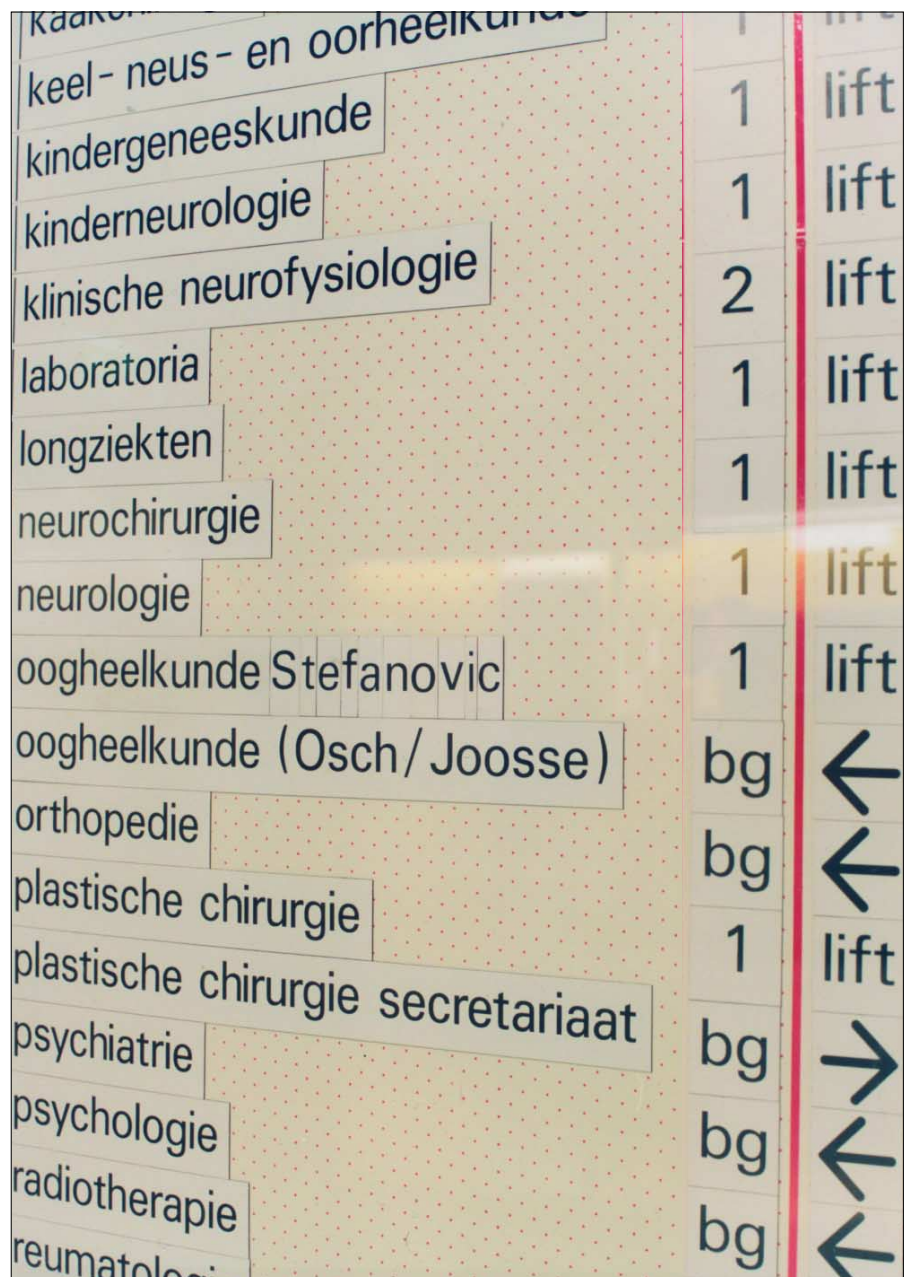


Nieuw financieringssysteem voor zorggebouwen creëert dure risico's

De roepnaam van de nieuwe wet is 'Wet toelating zorginstellingen'. Maar de omschrijving van de wet luidt 'Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen'.¹ Je vraagt je af wie zo'n omschrijving bedenkt. De hedendaagse beschouwer is zo gewend aan het Orwelliaanse spraakgebruik van de overheid, dat hij bij 'vereenvoudiging' onmiddellijk denkt: dat zal dus wel ingewikkelder worden. Net zoals 'modernisering' van de sociale zekerheid betekent: terug naar de negentiende eeuw. Het zijn slechte voorlichters die denken dat mensen daar nog steeds intrappen.

PAUL BORDEWIJK
Publicist, adviseur en onderzoeker



W ordt het dan allemaal niet eenvoudiger met de nieuwe wet? Kern daarvan is dat het op den duur niet de overheid is die bepaalt of zorginstellingen nieuwe gebouwen oprichten en wat ze daaraan mogen besteden, maar dat de instellingen dat zelf bepalen. Ze mogen in hun tarieven een bedrag voor huisvestingskosten opnemen dat afhangt van de zorgbehoefte en/of het zorgarrangement van de bewoner, maar dat verder voor alle instellingen gelijk is.² Prestatiebekostiging heet dat. Zorginstellingen die verwachten dat er voldoende behoefte aan hun zorg is, zullen dan nieuw bouwen, en instellingen die verwachten dat dat niet zo is, bouwen niet.

Het is geen andere afweging dan elke particuliere ondernemer maakt. Voor de ondernemer is dat misschien best ingewikkeld. Maar voor de overheid wordt het allemaal veel eenvoudiger. Dan is de naam van die wet toch terecht, ook al zijn er geperverteerde publicisten die alleen nog vanuit wantrouwen jegens dit kabinet kunnen denken?

Toch vervangt het kabinet een relatief eenvoudig probleem door een ingewikkeld probleem. Het probleem was eerst: aan hoeveel intramurale capaciteit hebben verschillende regio's behoefte, en welke voorzieningen moeten daartoe bekostigd worden. Dat leidt wel tot een hoop beschikkingen, maar het vervaardigen van die beschikkingen is relatief eenvoudig. In het nieuwe stelsel hoeft het Rijk alleen nog maar de normatieve vergoeding voor de kapitaallasten vast te stellen, maar de vaststelling daarvan is wel veel gecompliceerder dan de vaststelling van de toegestane kapitaallasten voor één specifieke instelling.

Een probleem is ook, dat de stichtingskosten van eenzelfde gebouw niet overall even hoog zijn. Grondprijzen verschillen per regio, en op de ene plaats moet wel geheid worden, op de andere niet. Bouwkosten willen ook nog wel eens variëren. De 'markt' leidt er toe, dat zorginstellingen vooral daar terecht komen, waar het bouwen goedkoop is, niet in de stad, maar op de Drentse hei. Willen we dat?

Je kunt ook op je vingers natellen, dat het Rijk uiteindelijk veel duurder uit zal zijn. De normatieve kapitaallastenvergoeding zal zo hoog moeten zijn, dat een instelling die een investering doet waar maatschappelijk behoefte aan is, de kosten van die investering gedurende de looptijd van de investering kan terugverdienen uit de vergoeding. De netto contante waarde van de te verwachten normatieve vergoeding dient dus ten minste even hoog te zijn als de investering. Daarbij wordt de instelling met allerlei risico's geconfronteerd. Wanneer die risico's zich realiseren, kan de instelling failliet gaan.

Nu geldt soms het aantal faillissementen wel als een maat voor de dynamiek in de economie, maar degenen die voor een organisatie verantwoordelijk zijn, houden er toch niet van. Directeuren verliezen dan hun baan, amateurbestuurders en leden van raden van toezicht leiden reputatieschade. Het Waarborgfonds voor de zorg kan alleen maar bestaan bij de veronderstelling dat zorginstellingen er alles aan zullen doen om een faillissement te vermijden.

Levensduur

Onder het nieuwe regiem zijn aan een nieuw bouwplan voor de instelling vier soorten risico's verbonden: risico's in verband met de levensduur van het gebouw, risico's in verband met de bezetting van het gebouw, risico's in verband met de hoogte van de normatieve kapitaallastenvergoeding, en risico's in verband met de financiering.

Bij de berekening van de netto contante waarde van de te verwachten normatieve kapitaallastenvergoeding, is de eerste vraag wat de verwachte levensduur van het gebouw is. Daarbij lopen we op tegen de tegenstrijdigheid dat nergens in de maatschappij gebouwen zo snel verouderd zijn als in de zorg, terwijl boekhoudkundig met een afschrijvingstermijn van vijftig jaar wordt gewerkt. De generatie verzorgingshuizen die rond 1960 is gebouwd, was rond 1980 al weer aan een ingrijpende renovatie toe, die veel duurder was dan de oorspronkelijke bouw. Verzorgingshui-

zen uit de jaren zeventig staan nu op de nominatie om afgebroken te worden.

Daarom is er ook een regeling in het leven geroepen voor de sanering van boekwaarden van verzorgingshuizen die aan sloop toe zijn. In feite wordt het Rijk op dat moment geconfronteerd met de consequenties van de irreële afschrijvingstermijnen waar vroeger voor gekozen is. Die politiek werd gevolgd om de verpleegprijs laag te houden, maar dwong in feite de zorgsector tot een wijze van boekhouden die elke relatie met de realiteit miste. Het is komisch om Kamerleden zich te zien opwinden over de veronderstelde groei van de reserves van zorginstellingen, want zij realiseren zich niet dat dat gebakken lucht is: die reserves bestaan bij de gratie van onrealistisch hoge boekwaarden, die niet overeenkomen met de potentiële opbrengst bij verkoop. In dat opzicht is er een groot verschil tussen de zorgsector en de woningcorporaties.

Kijkend naar de geschiedenis, moet je concluderen dat een afschrijvingstermijn van 25 jaar al te hoog is. Daarbij komt dat zorginstellingen machteloos staan tegenover het opleggen van nieuwe eisen aan gebouwen, waardoor de veroudering nog veel sneller kan plaats vinden. In het nieuwe stelsel past geen saneringsregeling, want er is geen centrale verantwoordelijkheid meer voor de investeringen die gedaan zijn. De hoogte van de kapitaallastenvergoeding kan dan dus hooguit op een 20-jarige afschrijvingstermijn gebaseerd zijn, en dan lopen de instellingen nog een risico. Maar ze worden dan ook beloond wanneer ze er in slagen een gebouw langer dan 20 jaar te gebruiken. Alleen zal daar dan al snel schande van worden gesproken.

Hoe dan ook zal het Rijk de eerste decennia meer aan kapitaallasten kwijt zijn dan nu, al wordt dat op termijn gecompenseerd omdat de saneringsregeling dan niet meer nodig is.

Leegstand

Een belangrijk risico is dat leegstand optreedt. Daarvan is nu nauwelijks sprake

ke, door het restrictieve bouwregiem. Dat gaat wel ten koste van de mensen die niet meer zelfstandig kunnen wonen omdat ze zich niet goed meer kunnen bewegen en elk moment kunnen vallen, of letterlijk de weg kwijt zijn. Die hebben nu niets te kiezen.

In een normale marktsituatie kan iedereen die iets nodig heeft daar op korte termijn aan komen, omdat de aanbieder een voorraad heeft. Bij een normale marktsituatie hoort dus ook enige leegstand, net als op de kantorenmarkt. Daar wordt bij de vaststelling van een verhuurprijs ook rekening mee gehouden, en dat moet dus ook bij de normatieve kapitaallastenvergoeding. Dat is een kostenpost die het Rijk nu niet heeft.

Maar er is niet alleen de normale frictieleegstand, en bestaat ook zoiets als conjuncturele leegstand. Wanneer alle verpleeghuizen vol zijn, moet er van het systeem een prikkel uitgaan om bij te gaan bouwen. En daar moeten verpleeghuizen onafhankelijk van elkaar een beslissing over nemen, want anders doen ze aan kartelvorming, en krijgen ze de NMa op hun dak. Zo ontstaat de varkensmarktcyclus, waarin perioden met overschotten en tekorten elkaar afwisselen. In de perioden met tekorten zijn de patiënten het slachtoffer, in de perioden met leegstand de instellingen. De normatieve kapitaallastenvergoeding moet dus ook dat risico afdekken.

Maar het leegstandsrisico heeft ook een politieke component. Bij het toezicht op marktwerking kijkt iedereen altijd naar de aanbodzijde. Daar mag geen sprake zijn van monopolievorming, want dat drijft de prijzen op. Maar er moet ook naar de vraagzijde gekeken worden. Er zijn maar weinig mensen die als op een echte markt de kosten zelf kunnen betalen. In de *cure* sector zijn er desondanks verschillende vragers: verzekeringsmaatschappijen die naturapolissen hebben afgesloten en patiënten met een restitutiepolis.

In de *care* is er echter sprake van een monopolie aan de vraagkant. Daardoor hebben aanbieders van zorg onvoldoende mogelijkheden zich te verwe-

ren tegen onredelijke tarieven, wanneer ze eenmaal bepaalde investeringen gedaan hebben. Zij zijn voor hun afzet afhankelijk van de bereidheid bij de overheid om mensen die dat nodig hebben financieel in staat te stellen van de diensten gebruik te maken, linksom of rechtsom.

Die bereidheid is echter politiek bepaald. Bij bezuinigingsoperaties kan de overheid de zorgkantoren budgetteren, zodat de afzet van de zorginstellingen terugloopt. Nu al krijgen indicatie-organen *targets* voor de reductie van het aantal indicaties voor een verzorgingshuis, zoals sommige sociale diensten dat krijgen voor het aantal bijstandsuitkeringen.

Een dergelijk beleid heeft niet alleen maar gevolgen voor de vergoeding van de kapitaallasten, maar ook voor de personele lasten. Toch is bij een kleiner aantal verzorgden het gemakkelijker om het aantal personeelsleden aan het aantal verzorgden aan te passen dan de boekwaarde. Het risico dat zo ontstaat moet meegewogen worden door elke instelling die een nieuwe

aan de inflatie en de rente-ontwikkeling, zoals Hoogervorst ook aangeeft³, al is nog niet duidelijk hoe. Niet alleen de afschrijvingscomponent zal moeten worden aangepast aan de inflatie, maar de rentecomponent is op twee manieren inflatie-afhankelijk: doordat de rentevoet zelf toeneemt bij een hogere inflatie, maar ook omdat de gemiddelde boekwaarde afgeleid is van de investeringsbedragen, die bij inflatie toenemen. Houdt men met dat laatste geen rekening, dan smelt de rentecomponent in de kapitaallastenvergoeding op den duur weg.

Duidelijk is wel, dat dit hoe dan ook voor de instellingen onzekerheid met zich meebrengt over de mogelijkheden hun investering terug te verdienen, want wie kan over een termijn van twintig jaar voorspellen hoe rente en inflatie zich ontwikkelen. Het CPB lukt dat al niet een jaar van tevoren. En daarbij komt dan nog de verleiding voor het ministerie om bezuinigingen te realiseren door op de normatieve vergoeding te beknibbelen. Zeker wanneer er geen urgentie is om nieuw-

De 'markt' leidt er toe, dat zorginstellingen vooral daar terecht komen, waar het bouwen goedkoop is, niet in de stad, maar op de Drentse hei. Willen we dat?

investering overweegt, maar valt moeilijk in de normatieve kapitaallasten te compenseren.

Inflatie en rentevoet

Een derde risico dat instellingen lopen, heeft betrekking op de hoogte van de normatieve kapitaallastenvergoeding. Die is voor alle instellingen dezelfde, ongeacht de ouderdom van hun onroerend goed. Dat betekent dat deze jaarlijks zal moeten worden aangepast

bouw te bevorderen, wordt die verleiding heel groot, en het type Kamerleden dat zich met zorg bezig houdt zal er ook geen kritiek op hebben.

In feite levert het nieuwe systeem dezelfde risico's op als het systeem van dynamische kostprijsfinanciering dat ooit in de sociale woningbouw is ingevoerd. Daar bleek het Rijk bereid om in te springen wanneer de verwachtingen niet uitkwamen, maar heeft het Rijk later de risico's beperkt door de subsidies af te kopen. Gaat VWS dat ook doen?

Boekhouden

Hiermee hangt nog een boekhoudkundig probleem samen. Nu wordt lineair afgeschreven, en loopt de kostenvergoeding daarmee parallel. Dat is op zichzelf een goed systeem, al is de voorgeschreven afschrijffperiode van vijftig jaar volstrekt irreëel. In het nieuwe systeem loopt de vergoeding niet meer gelijk op met de kapitaallasten. De kapitaallasten zijn het eerste jaar het hoogst en nemen daarna af, de vergoeding neemt daarentegen zolang het goed gaat elk jaar toe.

van bedrijfswaarde, dus op basis van de contante waarde van de te verwachten kapitaallastenvergoeding, zoals ook veel woningcorporaties dat doen. Ik heb daar echter nog niets over gelezen. Het zal voor zorginstellingen ook betekenen dat ze die bedrijfswaarden regelmatig moeten herrekenen, en dat kan grote plussen of minnen opleveren.

Financiering

Onafhankelijk van de boekhoudkundige oplossing, zal de financiering

van dat voor banken voor dergelijke leningen niet een deel van hun eigen vermogen hoeven te reserveren, wat een lagere rente mogelijk maakt. Voor het Waarborgfonds geldt dat zolang het Rijk hierbij als achtervanger optreedt, wat echter ook ter discussie is.

Het is niet marktconform, en daarom wil Hoogervorst er op den duur vanaf. Maar het is ook nog maar de vraag of die achtervang de goedkeuring van het Brusselse politiek-bureaucratische complex krijgt.⁴ Maar zonder die achtervang zullen banken veel minder geneigd zijn geld te lenen aan instellingen wier financiële lot afhangt van allerlei politieke beslissingen. En de rente wordt in ieder geval hoger, waar Hoogervorst bij de vaststelling van de kapitaallastenvergoeding rekening mee zal moeten houden. Dat legt dan dus een extra beslag op het zorgbudget.

De echte macht in de instellingen komt te liggen bij mannen met verkeerde stropdassen onder pakken met te brede krijtstrepen, die weinig affiniteit met de zorg hebben.

Risico-verevening

Onder het voorgestelde financieringssysteem gaan zorginstellingen allerlei risico's lopen die ze nu niet hebben. Om te zorgen dat instellingen toch voldoende bouwen, zal de kapitaallastenvergoeding een risico-opslag moeten bevatten, die het Rijk bij het huidige systeem niet hoeft te betalen. Ook op een commerciële onroerend-goedmarkt geldt zo'n risico-opslag. Daarom draait ondanks de leegstand van kantoren de onroerend-goedsector nog steeds door. Maar bij de zorg zal de risico-opslag hoger moeten zijn, omdat daar ook sprake is van een groot politiek risico.

Vraag is of gemeenten bereid zullen zijn risico's van zorginstellingen in hun stad af te dekken. Ze kunnen leningen garanderen van instellingen die niet voor een garantie door het Waarborgfonds in aanmerking komen, maar ze kunnen ook veel verder gaan en niet alleen de risico's voor de financier afdekken, maar ook die voor de instelling, wanneer instellingen anders niet bereid zijn te bouwen.

Er zijn twee redenen waarom gemeenten dat zouden kunnen doen. De

Boekhoudkundig kun je daarmee twee kanten op. Je kunt het huidige afschrijvingsstelsel handhaven, waardoor in de eerste jaren van de exploitatie een verlies ontstaat, dat in latere jaren wordt goed gemaakt. Dat heeft wel als gevolg dat in de eerste jaren na een nieuwe investering de rekening sluit met een tekort, en het eigen vermogen van instellingen negatief kan worden. Natuurlijk, het is allemaal papier, maar het is toch onaangenaam voor een bestuur dat met anderen contracten sluit. Bovendien, wat heb je aan boekhoudvoorschriften wanneer je de op basis van die regels berekende uitkomsten niet serieus neemt? Het zou betekenen dat het Waarborgfonds voor de zorg ook andere criteria moet gaan hanteren.

Logisch is dan ook, dat zorginstellingen de ruimte krijgen om hun onroerend goed te waarderen op basis

moeten worden aangepast. Een mogelijkheid is dat banken klimleningen gaan verstrekken, die dan wel door het Waarborgfonds moeten worden gegarandeerd. Maar ook wanneer de lening gegarandeerd is leveren klimleningen voor banken grote risico's op, omdat ze niet van tevoren weten tegen welke rente de contrafinanciering plaats zal vinden. Een alternatief is dat instellingen de eerste jaren het verschil tussen de lasten op de lening en de kapitaallastenvergoeding bijlenen, maar daar moeten banken wel toe bereid zijn. En daarbij is het onvermijdelijk dat gekeken wordt naar de financiële positie van de instelling zoals die voortvloeit uit de boekhoudkundige regels.

Van belang is daarbij ook welke rente instellingen moeten betalen. Instellingen die nu lenen met een gemeentegarantie of met een garantie van het Waarborgfonds, profiteren er

eerste is dat gemeenten er voor hun inwoners zijn, en dat die inwoners belang hebben bij de aanwezigheid van zorginstellingen. Hun vertegenwoordigers in de gemeenteraad kunnen daarom op een vorm van garantstelling aandringen. Maar gemeenten kunnen ook een zakelijk belang hebben bij de aanwezigheid van met name verzorgingshuizen. Wie daarheen verhuist, doet geen aanspraak meer op de WMO. En dat is voor gemeenten voordelig.

Er is nog een manier waarop zorginstellingen de risico's kunnen beperken, en dat is fuseren. Naarmate een instelling meer gebouwen heeft, met verschillende bouwjaren, vallen bepaalde risico's tegen elkaar weg. Met een regionaal monopolie elimineer je ook het risico van de varkenscyclus. Fusies zullen ook ontstaan omdat instellingen die er goed uitspringen instellingen waar het fout gaat zullen opvangen.

De grote instellingen die zo ontstaan hebben echter hun eigen bezwaren. De bureaucratie die nu heerst tussen instellingen en Rijk wordt vervangen door een interne bureaucratie. De echte macht in de instellingen komt te liggen bij mannen met verkeerde stropdassen onder pakken met te brede krijtstrepen, die weinig affiniteit met de zorg hebben. Het deel van de zorgkosten dat naar managers en controllers gaat zal hoe dan ook toemen. Meer handen aan de PC, minder handen aan het bed. En dan hebben we het nog niet eens over de hoge gouden handdrukken aan managers die toch niet blijken te bevallen. Ter compensatie deelt de staatssecretaris dan maar af en toe een partijtje anti-doorligmatrassen uit, in de hoop dat zij zo positief in het nieuws komt.

Bestaanszekerheid

Waarom moet dit dan allemaal. Hoogervorst prijst het nieuwe systeem aan omdat instellingen dan voortdurend met het risico van leegstand geconfronteerd worden.

Een nadeel van het huidige systeem is de bureaucratische regelgeving. Verder leidt de budgetzekerheid van

de instellingen tot bestaanszekerheid, waardoor zij minder kostenbewust en doelmatig handelen. Hierdoor worden potentiële productiviteitsverbeteringen niet gerealiseerd.⁵

Daar kan ik mij nu over opwinden. In de eerste plaats: wat is er mis met bestaanszekerheid? Het staat nummer één op het wensenlijstje van 90 % van de Nederlanders. Maar op de vierkante kilometer waar ons land geregeerd wordt is het zo langzamerhand een vloek, van VVD tot GroenLinks.

Mijn beeld van zorginstellingen is ook niet dat er niet kostenbewust gehandeld wordt. Zorginstellingen laveren voortdurend tussen de Scylla van de budgetoverschrijding en de Charrybdis van de tekortschietende zorg. Neem nu de pyamadagen. Dat is toch het toppunt van efficiency? Of verpleeghuizen waar ook patiënten die niet incontinent zijn met incontinentiemateriaal in hun broek rondlopen, omdat ze dan niet naar de WC geholpen hoeven te worden. We weten ook dat er in verpleeghuizen tot het uiterste op het personeel bezuinigd wordt, want tot elke prijs moet vermeden worden dat de verzorgsters hun tijd verdoen door een praatje te maken met de bewoners. Moet dat allemaal nu nog efficiënter?

Wat wel een zegen van enige leegstand zou kunnen zijn, is dat toekomstige bewoners dan meer keuzevrijheid hebben. Dat zou de kwaliteit van de zorg ten goede kunnen komen, maar maakt het niet direct goedkoper. Daarom noemt Hoogervorst dat waarschijnlijk ook niet. Voor die keuzevrijheid is het niet nodig dat instellingen met leegstand de kapitaallasten niet meer vergoed krijgen, minder geld voor personeel doet al genoeg pijn. We hebben er niets aan wanneer instellingen in een negatieve spiraal terecht komen wanneer ze toe moeten leggen op lege kamers, en daardoor nog meer moeten bezuinigen op de zorg aan de bewoners die er nog wel zijn.

Conclusie

Met het nieuwe financieringssysteem

creëert Hoogervorst grote risico's voor zorginstellingen die nieuwe investeringen willen doen. Instellingen moeten zich daarom driemaal bedenken of ze die investeringen wel aankunnen. Om de risico's acceptabel te maken, zal het Rijk meer geld beschikbaar moeten stellen dan er nu betaald wordt voor de kapitaallasten van zorggebouwen. Dat geld gaat ten koste van de zorg.

Noten

- 1 TK 27 659.
- 2 TK 27 659 Nr 54: Verslag van een schriftelijk overleg, vraag 3 p. 3.
- 3 Idem vraag 21 p. 8.
- 4 Idem vraag 7 p. 4.
- 5 TK 27 659 Nr 52: Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, p. 1-2.