

Gevolgen stelselwijzigingen op vastgoedbeleid

De overheid kiest als uitgangspunt: [langer zelfstandig thuis wonen](#). Mensen met een lichte zorgvraag kunnen vanaf 2015 niet meer met verblijf gaan wonen in een instelling. Zij krijgen thuis de nodige zorg via de gemeente vanuit de Wmo of de Jeugdwet. Dit heeft grote (financiële) gevolgen voor instellingen in de gehandicaptenzorg. Dat geldt onder andere voor het vastgoed, want globaal gaat er ongeveer 15% van het instellingsbudget op aan vastgoed. De VGN heeft PwC een analyse laten maken van de mogelijke gevolgen van de stelselwijzigingen voor het (vastgoed)beleid van instellingen. PwC heeft de [analyse in een aantal rapportages](#) opgesplitst. In deze factsheet geven we handvatten aan bestuurders, Wmo-projectleiders en aan zorgmanagers op basis van drie deelrapporten (zie bijlagen):

- een financiële analyse;
- een juridische analyse;
- een fiscale analyse.

Welke gevolgen hebben de stelselwijzigingen voor uw vastgoed?

Mogelijke risico's van de stelselwijzigingen voor het (vastgoed)beleid van instellingen: tariefskortingen door de gemeente, de gemeente neemt weinig vastgoed over voor dagbesteding, volumedaling en een langzaam oplopende leegstand. En minder cliënten in een gebouw betekent minder inkomsten uit NHC/verhuur. Gevolgen:

- Als zorgorganisaties minder inkomsten ontvangen, kunnen zij hun verplichtingen aan de bank onvoldoende nakomen. Dat leidt mogelijk tot een verplichte extra afwaardering ten laste van het eigen vermogen. Dat noemen we het vraagstuk van de impairment. De VGN heeft een [aantal artikelen](#) op de site geplaatst over impairment en afwaardering van vastgoed.
- Zorgorganisaties moeten zelf met de gemeente een vergoeding voor de kapitaallasten afspreken (cliënten voor dagbesteding in de Wmo; verblijfsplaatsen in de Jeugdwet; KDC's). De nacalculatie echter van gebouwen die destijds onder het bouwregime (met gegarandeerde vergoeding voor kapitaallasten) zijn gebouwd, blijven voor de duur van het overgangsregime voor rekening komen van het Rijk/VWS (2015: 50%; 2016: 30%; 2017: 15%). De juridische verankering en de technische uitvoering worden na de zomer 2014 bekend gemaakt.

Wat kunt u eraan doen? Mogelijke maatregelen met aandachtspunten.

1. Organisaties kunnen ervoor kiezen om cliënten te concentreren door het combineren van woonvoorzieningen. Onrendabele delen van het vastgoed kunnen daarna worden afgestoten of verkocht, dan wel voor andere doeleinden worden gebruikt. U moet rekening houden met een aantal factoren:
 - Om de exploitatie van woonvoorzieningen rond te krijgen, is het soms onvermijdelijk dat een aantal cliënten moeten verhuizen. Deze gedwongen verhuizingen hebben vaak een negatieve invloed op de cliënt. Bovendien moeten aanbieders inrichtingskosten vergoeden volgens een richtlijn van [ZorgInstituut Nederland](#) (voorheen CVZ).
 - Zorgorganisaties kunnen de leegvallende gebouwen verkopen. U krijgt dan te maken met het [College Sanering Zorginstellingen](#). Verkoop kan een organisatie winst of verlies

opleveren. Het rapport 'Juridische analyse' van PwC gaat in paragraaf 3.6 in op de rol van het CSZ.

- De banken zullen blijven vragen om sluitende business cases. Het [Waarborgfonds voor de zorg](#) (WfZ) heeft hierover informatie geschreven. U vindt ook informatie op de [site van de VGN](#). Het rapport 'Juridische analyse' van PwC gaat in paragraaf 3.7 in op de rol van het WfZ.
- Leegvallende plaatsen kunnen geschikt worden gemaakt voor zwaardere zorg, maar niet overal zal het zorgkantoor meer zwaardere zorg willen inkopen/contracteren. U moet rekening houden met meer inkoop door de zorgkantoren van VPT's voor de reeds verblijvende lagere ZZP's, waarbij u dan zelf huur aan deze cliënten moet vragen.

2. Aanbieders van gehandicaptenzorg kunnen er ook voor kiezen om leegkomende appartementen te gaan verhuren. U kunt dat ook breder trekken en de appartementen voor reeds verblijvende cliënten gaan verhuren. Bij dit scenario staat de zorgorganisatie vooraf voor de vraag of ze überhaupt wel wil gaan verhuren. Er zijn voor- en nadelen. Enkele knelpunten:

- Huur levert minder op dan de huisvestingsvergoeding die een aanbieder kreeg in de AWBZ (de NHC). Paragraaf 1.2 van de 'Financiële analyse' van PwC gaat in op de verschillende kostencomponenten die wel/niet in de NHC zitten en waar u dus bij de verhuur rekening mee moet houden.
- Hoe bereken je de hoogte van de huur? Primair op basis van het '[punten-waarderingsysteem](#)'. In de 'Juridische analyse' van PwC wordt dit uitgewerkt op blz. 20 - 25.
- Organisaties krijgen te maken met de [verhuurderheffing](#) als ze meer dan tien woningen verhuren (scheiden wonen zorg). Per woning/appartement betaalt u een heffing aan de belastingdienst. Een globale indicatie over de hoogte van de heffing: één tot anderhalve maand huur per jaar. De VGN houdt u op de hoogte van de ontwikkelingen via de site, zie [fiscaal-verhuurderheffing](#).
- U krijgt te maken met vragen over het combineren van zorgovereenkomsten en huurovereenkomsten. Dit raakt direct de vraagstukken van de huurbescherming en van de koppelverkoop. Wat gebeurt er als u (of de cliënt) één van beide overeenkomsten wilt opzeggen? Stel dat u geen zorg meer levert en de cliënt wil niet verhuizen. In de 'Juridische analyse' van PwC wordt dit uitgewerkt op blz. 25 - 28.
- U krijgt te maken met de [huurtoeslag](#). Wat kan de cliënt aan huur opbrengen? Op de markt zijn diverse rekenmodellen beschikbaar, waarmee de hoogte van de huur (op basis van het puntensysteem), de voor u noodzakelijke hoogte van de te vragen huur, het inkomen van de cliënt, de vermogenspositie van de cliënt en de eventuele huurtoeslag met elkaar in verband kan worden gebracht.
- U krijgt te maken met de regelgeving rond woningtoewijzing en huurverhoging. Corporaties zijn bij de toewijzing van huurwoningen (ook aan zorgaanbieders) aan een aantal regels gebonden. Minimaal 90% van de woningen moet worden toegewezen aan mensen met een inkomen van maximaal €34.678,- (prijsspeil 2014). Er gelden vrijstellingsregels voor de woningtoewijzing en voor de huurverhoging. Dit leidt vaak tot vragen wat een aanbieder mag doorgeven van de cliëntgegevens aan een corporatie. U vindt [informatie](#) op de site van de VGN. Ook de site van het Kenniscentrum Wonen Zorg biedt [informatie](#).

3. Indien een instelling alleen zorgactiviteiten aanbiedt, ligt het voor de hand om deze activiteiten aan te bieden vanuit de zorginstelling als één juridische entiteit. Als u daarnaast andere activiteiten aanbiedt (bijvoorbeeld het verhuren van uw woningen die u in eigendom hebt), kunt u overwegen de activiteiten te splitsen over een zorgentiteit en een vastgoedentiteit. Zaken als: risicospreiding, expertise en de financiële positie van uw instelling spelen daarbij een rol.
- In de 'Juridische analyse' van PwC staan de mee te wegen aspecten (met voor- en nadelen ter afweging) beschreven op de pagina's 6-9.
 - In de 'Fiscale analyse' van PwC staat een aantal fiscale vragen beschreven. Het betreft met name de Vennootschapsbelasting, de Btw en de OZB.

Welke regionale aspecten spelen een rol voor uw vastgoedbeleid?

De beleidswijzigingen hebben ook effect op regionaal beleid. In de regio zullen namelijk de zorgaanbieder, de corporatie en de gemeente meer moeten gaan samenwerken dan tot nu toe. Het beleid van [langer thuis wonen](#) maakt dat alle partijen gezamenlijk hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Diverse vraagstukken op regionaal niveau moeten opgepakt en opgelost worden.

- Regionaal ontstaat een 'bouwopgave' voor de langer thuis wonenden. Wie is daarvoor verantwoordelijk? Om een indruk te krijgen van de demografische prognoses in de verstandelijk gehandicaptenzorg (van het aantal mensen dat thuis blijft wonen en waarvoor iets geregeld moet worden in de sfeer van huisvesting voor de komende tien jaar), heeft bureau [Companen op verzoek van het KCWZ hierover een berekening](#) gemaakt. Per regio ziet u schattingen op basis van het overheidsbeleid in combinatie met demografie.
- TNO ontwerpt momenteel in opdracht van VWS een rekenmodel (CareTool) waarin alle vastgoed (van aanbieders, gemeenten, welzijnsorganisaties) per regio in kaart wordt gebracht. Het biedt inzicht in de regionale overschotten aan vastgoed en in de regionale witte vlekken. Op basis van deze gegevens kunnen de betrokken partijen de leefbaarheid en de ondersteuning van mensen die zorg nodig hebben, in de wijken bevorderen. Informatie over [CareTool](#) vindt u op de site van de VGN.
- De beleidsregel Zorginfrastructuur zal per 2015 worden beëindigd. Er komt een overgangsregeling. De NZa heeft hierover in maart 2014 een [advies](#) uitgebracht aan de staatssecretaris.

Goed om nog te weten

Verantwoordelijkheid voor de brandveiligheid

Bij het overheidsbeleid van langer thuis wonen, komt geregeld de vraag naar voren wie verantwoordelijk is voor de (brand)veiligheid bij zorgverlening in thuissituaties. Primair is de cliënt/de burger in zijn thuissituatie zelf verantwoordelijk. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het brandveiligheidsbeleid in de instelling(sappartementen). Maar de werkelijkheid is minder eenvoudig. Wat is de rol van corporaties en zorgaanbieders in thuissituaties waarin veel zorg verleend moet worden? Instelling kunnen een 'minimalistische' invulling geven van veiligheidsmaatregelen in de thuissituatie, maar kunnen ook invulling geven op basis van een 'royaal' en ambitieus veiligheidsdenken. De VGN heeft een [handreiking Brandveiligheid](#) geschreven waarin we op deze vragen ingaan op pagina 11 en 12.

Verantwoordelijkheid voor een veilig legionellabeleid

Een vergelijkbare problematiek betreft de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders op het terrein van de legionellapreventie, met name in kleinschalige woonvoorzieningen. Wie is verantwoordelijk als de cliënt zelf een appartement van de instelling huurt? Instellingen worden voortdurend geconfronteerd met dure veiligheidsmaatregelen, zonder merkbare of meetbare gezondheidswinst. De VGN heeft met een aantal leden een actieplan gemaakt. Dit plan wordt vanaf 2014 verder uitgewerkt. U treft het [plan aan op onze site](#).

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is de brancheorganisatie die opkomt voor de belangen van aanbieders in de gehandicaptenzorg. De 165 instellingen die bij ons zijn aangesloten, variërend van klein tot groot, bieden zorg en ondersteuning aan mensen met een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking.