskosten *		133,133	150,691	163,810	170,589			150,691	187,962	204,354	212,933			187,962	187,962	204,354	212,933		
% Inv. rapport nov. 2009		100%	118%	123%	128%			100%	120%	130%	136%			100%	100%	108%	113%		

* exclusief grond- en startkosten

ZZP LG 7								
	Nov. 2009		Step 1		Step 2		Step 3	
	p.p. jan. 2008		p.p. jan. 2008		p.p. jan. 2008		p.p. jan. 2010	
	specifiek		specifiek		specifiek		specifiek	
Basis								
verdijs	49,5		49,5		49,5		49,5	
ondersteunende begeleiding	7,7		7,7		7,7		7,7	
behandelingsactiverende begeleiding	9,8		9,8		9,8		9,8	
ondersteunende diensten	4,1		4,1		4,1		4,1	
Toeslagen								
verdijs								
net-wobes	4,5		4,5		4,5		4,5	
holistische aanpak	-		-		-		-	
somatische aanpak / MCG / LG	4,5		4,5		4,5		4,5	
sovereiniteit	1,9		1,9		1,9		1,9	
gedragproblematiek	-		-		-		-	
afzonderingskamer	-		-		-		-	
ondersteunende begeleiding	13,5		13,5		13,5		13,5	
arbeidsmatige begeleiding	4,5		4,5		4,5		4,5	
arbeidsmatige begeleiding MCG	-		-		-		-	
afzonderingskamer	-		-		-		-	
behandelingsactiverende begeleiding	-		-		-		-	
psychiatrie	-		-		0,5		0,5	
therapiebad	-		-		2,0		2,0	
separatuif	-		-		-		-	
Bekenningskosten (m²)	100		100		102,5		102,5	
Basis								
verdijs	106,425		106,425		106,425		110,774	
ondersteunende begeleiding	45,263		45,263		45,263		47,134	
behandelings / activerende begeleiding	17,268		17,268		18,149		18,890	
ondersteunende diensten	6,831		6,831		6,831		7,114	
Toeslagen								
slatondulpen (MCG/LG)	7,805		7,805		7,805		8,130	
toelating	9,349		9,349		9,349		9,544	
zintuiglijk ahanalpakten	-		-		5,424		5,759	
verzwaarde bouw	-		-		-		-	
toeslag opzondingsnumten	-		-		-		-	
loten op de groep	-		-		1,795		1,870	
therapiebad	-		-		6,442		6,708	
separatuif	-		-		-		-	
Investeringskosten *	187,962		187,962		204,354		212,933	
% t.o.v. rapport nov. 2009	100%		100%		108%		113%	

exclusief grond- en sterfkosten

* exclusief grond- en startkosten

Splitsing VG 5 oud in VG 5 nieuw en VG 8

Opbouw rekenoppervlakte en investeringskosten

	ZZP VG 5 (oud)*	ZZP VG 5 (nieuw)	ZZP VG 8
Basis			
verblijf	49,5	49,5	49,5
ondersteunende begeleiding	7,7	7,7	7,7
behandeling/activerende begeleiding	9,8	9,8	9,8
ondersteunende diensten	4,1	4,1	4,1
Toeslagen			
verblijf			
niet-mobiel	4,5	-	4,5
somatische aandoening / MCG / LG	-	-	4,5
snoezelruimte	-	-	1,9
ondersteunende begeleiding			
arbeidsmatige dagbesteding	13,5	13,5	13,5
arbeidsmatige dagbesteding MCG	-	-	4,5
behandeling/activerende begeleiding			
fysiotherapie	-	-	0,5
therapiebad	-	-	2,0
Rekenoppervlakte (m²)	89,1	84,6	102,5
Basis			
verblijf	100.246	90.090	109.928
ondersteunende begeleiding	39.356	38.584	46.774
behandeling / activerende begeleiding	18.193	17.836	18.746
ondersteunende diensten	7.193	7.052	7.052
Toeslagen			
plafondliften (MCG/LG)	-	-	8.060
topkoeling	-	-	6.371
zintuiglijk gehandicapten	-	-	5.510
therapiebad	-	-	6.652
Subtotaal (€, excl. G&S-kosten)	164.988	153.562	209.093
Startkosten	2.013	1.873	2.551
Grondkosten	29.796	28.290	34.276
Totaal	196.796	183.725	245.920

* De investeringskosten voor VG 5 (oud) zijn weergegeven inclusief algemene verhoging van 2%.

Voor de bepaling van de bovenstaande investeringskosten is rekening gehouden met budgettair bouwen, een bouwtijd van 18 maanden en een component voor rente tijdens de bouw. Uitgegaan is van een rentepercentage van 5,2% en het prijspeil januari 2010 (index ten opzichte van januari 2008 is -1%).