

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

53

Vragen van de leden **Hijink** en **Marijnissen** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Lucratief beleggen in ouderen met dementie»* (ingezonden 30 juli 2020).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 21 september 2020). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2019–2020, nr. 3739.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het artikel «Lucratief beleggen in ouderen met dementie»?¹

Antwoord 1

In onderstaande antwoorden geef ik u mijn reactie op het artikel.

Vraag 2

Wat vindt u ervan dat veel beleggers profijt zien in de zorg voor senioren met dementie? Wat is uw oordeel over het feit dat er rendementen van 7% of meer beloofd worden bij investeringen in vastgoedobjecten voor opvang, verzorging en verpleging van (vermogende) senioren? Kan volgens u een rendement van 7% gerealiseerd worden zonder te besparen op bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg of de ouderen extra te laten betalen voor aanvullende pakketten?

Antwoord 2

De aangehaalde belofde rendementen van 7% betreffen investeringen in vastgoedobjecten voor opvang, verzorging en verpleging. Op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) is het mogelijk wonen en zorg te scheiden. Ik kan niet beoordelen in hoeverre dergelijke rendementen voor beleggingen in vastgoed reëel zijn. Zorgbestuurders zijn er verantwoordelijk voor om diensten, goederen en vastgoed, die nodig zijn voor de zorgverlening, in te kopen tegen een marktconforme prijs.

De zorg die onder deze constructie verleend wordt, valt niet onder het huidige winstverbod, omdat deze zorg kort gezegd niet als intramurale, maar als extramurale zorg wordt aangemerkt. Ik werk echter aan het wetsvoorstel

¹ Follow the Money, 29 juli 2020, «Lucratief beleggen in ouderen met dementie», <https://www.ftm.nl/artikelen/lucratief-beleggen-ouderen-met-dementie>

integere bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz) waarin ik de mogelijkheid wil introduceren aanvullende voorwaarden te stellen aan winstuitkering voor sectoren waar nu geen verbod op winstuitkering geldt. De aard van de voorwaarden en het tijdstip van inwerking treden kan variëren per deelsector en wordt gekoppeld aan het zich voordoen van excessen en de noodzaak die tegen te gaan, respectievelijk te voorkomen. Daarnaast wordt bezien of er een norm geïntroduceerd kan worden voor een maatschappelijk maximaal aanvaardbare dividenduitkering.

Ongeacht de regels omtrent winstuitkering, moet de kwaliteit van zorg altijd op orde zijn. De IGJ ziet daarop toe. Tot slot rust er op cliënten (en/of hun vertegenwoordigers) die aanvullende pakketten afnemen ook een eigen plicht kritisch te kijken naar hetgeen deze zorgvilla's leveren binnen deze aanvullende pakketten. Ook moeten bewoners zelf bepalen of zij bereid zijn een bepaalde huurprijs te betalen op basis van de infrastructuur, ligging en luxe van het vastgoed. Zij kunnen zich daarop voorbereiden door vooraf locaties te bezoeken en/of te zoeken naar ervaringen van anderen en alternatieven af te wegen. Daarbij kunnen zij het totaalpakket van wonen, zorg en dienstverlening (en de kosten daarvan) afwegen tegen hetgeen anderen aanbieden. Ook kunnen zij zich een oordeel vellen over de geboden transparantie in de opbouw van de kosten en de diensten die daarvoor geleverd worden. Tijdens het wonen is het van belang dat cliënten en/of hun vertegenwoordigers kritisch blijven in het aanbod en de kosten die daar tegenover staan.

Vraag 3

Wat is uw oordeel over de verdubbeling van het aantal particuliere aanbieders van verpleeghuizen? Vindt u dit een positieve of negatieve ontwikkeling? Wat zegt deze ontwikkeling over het aanbod van verpleeghuisplekken voor ouderen met een minder grote portemonnee?

Antwoord 3

Een diversiteit aan aanbieders van verpleeghuizen vind ik op zichzelf geen slechte ontwikkeling. Dit stelt mensen in staat om woon- en zorgvormen te kiezen die aansluiten bij hun wensen en behoeften. Bovendien zal door de vergrijzing een steeds grotere behoefte zijn aan deze zorg. De diversiteit heeft vooral betrekking op de woning en de servicekosten. Voor de zorg geldt dat deze onder het toezicht valt van de IGJ en moet voldoen aan de eisen uit het kwaliteitskader.

Vraag 4

Wat is uw reactie op de stelling «eigenlijk beleg je via het IMMO Zorgwoningfonds dus indirect in zieke ouderen»? Wat is uw mening over indirect beleggen in zieke ouderen? Is dit volgens u een effect van de marktwerking in de zorg en de hervorming van de langdurige zorg? Zo ja, vindt u dit een wenselijk effect van deze ontwikkelingen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

Zoals ik al vaker heb gezegd, is in de zorg geen plek voor mensen die de zorg enkel en alleen als verdienmodel zien. Ik vind de redenering dat men in zieke ouderen kan beleggen echter te kort door de bocht. In het IMMO Zorgwoningfonds wordt hoofdzakelijk belegd in vastgoed. Van zorgbestuurders mag verlangd worden dat zij kritisch zijn op de huurovereenkomsten of vastgoedinvesteringen die zij aangaan en daar marktconforme tarieven voor betalen.

Vraag 5

Wat is uw reactie op de opmerking «zorgvastgoed levert een langjarige, stabiele cashflow»?

Antwoord 5

Ik leg de opmerking dat zorgvastgoed een langjarige, stabiele cashflow oplevert als volgt uit. Door de demografische ontwikkelingen, met name vergrijzing, is de vraag naar verpleeghuiszorg met relatief grote zekerheid te voorspellen voor de komende jaren. Zoals in het artikel wordt toegelicht, is daarmee het risico op leegstand bij zorgcomplexen (mits de cliënten niet massaal wegblijven door onvoldoende kwaliteit van zorg) aanzienlijk minder dan bij bijvoorbeeld winkelpanden. Langjarige huurcontracten op vastgoed

waarop men investeert, genereren dan ook een relatief zekere inkomstenbron met weinig risico's.

Vraag 6

Welke risico's ziet u als gevolg van het feit dat zorgvastgoed steeds meer in handen van beleggers komt? Ziet u extra of andere risico's als het buitenlandse partijen betreft?

Antwoord 6

Beleggers en investeerders verwachten een rendement voor het beschikbaar stellen van kapitaal. Dit geldt in principe voor iedere kapitaalverschaffer, bijvoorbeeld ook voor banken of woningcorporaties, en het behalen van een redelijk rendement op vastgoed is op zichzelf geen kwalijke zaak. Er schuilt wel een mogelijk risico in het najagen van hoge rendementen, als daardoor de kosten voor vastgoed te zwaar op de organisatie drukken. Zorgbestuurders dragen echter de verantwoordelijkheid om hiervoor te waken bij het aangaan van langjarige huurcontracten. Zij moeten het belang van de zorginstelling behartigen en hebben in principe geen baat bij het aangaan van huurcontracten die niet marktconform zijn.

Vraag 7

Wat zijn de gevolgen als een particuliere aanbieder failliet gaat voor de bewoners van die initiatieven? Vindt u dit risico acceptabel? Worden de bewoners voldoende op de hoogte gesteld van deze risico's?

Antwoord 7

Als een zorgaanbieder failliet gaat, is het van belang dat de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft. Dit betekent dat betrokken partijen als de zorgaanbieder en het zorgkantoor moeten zorgen voor een verantwoorde afbouw van de zorgverlening en goede overdracht van bewoners naar andere zorgaanbieders. Daarbij bestaat het risico dat bewoners moeten verhuizen, maar in de praktijk wordt de locatie meestal overgenomen door een andere aanbieder en kunnen bewoners op de locatie blijven wonen. De waarborgen voor verantwoorde afbouw en overdracht van zorg zijn uiteengezet in de Kamerbrief van 11 oktober 2019² over de doorontwikkeling van het beleid rond zorgaanbieders in financiële problemen.

Vraag 8

Wat is uw oordeel over de zogenaamde «sale and lease back-constructies» die erg in trek zijn? Wat is het gevolg van een dergelijke constructie op de kwaliteit van wonen en zorg?

Antwoord 8

De «sale and lease back-constructie» is een manier om kapitaal dat in vastgoed zit te gelde te maken. De verkregen liquiditeit kan worden aangewend voor het aflossen van schulden, innovatie, uitbreiding of investeringen in de kwaliteit van zorg. Ook kan de zorgonderneming zich volledig richten op de zorg door het onderhoud en andere risico's die gepaard gaan met vastgoed, zoals veroudering, over te dragen aan een andere partij. Mogelijke nadelen van een «sale and lease back-constructie» zijn hogere lasten en minder wendbaarheid, omdat men zich vaak voor langere tijd aan een huurcontract moet committeren. Indien weloverwogen en juist ingezet, kan dit een bruikbare constructie zijn.

Vraag 9

Staat u nog steeds achter uw uitspraak dat overnames door buitenlandse ondernemingen incidenteel zijn? Vindt u 12,2% van het totaal «incidenteel»? Zo ja, waar ligt voor u de grens?

Antwoord 9

In de beantwoording van Kamervragen van het Kamerlid Hijink (SP) over het bericht dat de Franse investeerder Orpea een Nederlands zorgbedrijf met omstreden managementteam koopt (2018Z07850), heb ik destijds aangegeven

² Kamerstuk 32 620, nr. 235.

dat het incidenteel voorkomt dat dat buitenlandse investeerders Nederlandse zorgbedrijven opkopen. Het percentage van 12,2% dat in het artikel van Follow The Money wordt aangehaald, refereert echter naar het aantal particuliere verpleeghuizen³ ten opzichte van het totaal aantal verpleeghuizen in 2019.

Met betrekking tot overnames waarbij een buitenlandse partij betrokken is, heeft de NZa eerder dit jaar de Informatiekaart Concentraties in de zorg 2019 gepubliceerd. Hierin zijn de concentratiemeldingen bij de NZa tussen januari 2018 tot juli 2019 geanalyseerd, ook met het oog op buitenlandse partijen. Bij 118 aanvragen is er sprake van betrokkenheid van een buitenlandse partij.⁴ Op een totaal van 285 is naar mijn mening geen sprake van «incidentele» betrokkenheid. Overigens blijkt uit de analyse van de NZa dat het overgrote deel (86 van 118) van de overnames waarbij een buitenlandse partij betrokken was, betrekking had op de mondzorg⁵. Zeven overnames met een buitenlandse partij hadden betrekking op de langdurige zorg.

Vraag 10

Eerder gaf u aan dat doorgeschoten marktwerking een ongezonde cocktail in de zorg oplevert, vindt u dit ook een voorbeeld van doorgeschoten marktwerking? Zo ja, zou er volgens u een einde moeten komen aan de enorme toename van het aantal particuliere aanbieders en mensen die rijk worden door beleggingen in zorgvastgoed?⁶

Antwoord 10

Ik zie nu geen aanleiding om de toename van dit soort aanbieders van verpleegzorg aan banden te leggen. Zoals ik hiervoor heb beschreven, voorzien zij deels in een behoefte om zorg te combineren met een woonvorm die bij de cliënt past. Dit neemt niet weg dat we excessen hard aan moeten pakken. Als de kwaliteit ondermaats is, moet en kan de IGJ direct ingrijpen.

Vraag 11

Eerder gaf u aan dat er geen specifieke regels gelden ten aanzien van overnames door buitenlandse partijen, bent u inmiddels van mening dat deze regels er (nu) wel zouden moeten komen?

Antwoord 11

Alle zorgaanbieders die in Nederland zorg leveren moeten voldoen aan de Nederlandse wet- en regelgeving. Dat geldt onder andere voor de eisen rond kwaliteit van zorg en de besturing van zorginstellingen zoals wettelijk vastgelegd in de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en straks ook de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). De IGJ ziet hierop toe. Ik zie geen meerwaarde in het maken van onderscheid op grond van de nationaliteit van de entiteit die het eigenaarschap van een zorginstelling heeft. Dit zou zich bovendien slecht verhouden met het Europees Unie-recht, dat onderscheid op basis van nationaliteit verbiedt.

Vraag 12

Is het correct dat inspectierapporten slechts drie jaar online staan, waarna rapporten niet meer openbaar toegankelijk zijn? Zou het niet wenselijk zijn als inspectierapporten langer openbaar toegankelijk zijn?

³ In principe zijn alle verpleeghuizen in Nederland private instellingen. In het onderzoek waar het genoemde percentage aan ontleend is, wordt «particulier verpleeghuis» als volgt gedefinieerd: «Dutch for-profit nursing homes are defined as facilities that have the legal status of a private for-profit company (private limited company, general partnership, or sole proprietorship)».

⁴ In de analyse heeft de NZa «buitenlandse partij» als volgt gedefinieerd: «Een organisatie waar één of meer naar buitenlands recht opgerichte rechtspersonen zeggenschap uitoefenen over het concern». Bij veel van de geanalyseerde fusieaanvragen zijn partijen betrokken die al langer op de Nederlandse markt actief zijn.

⁵ Dat er in de mondzorgsector het vaakst sprake is van betrokkenheid van een buitenlandse partij is te verklaren door het feit dat vrijwel alle mondzorgketens een zetel hebben in het buitenland.

⁶ Algemeen Dagblad, 1 maart 2019, «We moeten bij de zorg terug naar het gezond verstand», <https://www.ad.nl/politiek/we-moeten-bij-de-zorg-terug-naar-het-gezond-verstand-acfc99d2/>

Antwoord 12

Inspectierapporten die via de website van de IGJ (www.igj.nl) openbaar zijn gemaakt, blijven gedurende vijf jaar na het tijdstip van openbaarmaking beschikbaar op die website. Dat is bepaald in het Besluit openbaarmaking toezicht- en uitvoeringsgegevens Gezondheidswet en Jeugdwet en de daarbij behorende bijlage. Met de termijn van vijf jaar is aangesloten bij geldende termijnen van beschikbaarheid van informatie in de sector, bijvoorbeeld bij de termijn voor aantekeningen in het BIG-register. De termijn van vijf jaar is redelijk geacht, omdat de betrokken beroepsbeoefenaar of instelling niet onevenredig lang wordt benadeeld, terwijl het publiek toch gedurende een relevante periode wordt geïnformeerd.

Dit Besluit is in 2019 in werking getreden. Voor rapporten die vóór die tijd openbaar zijn gemaakt via de website van de IGJ geldt dat deze drie jaar beschikbaar zijn op deze website.

De openbaar gemaakte rapporten blijven nadat zij van de website zijn verwijderd in principe beschikbaar voor iedereen die daarom verzoekt, totdat ze op grond van de Archiefwet moeten worden vernietigd.

Vraag 13

Bent u van mening dat de Nederlandse Zorgautoriteit meer bevoegdheden moet hebben om te kunnen toetsen of overnames gevolgen hebben voor de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg zelf? Zo ja, wat gaat u ondernemen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 13

In de Kamerbrief van 18 februari 2020 heb ik u geïnformeerd over de mogelijkheden die ik zie om het fusietoezicht in de zorg aan te scherpen.⁷ Idealiter zou een fusie worden getoetst op de gevolgen voor kwaliteit en betaalbaarheid van zorg, waarbij een fusie alleen is toegestaan als deze leidt tot betere kwaliteit of dezelfde kwaliteit voor een lagere prijs. Er zijn echter geen voldoende concrete en objectieve criteria om de gevolgen voor de kwaliteit en betaalbaarheid voorafgaand aan een fusie te voorspellen. Het op orde hebben van kwaliteit, in de vorm van afwezigheid van een IGJ-maatregel, kan wel als vereiste gesteld worden voor het kunnen laten doorgaan van een fusie.

Vraag 14

Zou geld voor de zorg volgens u ook naar de zorg moeten gaan? Gaat in de gevallen zoals beschreven in het artikel volgens u geld dat bedoeld is voor zorg ook daadwerkelijk naar zorg?

Antwoord 14

Ik ben van mening dat geld dat bestemd is voor de zorg, ook naar de zorg moet gaan. Daarvoor is het belangrijk dat binnen de met de zorgkantoren afgesproken contracten en tarieven, de juiste kwaliteit zorg wordt geleverd. De IGJ toetst of de zorg voldoet aan de kwaliteitskaders.

Vraag 15

Vindt u dat door de toename van het aantal particuliere aanbieders de tweedeling tussen rijk en arm toeneemt? Zo ja, wat gaat u doen om deze trend te keren?

Antwoord 15

Voor de kwaliteit van zorg geldt dat deze in alle instellingen moet voldoen aan de kwaliteitskaders. De IGJ toetst daarop. Op het gebied van de zorgverlening is er daarbij naar mijn idee geen sprake van een tweedeling. Wel kan het zo zijn (maar dat is ook in de rest van de samenleving het geval) dat cliënten met een beter gevulde portemonnee meer kunnen besteden aan woon- en servicekosten.

⁷ Kamerstuk 34 445, nr. 18