

**Dutch Centre for Health
Assets**

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

T 08 88 66 29 00 (algemeen)
T 08 88 66 29 46 (direct)
E frank.tenvoorde@tno.nl
I www.tno.nl/zorgenbouw

TNO-rapport 060-UTC-2011-00029

**Uitwerking kapitaallastencomponent
voor kinderdagcentra (KDC's)
voor kinderen met ernstige beperkingen**

Datum	maart 2011
Auteur(s)	F.J.J. ten Voorde Ir. O. Verhoeff
Aantal pagina's	21
Aantal bijlagen	3
Opdrachtgever	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Projectnaam	Uitwerking kapitaallastencomponent voor KDC's
Projectnummer	034.24650/01.01, 034.22647/01.01

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2010 TNO

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
1. Inleiding.....	5
2. Extra aandachtspunten bij de uitwerking.....	6
3. De doelgroep en functies van KDC's.....	8
4. Huisvesting; oppervlakte en kostenniveau.....	13
5. De kapitaallastcomponent.....	17
Ondertekening.....	18
BIJLAGE A Oppervlakenormen KDC.....	19
BIJLAGE B Rekenoppervlakte en investeringskosten.....	20
BIJLAGE C Kapitaallastcomponent.....	21

Samenvatting

Algemeen

Het is de bedoeling dat met de invoering van het normatieve, prestatiegebonden vergoedingensysteem voor huisvestingslasten van zorgbouw in 2012 ook een integraal tarief, inclusief kapitaallastcomponent, voor kinderdagcentra (KDC's) voor kinderen met ernstige beperkingen wordt ingevoerd. De NZa heeft, mede op basis van een verzoek van de VGN, TNO gevraagd om een dergelijke kapitaallastcomponent voor KDC's uit te werken, hetgeen in dit rapport is gebeurd. Net zoals de tot nu toe uitgewerkte NHC's voor zorg met verblijf in de caresector, heeft TNO de berekeningen gebaseerd op de laatst onder het bouwregime geldende "Prestatie-eisen voor nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen" en de "Bouwkostennota 2008" van het voormalige Bouwcollege. Vanuit deze basis en met inachtneming van de door VWS inmiddels gehanteerde uitgangspunten en parameters voor NHC's in de care, heeft een financiële vertaling plaatsgevonden naar het prijspeilniveau 2010.

Voorafgaand aan de berekening van de kapitaallastcomponent hebben NZa, VGN en TNO gezamenlijk inzicht verworven in:

1. de actualiteit van genoemde prestatie-eisen en kostennormen;
2. de eventuele relatie tussen de 14 bestaande NZa-tarieven voor KDC's en de daarbij passende huisvesting en voorzieningen;
3. de bezetting van KDC's (die met relatief grote leegstand te maken hebben (gehad)).

Op de eerste twee punten is vooral bevestigd geworden dat de genoemde kaders adequaat zijn. Op het derde punt is bevestigd geworden dat de relatief grote leegstand in elk geval samenhangt met de complexe problematiek en de zwakke gezondheid van de doelgroep, waardoor kinderen vaak verstek moeten laten gaan. Onderbezetting kan ook samenhangen met de toegenomen mogelijkheden voor kinderen om aan (bijzonder) onderwijs deel te nemen. Of die mogelijkheden dezelfde blijven is de vraag.

Wat tijdens het onderzoek namelijk ook in discussie is geweest, maar niet eenduidig is beantwoord, is de kwestie van de momenteel gangbare en in de toekomst te verwachten capaciteit per KDC. Verantwoorde uitspraken over wat momenteel gangbaar is, zijn zonder nader onderzoek niet te doen. Wat de toekomstige capaciteit betreft zal de uitwerking van het regeringsbeleid op de terreinen van gehandicaptenzorg en Passend Onderwijs in de eerste helft van 2011 duidelijk maken welke ontwikkeling voor KDC's voor de komende jaren verwacht mag worden. Er zijn op dit moment diverse scenario's die tot grote verschillen in uitkomst kunnen leiden, afhankelijk van de ondergrens van onderwijs in de toekomst.

Inhoudelijk

Belangrijk doel binnen het gehandicaptenbeleid is het creëren van mogelijkheden voor mensen met een verstandelijke handicap om volledig te participeren in de samenleving. Vanuit de KDC's wordt dan ook gewezen op het belang van huisvesting in die samenleving en nabij onderwijs- en (leer)werkvoorzieningen. In de praktijk kan dit betekenen dat KDC's fysiek worden aangehaakt bij bijvoorbeeld een peuterspeelzaal, naschoolse opvang, een reguliere of cluster-III school (voorheen ZMLK-school). Hierdoor ontstaat een betere organisatorische en inhoudelijke samenwerking, soms ook met gemeenschappelijk gebruik van voorzieningen.

Strategisch vastgoedbeheer

Met de nieuwe, normatieve en productieafhankelijke, vergoedingssystematiek wordt optimaal ruimtegebruik essentieel. Overbodige of onderbenutte vloeroppervlakte genereert dezelfde kosten als nuttige ruimte, maar met daartegenover minder of geen opbrengsten. Het nieuwe systeem is tegen de achtergrond van kostenbeheersing en efficiency dan ook mede bedoeld als prikkel voor zorgorganisaties om kritisch te kijken naar met name ruimte(n) voor behandeling/therapie en voor ondersteunende en ambulante functies. Zaken als multifunctioneel gebruik, gezamenlijk gebruik, bezettingsgraad en bedrijfstijd zijn daarbij van belang, evenals bijvoorbeeld inzicht in de verhouding tussen parttime en fulltime medewerkers en de maximale gelijktijdige ruimtebehoefte of aanwezigheid.

Kapitaallastcomponent

Voor de omvang van een kapitaallastcomponent is aangesloten bij de prestatie-eisen zoals deze tot 1 januari 2009 van toepassing waren. Uitgegaan is van twee scenario's: een zelfstandig KDC met een gemiddelde grootte van 48 plaatsen en een zelfstandig KDC met een gemiddelde grootte van 36 plaatsen. Voor het eerste scenario leidt dit tot een kapitaallastcomponent die uiteenloopt van € 6.661 per plaats per jaar bij een leegstand van 3% tot € 7.053 per plaats per jaar bij een leegstand van 10%.

Het tweede scenario leidt tot een kapitaallastcomponent die uiteenloopt van € 7.235 per plaats per jaar bij een leegstand van 3% tot € 7.660 per plaats per jaar bij een leegstand van 10%.

1. Inleiding

Per 1 januari 2012 wordt een nieuw systeem ingevoerd voor de vergoeding van huisvestingslasten van gebouwen waar of van waaruit AWBZ-zorg wordt geleverd. Het oude systeem van nacalculatie op basis van WTZi-vergunningen (verleend tot 2009) of op basis van werkelijke kosten (2009 tot 2012), kende gegarandeerde vergoeding van de gemaakte kosten gedurende de levensloop van een gebouw. Het nieuwe systeem kent een vaste vergoeding, de normatieve huisvestingscomponent (NHC) per zorgzwaartepakket (ZZP) voor zorg met verblijf. Ook voor zorg zonder verblijf is/wordt de huisvestingsvergoeding onderdeel van de prijs per extramuraal zorgpakket (EZP). Het grote verschil met het oude systeem is dat deze vergoedingen normatief en productiegebonden zijn, waardoor een veel grotere verantwoordelijkheid voor de lusten en lasten van het zorgvastgoed bij de zorgorganisatie komt te liggen.

Bij de uitwerking van NHC's voor de care zijn tot nu toe de huisvestingslasten van kinderdagcentra (KDC's) voor kinderen met ernstige beperkingen buiten beeld gebleven. KDC's vormen een uitzonderingspositie omdat ze extramurale zorg leveren, maar voor de bouw met de inwerkingtreding van de WTZi in 2006 toch onder het (intramurale) bouwregime zijn gekomen. VWS wilde vanwege het bijzondere karakter van de doelgroep en het type voorzieningen zicht houden op de bouw en de kosten daarvan. De exploitatie van KDC's vindt daardoor op dit moment nog plaats via twee routes:

1. De NZa kent 14 extramurale tarieven voor de zorgprestaties die KDC's leveren, deze tarieven worden aan de aanbieder betaald op basis van productie en zijn exclusief kapitaallasten.
2. De kapitaallasten worden vergoed via nacalculatie, op basis van WTZi-vergunningen (bij realisatie vóór 1 januari 2009) of op basis van werkelijk gemaakte kosten (bij realisatie ná 1 januari 2009).

Het is de bedoeling dat met de invoering van het toekomstige vergoedingensysteem voor huisvestingslasten in 2012 ook een integraal tarief, inclusief kapitaallastencomponent, voor KDC's wordt ingevoerd. De NZa heeft, mede op basis van een verzoek van de VGN, TNO gevraagd om een dergelijke kapitaallastencomponent voor KDC's uit te werken, hetgeen in dit rapport is gebeurd.

In het rapport wordt achtereenvolgens ingegaan op enkele specifieke aandachtspunten bij de uitwerking van de kapitaallastencomponent, de doelgroep en functies van KDC's, de huisvesting (oppervlakte, voorzieningen- en kostenniveau) en de kapitaallastencomponent zelf.

2. Extra aandachtspunten bij de uitwerking

Net zoals de tot nu toe uitgewerkte NHC's voor zorg met verblijf in de caresector, zal de kapitaallastcomponent voor de KDC's in principe gebaseerd worden op de door de Minister van VWS goedgekeurde, laatst onder het bouwregime geldende "Prestatie-eisen voor nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen" (College bouw zorginstellingen, 18 december 2006, rapportnummer 0.122) en "Bouwkostennota 2008" (College bouw zorginstellingen, 19 mei 2008, rapportnummer 615). Vanuit deze basis zal een financiële vertaling plaatsvinden naar het prijspeelniveau 2010 om zodoende aan te sluiten bij recente prijsontwikkelingen.

Bij de uitwerking van de kapitaallastcomponent voor KDC's waren er zowel vanuit de NZa als vanuit TNO enkele extra aandachtspunten, die tot een iets uitgebreidere aanpak hebben geleid:

1. de bouwaanvragen die tussen 2006 en 2009 aan het Bouwcollege ter beoordeling zijn voorgelegd, gingen bijna altijd uit van gecombineerde huisvesting van KDC's met andere voorzieningen als (brede) scholen of kinderopvang, niet zelden ook met gedeeltelijk of wisselend gezamenlijk ruimtegebruik. De prestatie-eisen waren daardoor niet altijd letterlijk toepasbaar en moesten 'met verstand' worden gehanteerd;
2. vanwege het voorgaande en de toen reeds aanstaande afschaffing van het bouwregime zijn bouwaanvragen de laatste jaren door het Bouwcollege vooral financieel beoordeeld. Dat wil zeggen dat op basis van de vloeroppervlakte en de normatieve m²-prijs het maximaal redelijke investerings- of huurbudget werd bepaald, zonder dat de beoogde accommodaties grondig werden getoetst op geschiktheid (functionaliteit, kwaliteit, flexibiliteit etc.). Of de theoretische eisen uit 2006 in de praktijk ook daadwerkelijk leidden tot een adequaat KDC is daardoor onderbelicht geweest;
3. niet duidelijk was of er een relatie bestaat tussen de diverse KDC-tarieven voor de zorg die de NZa hanteert (Beleidsregel CA-406 voor 2010, CA-451 voor 2011) en het ruimtegebruik of voorzieningenniveau van de bijpassende huisvesting;
4. KDC's zijn eerder geconfronteerd geweest met knellende exploitatieplaatjes wegens een relatief grote leegstand. Om KDC's desondanks exploiteerbaar te houden heeft de NZa in 2007 tijdelijk ingestemd met een hogere onderbezetting (10%), wegens wel geplande maar niet gerealiseerde productie in termen van dagdelen dat cliënten aanwezig zijn. Het niet komen opdagen van cliënten lijkt sterk samen te hangen met de complexiteit van hun beperkingen en de vaak zwakke fysieke gezondheid. Inmiddels is de acceptatie van een hogere onderbezetting, na onderzoek naar werkelijk ziekteverzuim van cliënten bij KDC's, vervangen door een tariefsverhoging, waardoor de prikkel om tot een optimale bezetting te komen meer bij de zorgaanbieder is komen te liggen. Deze verhoging is gebaseerd op een ziekteverzuim van 7%. Andere vormen van verzuim (vakantie, ziekenhuisopname) zijn toen niet gehonoreerd.

NZa en TNO hebben genoemde aandachtspunten nader onderzocht en daarbij ook de VGN betrokken. Zo is een reëel beeld ontstaan van de functies en voorzieningen van het tegenwoordige KDC. De resultaten van dit aanvullende onderzoek zijn meegenomen bij de uitwerking van de kapitaallastcomponent verderop in dit rapport.

Wat tijdens het onderzoek wel in discussie is geweest, maar niet eenduidig is beantwoord, is de kwestie van de momenteel gangbare en in de toekomst te verwachten omvang van KDC's in termen van plaatsen c.q. capaciteit per KDC. De eerdergenoemde leegstand ligt waarschijnlijk mede in het feit dat 'lichte' doelgroepen vanaf de leerplichtige leeftijd steeds meer naar het regulier of speciaal onderwijs zijn gegaan en geen beroep meer doen op KDC's.

Verantwoorde uitspraken over wat momenteel gangbaar is zouden nader onderzoek vragen, omdat voorzover kon worden nagegaan geen overzicht bestaat van KDC's met capaciteit per locatie. Wat de toekomstige capaciteit betreft zal de uitwerking van het regeringsbeleid op het terrein van gehandicaptenzorg en van Passend Onderwijs in de eerste helft van 2011 duidelijk maken welke ontwikkeling voor KDC's voor de komende jaren verwacht mag worden. Er zijn op dit moment diverse scenario's die tot grote verschillen in uitkomst kunnen leiden, afhankelijk van de ondergrens van onderwijs in de toekomst.

De bovenstaande overwegingen hebben ertoe geleid voor de bepaling van de kapitaallastcomponent uit te gaan van twee scenario's.

Het eerste scenario sluit aan bij de standaardvariant conform de laatste kaders onder het bouwregime. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat een zelfstandig KDC met 48 plaatsen een goede basiscapaciteit vormt voor de bepaling van de NHC.

Het tweede scenario gaat uit van de in de afgelopen jaren opgevangen geluiden van een grotere uitstroom naar het regulier en speciaal onderwijs en dus een kleinere basiscapaciteit voor een KDC. Hierbij is aangesloten bij de minimale omvang waarbij onder het voormalige bouwregime specifieke voorzieningen (therapiebad, ruimten voor fysiotherapie) verdedigbaar werden geacht. Deze omvang betreft 36 plaatsen.

3. De doelgroep en functies van KDC's

Algemeen

Een kinderdagcentrum (KDC) biedt integrale hulp- en dienstverlening aan kinderen met een (ernstige) verstandelijke handicap en/of kinderen met een meervoudige handicap (inclusief eventuele gedragsproblematiek) in de leeftijd van 0 tot vaak 18, soms 23 jaar en hun ouders (of verzorgers). KDC's zijn gericht op het vergroten en ontwikkelen van de individuele mogelijkheden van het kind. De individuele hulpvraag, aanleg en persoonlijke voorkeur van het kind zijn bepalend voor welke ondersteuning, hulp, begeleiding of zorg nodig is en dit kan dus per kind sterk verschillen.

In KDC's komen kinderen die geen (volledig) gebruik maken van onderwijs. Het betreft onder andere jonge kinderen in de voorschoolse leeftijd, kinderen met deeltijdonderwijs voor wie volledig onderwijs te belastend is en kinderen met een ernstige of meervoudige handicap, dan wel gedragsproblematiek. De meeste kinderen wonen (nog) thuis bij hun ouders. Er kan ook sprake zijn van een indicatie voor verblijf in een AWBZ-voorziening. In dat geval gaat het in de regel om wat oudere kinderen en kinderen die zijn aangewezen op zeer intensieve zorg.

Kinderen maken één of meer dagdelen per week gebruik van het KDC. De groepen waarin zij de dag doorbrengen bestaan gemiddeld uit 8 kinderen. Met name voor kinderen met een meervoudige handicap en kinderen met gedragsproblematiek wordt veelal gekozen voor kleinere groepen van circa 6 kinderen. Naast de aard van de problematiek spelen ook leeftijd en de visie van het KDC vaak een rol bij het bepalen van de omvang en samenstelling van de groepen. Een KDC heeft doorgaans een capaciteit van 40 tot 50 plaatsen.

De therapieën (zoals logopedie, ergo-, fysio-, spel-, muziektherapie) worden vaak geïntegreerd in het dagprogramma aangeboden en vinden plaats in de groepsruimte of elders in het gebouw, soms met de hele groep, soms individueel.

Per groep zijn doorgaans twee begeleiders aanwezig.

Integraal en multidisciplinair aanbod

Steeds meer wordt er naar gestreefd om alle functies die in het kader van de hulp- en dienstverlening worden aangeboden aan kinderen met een ontwikkelingsachterstand, een verstandelijke of meervoudige handicap en hun ouders, vanuit één centraal punt en op integrale wijze vorm en inhoud te geven. Om deze reden wordt ook wel gesproken over multifunctionele KDC's. Deze KDC's zijn vaak nadrukkelijk bezig met het ontwikkelen van kennis en expertise en de overdracht hiervan naar andere partijen die betrokken zijn bij de zorg, opvang en opvoeding van verstandelijk gehandicapte kinderen (netwerkfunctie en expertisefunctie).

Voor multifunctionele KDC's zijn de volgende hoofdfuncties te onderscheiden:

1. dagopvang en behandeling/training van kinderen;
2. begeleiding en behandeling van kinderen en hun ouders;
3. ambulante zorg en thuiszorg voor kinderen en hun ouders.

De derde functie kan, afhankelijk van de omvang waarin die wordt aangeboden, leiden tot behoefte aan extra (kantoor)ruimte voor ontvangst van cliënten, overleg en als uitvalsbasis voor ambulante medewerkers. De daaraan verbonden huisvestingslasten worden impliciet vergoed via de prijzen van de extramurale zorgproducten (EZP's).

Concrete activiteiten en functies die in of vanuit het KDC worden aangeboden zijn:

- observatie
- (vroeg)diagnostiek
- advisering
- opvoedingsondersteuning
- revalidatie
- medische en paramedische zorg
- snoezelen
- therapeutisch zwemmen
- speltherapie
- muziektherapie
- orthopedagogiek
- ergotherapie
- fysiotherapie
- bewegingstherapie
- logopedie
- communicatietraining
- sport en spel
- buitenschoolse opvang (BSO)
- thuiszorg
- begeleiding in regulier of speciaal onderwijs

Er wordt soms voor gekozen om ook vormen van kortdurend verblijf aan te bieden. Dit gebeurt dan op zeer beperkte schaal en het gaat dan vooral om weekend- en vakantieopvang ('logeren'). Dergelijke vormen van kortdurend verblijf vormen een aparte functie, vereisen een andere indicatie en worden fysiek gescheiden van het KDC aangeboden. De daaraan gekoppelde huisvesting speelt dan ook geen rol in de onderhavige uitwerking.

Indicatiestelling

Om in aanmerking te komen voor plaatsing in een KDC is een indicatie vanuit het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig. Het CIZ mag alleen een indicatie afgeven als het kind nog niet leerplichtig is of als er een leerplichtonthefing is afgegeven. Buitenschoolse opvang voor kinderen van het speciaal onderwijs kan wel weer worden verzorgd door een KDC.

De primaire grondslag waarop het kind geïndiceerd wordt is een verstandelijke handicap (VG), lichamelijke handicap (LG) of een zintuiglijke handicap (ZG). De functie waarvoor geïndiceerd wordt is begeleiding groep (BG-groep) of behandeling groep (BH-groep). BG-groep of BH-groep is een integraal pakket, wat inhoudt dat de functies persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP) en begeleiding individueel (BG-individueel) tijdens de groepsbegeleiding onderdeel uitmaken van die groepsbegeleiding. Ook kinderen die komen voor buitenschoolse opvang zijn geïndiceerd voor BG-groep. Aanvullend op BG-groep kan eventueel de functie behandeling (BEH) in het indicatiebesluit worden opgenomen.

De zorg kan door de afnemer/cliënt in natura (ZIN) of als persoonsgebonden budget (PGB) worden verzilverd. In dat laatste geval kan de zorgaanbieder zelf de kosten van het aan de zorg verbonden huisvestingsgebruik opnemen in de prijs die aan de cliënt in rekening wordt gebracht.

Verzwarende van de doelgroep

Inmiddels hebben nagenoeg alle kinderen in een KDC meer beperkingen dan alleen een verstandelijke. Bijkomende beperkingen of problemen zijn:

- gedragsproblemen;
- autisme, ASS;
- epilepsie;
- motorische problemen;
- ADHD;

- zintuiglijke beperkingen;
- communicatieproblemen;
- somatische ziektebeelden en een zwakke gezondheid (beademing, insuline).

Als gevolg van de complexe problematiek en de zwakke gezondheid komt het relatief vaak voor dat kinderen dagdelen verstek moeten laten gaan. Er is dus sprake van een relatief hoge leegstand c.q. onderbezetting bij KDC's. De gerealiseerde productie blijft achter bij de overeengekomen of verwachte of geplande productie. Daarmee samenhangend is ook de personele inzet en bezetting zeer lastig te plannen.

Door het streven en de mogelijkheden om ook kinderen met beperkingen zoveel mogelijk in het regulier of bijzonder onderwijs te laten instromen, is het accent binnen de KDC's sterk komen te liggen op de kinderen met (zeer) intensieve zorgvragen. Dit betekent een navenante toename van het aantal hulpmiddelen (bijvoorbeeld bedboxen, statafels, ligortheses, rolstoelen) dat de kinderen gebruiken. Voor kinderen met een meervoudige handicap loopt het aantal hulpmiddelen al gauw op van 3 tot 5 per kind. Dit heeft de nodige gevolgen voor de ruimtebehoefte en het voorzieningenniveau van een KDC. De samenstelling en omvang van groepen hangen af van de zorgvisie, maar ook van de problematiek van de kinderen en van de bezetting en doorstroming van het klantenbestand. Eerder is al vermeld dat de bezetting relatief laag en onvoorspelbaar is. Daar komt bij dat de doorstroming hoog is (genoemd is circa 20% per jaar), wat betekent dat voortdurend nieuwe cliënten met andere zorgvragen instromen. Dat brengt met zich mee dat het aanbod flexibel moet kunnen zijn. In die zin is ook tijdens de bezoeken en gesprekken in het kader van het onderhavige onderzoek (nogmaals) het beeld bevestigd dat elk KDC ten minste voor een aantal groepen moet zijn toegerust op zeer intensieve zorgvragen. De verschillende producten (lees NZa-tarieven) leiden daarbij, mede vanwege de vereiste flexibiliteit, niet tot substantiële verschillen in ruimtebehoefte of voorzieningenniveau.

In hoofdstuk twee is al aangegeven dat de verdere ontwikkelingen op dit punt sterk afhankelijk zijn van beleidsmatige beslissingen op het terrein van gehandicaptenzorg en van Passend Onderwijs. Mochten de kabinetsplannen bijvoorbeeld een remmende werking hebben op de toestroom naar het regulier en bijzonder onderwijs, dan zouden ook kinderen met een minder intensieve zorgvraag zich alsnog of opnieuw kunnen melden bij de KDC's.

Van de vier in het kader van dit onderzoek bezochte KDC's hadden er twee te maken met een behoorlijke leegstand (20% en 30%), die níét was toe te schrijven aan de aard van de problematiek van de kinderen, maar aan een terugloop in het aantal cliënten tussen de planvorming en de ingebruikname van deze vernieuwde KDC's. Of daarmee sprake is van aanloop- of structurele leegstand zal moeten blijken.

Tabel 3.1: KDC-productie 2010 in dagdelen

code	productomschrijving	aantal dagdelen
H 814	VG kind licht	480.094
H 815	VG kind midden	552.686
H 816	VG kind zwaar	324.664
H 817	VG kind emg	467.402
H 818	VG kind gedrag	233.585
H 834	LG kind licht	32.730
H 835	LG kind midden	28.153
H 836	LG kind zwaar	18.312
H 854	ZG kind aud.licht	1
H 855	ZG kind aud.mid.	1
H 856	ZG kind aud.zwaar	1
H 874	ZG kind vis.licht	0
H 875	ZG kind vis.mid.	0
H 876	ZG kind vis.zwaar	0
	totaal	2.137.629

bron: NZa

emg = ernstig meervoudig gehandicapt

aud. = auditief gehandicapt

vis. = visueel gehandicapt

De hiervoor beschreven verzwaring van de doelgroep lijkt overigens niet te worden onderschreven door de productiecijfers (zie tabel 3.1). Deze productiecijfers laten immers een hoge productie (ruim 50%) in het lichte en middensegment zien. Verklaring daarvoor zou kunnen zijn dat in die segmenten veel jonge kinderen het KDC bezoeken, totdat ze de leerplichtige leeftijd bereiken. Vanaf de leerplichtige leeftijd blijven dan de (grotendeels) van onderwijs ontheven kinderen met ernstiger problematiek over, die gedurende langere tijd het KDC bezoeken.

In het kader van dit rapport is hiernaar geen diepgaand onderzoek gedaan.

Hoe de productie zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld is helaas niet op een vergelijkbare manier inzichtelijk te maken, omdat indicatiestelling, definities, productomschrijvingen en dergelijke te vaak zijn gewijzigd.

Gewoon wat kan, bijzonder wat moet

Belangrijk doel binnen het gehandicaptenbeleid is het creëren van mogelijkheden voor mensen met een verstandelijke handicap om volledig te participeren in de samenleving. Waar mogelijk wordt dan ook gestimuleerd dat kinderen met een verstandelijke of meervoudige handicap gebruik maken van reguliere voorzieningen, zoals kinderopvang, peuterspeelzalen, speciaal of regulier onderwijs. Wanneer kinderen met een verstandelijke of meervoudige handicap gebruik willen maken van hun leerrecht, is hiervoor vaak extra begeleiding en zorg vanuit de expertise van de KDC's vereist. KDC's leveren steeds meer ambulante zorg en opereren steeds meer geïntegreerd in het onderwijsveld.

Vanuit de KDC's wordt dan ook gewezen op het belang van huisvesting in de samenleving en nabij onderwijs- en (leer)werkvoorzieningen. In de praktijk kan dit betekenen dat KDC's fysiek worden aangehaakt bij bijvoorbeeld een peuterspeelzaal, naschoolse opvang, een reguliere of cluster-III-school (voorheen ZMLK-school). Hierdoor ontstaat een betere organisatorische en inhoudelijke samenwerking, soms ook met gemeenschappelijk gebruik van voorzieningen.

Waar sprake is van huisvesting van een KDC in een complex met andere organisaties voor bijvoorbeeld kinderopvang en onderwijs, al dan niet met gezamenlijk en flexibel gebruik van bepaalde ruimten en voorzieningen, moeten uiteraard afspraken gelden rond de exploitatie/huur, organisatie en verantwoordelijkheden. Bij NZa, VGN en TNO zijn geen situaties bekend waarin gezamenlijke huisvesting tot problemen heeft geleid op voornoemde punten.

Wel kost het vanwege het aantal betrokken partijen, met allemaal hun eigen belangen, vaak veel tijd en moeite een dergelijk complex naar ieders tevredenheid gerealiseerd te krijgen.

Ruimtelijke voorzieningen

In/voor een KDC zijn doorgaans de volgende ruimten aanwezig/beschikbaar:

- groepsruimte(n) voor de dagopvang van kinderen en hun begeleiders;
- sanitaire voorzieningen c.q. verzorgingsruimten voor kinderen;
- multifunctionele ruimte(n);
- bergruimte (voor tilliften, rolstoelen, statafels, ligortheses, spelmateriaal, e.d.);
- snoezelruimte(n);
- werk-, onderzoek- en behandelruimten (al dan niet gecombineerd) voor orthopedagogische, paramedische en medische zorg;
- personeelsruimten (waaronder sanitair, vergaderruimte);
- keukenvoorzieningen (een pantry in de groepsruimte en/of een centrale keuken);
- was-/droogruimte en linnenberging;
- buitenruimte;
- oefenruimte voor fysiotherapie;
- therapiebad.

Optionele ruimten/functies, afhankelijk van organisatie, schaalgrootte en takenpakket:

- een ontvangstbalie;
- een speel-o-theek;
- werkruimte(n) voor ambulante medewerkers;
- slaapkamer(s) bestemd als rustruimte en/of kortdurend verblijf (weekend-, vakantieopvang, logeren).

Ruimtegebruik versus exploitatie

Duidelijk mag zijn dat in het licht van de nieuwe, normatieve en productieafhankelijke, vergoedingensystematiek optimaal ruimtegebruik essentieel is. Overbodige of onderbenutte vloeroppervlakte genereert dezelfde kosten als benutte ruimte, maar met daar tegenover minder of geen opbrengsten. Daarmee kan de exploitatie van de organisatie of de kwaliteit van het primaire proces in gevaar komen.

Het nieuwe systeem is tegen de achtergrond van kostenbeheersing en efficiency dan ook mede bedoeld als prikkel om kritisch te kijken naar met name ruimte(n) voor behandeling/therapie en voor ondersteunende en ambulante functies. Zaken als multifunctioneel gebruik, gezamenlijk gebruik en bezettingsgraad zijn daarbij van belang, evenals bijvoorbeeld inzicht in de verhouding tussen parttime en fulltime medewerkers en de maximale gelijktijdige ruimtebehoefte of aanwezigheid.

Ook naar de 'bedrijfstijd' van de huisvesting kan mogelijk gekeken worden. Enerzijds zijn indicaties in een aantal gevallen lastig exploiteerbaar of rendabel in te plannen (bijvoorbeeld bij halve dagen en vanwege de maximale indicatie van 9 dagdelen bij openingstijden van 10 dagdelen), anderzijds blijft de huisvesting in veel gevallen in de avonden en weekends onbezet (terwijl de kosten grotendeels doorlopen). Het nieuwe systeem biedt zo gezien niet alleen meer risico, maar mogelijk ook nieuwe kansen voor de zorgorganisatie/-ondernemer.

4. Huisvesting: oppervlakte en kostenniveau

Als uitgangspunt voor het integrale tarief geldt dat dit voldoende moet zijn om nieuwbouw te kunnen realiseren en exploiteren op basis van de meest recente bouwnormen. Zoals in hoofdstuk 2 reeds genoemd, vormden ten tijde van de beëindiging van het bouwregime op 1 januari 2009 de “Prestatie-eisen voor nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen” en de “Bouwkostennota 2008” het kader voor deze bouwnormen. De in het kader van het onderhavige onderzoek geanalyseerde en bezochte KDC-projecten hebben bevestigd dat genoemde prestatie-eisen en kostennormen voldoende representatief zijn voor wat ‘het tegenwoordige KDC is en doet’.

Op basis van de prestatie-eisen en kostenkengetallen kunnen derhalve investeringsbedragen worden berekend voor de nieuwbouw van een KDC. Uitgangspunt hierbij is een zo neutraal mogelijke vertaling van de toegepaste prestatie-eisen tijdens het bouwregime naar investeringsbedragen per cliënt. Uiteindelijk moet dit leiden tot een normatieve huisvestingscomponent die een realistische afspiegeling vormt van de normatieve kapitaallasten, zoals die tijdens de beoordeling binnen het bouwregime gebruikelijk waren. Voor de berekeningen is uitgegaan van de hiervoor genoemde Bouwkostennota, waarbij het prijspeil januari 2008 het uitgangspunt vormt. Om echter aan te sluiten bij actuele kostenontwikkelingen zijn de investeringskosten omgerekend naar prijspeil januari 2010. Voor de berekening van de investeringskosten en de kapitaallastencomponent is zoveel als mogelijk aangesloten bij de uitgangspunten die voor de berekening van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) per ZZP in de care gehanteerd zijn. Hoewel nog geen formele beslissingen zijn genomen, worden die NHC's wel steeds concreter en gedetailleerder uitgewerkt. In dit rapport wordt uitgegaan van de meest actuele uitwerking op dit moment: de ambtelijke VWS-notitie van oktober 2010. De uitgangspunten uit deze notitie of afwijkingen hiervan worden in dit en het volgende hoofdstuk waar nodig nader toegelicht.

Grootte en productieomvang

De oppervlakenormen zoals die in de prestatie-eisen staan vermeld, zijn gebaseerd op een KDC met 48 plaatsen (zes groepen van acht kinderen). Hierbij is opgenomen dat voor KDC's met meer of minder kinderen en/of kleinere of grotere groepen de rekenoppervlakte evenredig van de basis van 48 plaatsen wordt afgeleid. Gezien deze evenredige verkleining of vergroting van de oppervlakte in het geval sprake is van kleinere of grotere groepen, heeft de daadwerkelijke groeps grootte geen invloed op de bepaling van de kapitaallastencomponent.

De hiervoor genoemde evenredige verkleining of vergroting is echter niet van toepassing op de oppervlakte en kosten van bijzondere voorzieningen (therapiebaden en ruimten voor fysiotherapie). Hierdoor is de totale omvang van het KDC wel van belang, aangezien die bepaalt in welke mate de kosten voor deze bijzondere voorzieningen onderdeel worden van de kapitaallastencomponent per cliënt. Immers, bij een berekening op basis van een gemiddelde grootte van 48 plaatsen dient iedere plaats 1/48 van de totale kapitaallasten voor deze voorzieningen op te brengen, terwijl dit bij een gemiddelde grootte van 36 plaatsen per plaats oploopt tot 1/36 van de totale kapitaallasten.

Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 wordt voor de bepaling van de kapitaallastencomponent uitgegaan van twee scenario's.

Mede op basis van de ervaringen uit de praktijk, de gesprekken met deskundigen en de bezoeken aan enkele KDC's, is voor het eerste scenario aangesloten bij de prestatie-eisen: er wordt uitgegaan van een KDC met een grootte van 48 plaatsen.

De discussie ten aanzien van de in de toekomst te verwachten omvang van KDC's leidt in een tweede scenario tot een berekening met een kleinere omvang, namelijk 36 plaatsen. Deze omvang is gebaseerd op de minimale omvang waarbij volgens de eerdergenoemde prestatie-eisen een therapiebad en/of een motoriekruimte kon worden gerealiseerd.

Tijdens het onderhavige onderzoek is ook een basiscapaciteit van 30 plaatsen geopperd voor een volledig uitgerust KDC. Voor een verdedigbare exploitatie van voorzieningen als een fysiotherapieruimte en een therapiebad acht TNO het echter reëel uit te gaan van een draagvlak van minimaal 36 plaatsen. Het staat zorgorganisaties uiteraard vrij door medegebruik van andere partijen deze voorzieningen ook bij een lagere KDC-capaciteit rendabel/exploiteerbaar te maken.

Rekenoppervlakte

Om te kunnen komen tot investeringskosten voor nieuwbouw wordt eerst met behulp van de in de prestatie-eisen vermelde oppervlakenormen een rekenoppervlakte bepaald. In bijlage A worden deze oppervlakenormen weergegeven (uitgaande van 48 plaatsen in de vorm van 6 groepen van 8 plaatsen). De in deze bijlage vermelde oppervlaktes zijn nuttige oppervlaktes.

Voor de omrekening naar brutovloeroppervlakte wordt voor een zelfstandig KDC uitgegaan van een bruto/nuttigverhouding van 1,5. Voor KDC's die onderdeel uitmaken van een groter gebouw met gedeelde hoofdverkeersruimten en techniekruimten (bijvoorbeeld een brede school) was het binnen het bouwregime mogelijk in afwijking hiervan te rekenen met een bruto/nuttig-verhouding van 1,7. De meeste KDC's in de praktijk bestaan nog uit zelfstandige voorzieningen. Ook daar waar een KDC fysiek is gekoppeld aan, of geïntegreerd is in een groter bouwvolume (met bijvoorbeeld kinderopvang, onderwijs en dergelijke), is meestal sprake van gescheiden voorzieningen als entree, installaties en dergelijke. Per saldo is ook in die situaties de opzet zodanig dat nauwelijks gezamenlijke hoofdverkeersruimten en techniekruimten voorkomen, reden waarom in de berekeningen in dit rapport is uitgegaan van een bruto/nuttigverhouding van 1,5. (Overigens is deze verhouding ook gehanteerd in de laatst onder het bouwregime verleende vergunningen, ook wanneer sprake was van gekoppelde/geïntegreerde huisvesting aan/in een groter bouwvolume.)

In bijlage B wordt de oppervlakte berekend voor de beide bovengenoemde scenario's. Hierbij is aangenomen dat een therapiebad en ruimte voor fysiotherapie onderdeel van de voorziening uitmaken. In onderstaande tabel wordt de totale rekenoppervlakte van de scenario's ook per plaats en per productiedag weergegeven.

Tabel 4.1: brutovloeroppervlakte KDC

KDC (b/n = 1,5)	Oppervlakte (m ² bvo)	
	Per plaats	Totaal
Scenario 1 (48 plts)	48,66	2.336
Scenario 2 (36 plts)	52,13	1.877

Investeringskosten (exclusief grond- en startkosten)

Voor de bepaling van de investeringskosten¹ is uitgegaan van de Bouwkostennota 2008, zoals deze tot 1 januari 2009 binnen het bouwregime van toepassing was. De Bouwkostennota biedt een financieel kader waarbinnen redelijkerwijs nieuwe huisvesting voor een kinderdagcentrum zou moeten kunnen worden gerealiseerd. Om echter ook aan te sluiten bij de huidige prijsontwikkelingen is ervoor gekozen de investeringskosten om te rekenen naar prijspeil januari 2010. Voor deze omrekening is uitgegaan van de index, zoals deze ook bij de bepaling van de NHC in de care is gehanteerd: +/- 1% ten opzichte van prijspeil januari 2008. In deze indexatie is gedempt rekening gehouden met de marktsituatie zoals deze op dit moment in de aanbestedingsresultaten tot uitdrukking komt.

De Bouwkostennota 2008 kent afzonderlijke investeringsbedragen voor de drie categorieën bouw: aspecifieke bouw, specifieke bouw en specialistische bouw. Bovendien variëren de investeringskosten per functie. Voor de bepaling van de investeringskosten van een KDC wordt uitgegaan van de investeringskosten voor specifieke bouw voor de functie ondersteunende begeleiding. In verband met de bijzondere uitvoering die een therapiebad vereist, is voor de bouw van een dergelijke voorziening uitgegaan van afwijkende investeringskosten. In de volgende tabel staan de investeringskosten voor de functie ondersteunende begeleiding en therapiebaden weergegeven.

Tabel 4.2: investeringskosten in € per m² (zie ook voetnoot)

Specifiek	Onderst. Beg.	Therapiebaden
1.0 Bouwkosten	1.423	2.601
2.0 Bijkomende kosten	36	65
3.0 Inventaris	n.v.t	n.v.t
4.0 Directiekosten	199	364
5.0 Rente tijdens de bouw	n.v.t	n.v.t
6.1 Programma- en bestekswijzigingen	66	121
6.2 Loon- en prijsstijgingen	31	57
8.0 Totale investeringskosten	1.755	3.208

Grondkosten

In de Bouwkostennota 2008 worden voor de verwerving van grond maximale grondkosten vastgesteld. Deze grondkosten verschillen voor een aantal categorieën. Ten eerste wordt een onderscheid gemaakt naar de categorie licht (aspecifieke bouw), zwaar (specifieke bouw) en beveiligd (specialistische bouw). Daarnaast bestaat binnen deze categorieën een onderscheid tussen somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen en de overige doelgroepen. Tot slot houdt de Bouwkostennota 2008 naast de maximale normen per categorie en doelgroep ook rekening met regionale prijsverschillen. Deze verschillen zijn vertaald in regionale toeslagen of kortingen op basis van postcodegebieden.

In de hier bepaalde investeringskosten is uitgegaan van de grondkosten voor specifieke bouw. Verder is aangesloten bij de uitgangspunten voor de berekening van de NHC in de care, hetgeen betekent dat wordt uitgegaan van één component voor grond, interimhuisvesting en terreinvoorzieningen.

Voor alle hier vermelde investeringskosten is uitgegaan van een bouwtijd van 18 maanden, bijkomende kosten van 2,5%, directiekosten van 14%, programma- en bestekswijzigingen van 4% en loon- en prijsstijgingen van 2,5%. De vermelde bedragen zijn inclusief BTW, op prijspeil januari 2010. Tenzij anders vermeld is rente tijdens de bouw niet meegenomen.

Hierbij vormt de gemiddelde grondprijs de basis, die vervolgens wordt aangepast met een additionele verhoging van 10%. Het voorheen gehanteerde systeem met regiotoeslagen leent zich niet voor de uniforme benadering die inherent is aan een normatieve huisvestingscomponent. De aanvullende regionale toeslagen of kortingen op basis van postcodegebieden zijn dan ook niet langer van toepassing. Voor de omrekening naar prijspeil 2010 wordt overigens uitgegaan van de grondkosten zoals vermeld in het "Jaarbeeld bouwkosten Zorgsector 2010" (TNO, juni 2010).

Startkosten

De startkosten bestaan uit twee categorieën kosten: de gebruikelijke startkosten en de kosten voor verhuizing indien sprake is van vervangende nieuwbouw of renovatie.

De gebruikelijke startkosten zijn kosten voor droogstoken, bewaking, schoonmaak en public relations-activiteiten. Als normbedrag wordt voor beide type startkosten samen uitgegaan van 1,5% van de bouwkosten (circa 1,22% van de investeringskosten).

Budgettair bouwen

De subrubriek 6.1 Programma- en bestekswijzigingen (zie tabel in paragraaf investeringskosten) biedt een normatieve reservering voor de bij de uitvoering van een bouwplan optredende programma- en bestekswijzigingen. Deze reservering bedraagt normaal gesproken 2% van het totaal van de kosten van de rubrieken Bouwkosten, Bijkomende kosten en Directiekosten (de rubrieken 1.0 t/m 4.0).

Met de invoering van een kapitaallastcomponent is het voor instellingen echter niet meer mogelijk meerkosten voor niet voorziene omstandigheden tijdens de bouw vergoed te krijgen. Voor de berekening van de investeringskosten voor een KDC is daarom uitgegaan van het principe van budgettair bouwen, zoals dat voorheen ook binnen het bouwregime werd toegepast. Dit houdt in dat de subrubriek 6.1 Programma- en bestekswijzigingen wordt verhoogd van 2% naar 4%.

Totaal investeringskosten, inclusief grond- en startkosten

De bovenstaande uitgangspunten leiden tot een totaalinvesteringsbedrag (zie bijlage B). In de onderstaande tabel worden deze investeringskosten ook weergegeven per productiedag en per plaats. Deze bedragen vormen de basis voor de berekening van de kapitaallastcomponent.

Tabel 4.3: investeringskosten in € per plaats

KDC (b/n = 1,5)	Investeringskosten (€)*	
	Per plaats	Totaal
Scenario 1 (48 plts)	108.817	5.223.209
Scenario 2 (36 plts)	118.176	4.254.347

*prijspeil januari 2010, inclusief grond- en startkosten, exclusief rente tijdens de bouw.

5. De kapitaallastencomponent

Zoals eerder vermeld, wordt voor de berekening van de kapitaallastencomponent aangesloten bij de uitgangspunten voor de bepaling van de NHC in de care. Hierna worden deze uitgangspunten kort besproken.

Investeringspatroon

Voor de bepaling van de kapitaallastencomponent wordt uitgegaan van een gebruikstermijn van 30 jaar. Dit houdt in dat eenmalig wordt geïnvesteerd ten tijde van de nieuwbouw en na 30 jaar wordt overgegaan tot vervanging. In de tussentijd vinden geen grootschalige renovaties plaats. Dit patroon komt overeen met model 2 uit de door College bouw zorginstellingen (de voorganger van het Centrum Zorg en Bouw), Prismant en CTG/ZAio (de voorganger van de NZa) opgestelde "Quick scan in de care" (rapportnummer 593, College bouw zorginstellingen, Utrecht 2006).

Jaarlijkse instandhouding

Voor de jaarlijkse instandhouding wordt een percentage van 0,8% van de nieuwbouwwaarde op jaarbasis opgenomen in de kapitaallastencomponent.

Rente

In de berekeningen wordt uitgegaan van een rentepercentage van 5,2%. In de bepaling van de investeringskosten wordt rekening gehouden met rente tijdens de bouw.

Leegstand/bezettingspercentage

Voor de bepaling van de NHC in de care is uitgegaan van een bezettingspercentage van 97%. Zoals eerder genoemd zijn KDC's geconfronteerd met knellende exploitatieplaatjes wegens een relatief grote leegstand. Om dit aspect in de berekeningen naar voren te laten komen, is bij de bepaling van de kapitaallastencomponent uitgegaan van verschillende leegstandspercentages. Gerekend is met een bezettingspercentage van 97%, 95%, 93% en 90%.

Jaarlijkse index

Voor de bepaling van de kapitaallastencomponent wordt uitgegaan van een jaarlijkse index van 2,5%.

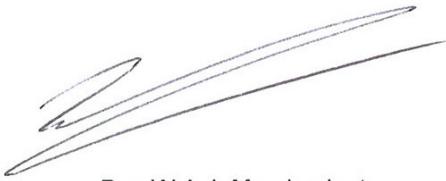
Resultaat

In bijlage C staan de berekende kapitaallastencomponenten voor de beide scenario's weergegeven. Zoals uit de bijlage blijkt, varieert de kapitaallastencomponent voor scenario 1, een KDC met 48 plaatsen, van € 6.661 per plaats per jaar bij een leegstand van 3% tot € 7.053 per plaats per jaar bij een leegstand van 10%.

Bij scenario 2, een KDC met 36 plaatsen, varieert de kapitaallastencomponent van € 7.235 per plaats per jaar bij een leegstand van 3% tot € 7.660 per plaats per jaar bij een leegstand van 10%.

Ondertekening

Utrecht, maart 2011



Drs. W.A.J. Mandersloot
Business Line Manager



Dr. M.P. van Esch-Bussemaekers
Research Manager

BIJLAGE A Oppervlakenormen KDC

Basis rekenoppervlakte

<i>Groepscluster</i>	Bestaat uit: groepsruimte, verzorgingsruimte, multifunctionele ruimte, bergruimte en buitenberging
	144 m ² per groep van 8 plaatsen
<i>Gemeenschappelijke ruimten</i>	Bestaat uit: snoezelruimte, water/zandruimte, bergruimte, opstelruimte voor hulpmiddelen
	192 m ² per locatie van 48 plaatsen
<i>Ondersteunende diensten en behandeling</i>	Bestaat uit: receptie, keuken, was/droog/linnenberging Gebaseerd op 5 fte (paramedisch, orthopedisch, medisch etc.)
	168 m ² per locatie van 48 plaatsen

Rekenoppervlakte aanvullende voorzieningen

<i>Motoriekruimte / oefenruimte voor fysiotherapie</i>	Alleen bij locaties die groter of gelijk zijn aan 36 plaatsen
	50 m ² per locatie van minimaal 36 plaatsen
<i>Therapiebad</i>	Alleen bij locaties die groter of gelijk zijn aan 36 plaatsen. Een therapiebad is over het algemeen alleen haalbaar bij benutting door meerdere gebruikers, organisaties, afnemers, en bij een hoge bezettingsgraad (> 80%)
	133 m ² per locatie van minimaal 36 plaatsen

BIJLAGE B Rekenoppervlakte en investeringskosten

Bepaling rekenoppervlakte

Oppervlakte (bvo m ²)	Scenario 1	Scenario 2
	48 plaatsen	36 plaatsen
Groepscluster	1.296	972
Gemeenschappelijke ruimten	288	216
Ondersteunende diensten/behandeling	252	189
Zwembad	200	200
Fysiotherapie	300	300
Totaal	2.336	1.877

Bepaling investeringskosten (prijspeil januari 2008)

Investeringskosten (€) prijspeil januari 2008	Scenario 1	Scenario 2
	48 plaatsen	36 plaatsen
Basis	3.253.392	2.440.044
Therapiebad	646.380	646.380
Fysiotherapie	531.600	531.600
Totaal investeringskosten	4.431.372	3.618.024
Startkosten (1,22%)	54.063	44.140
Grondkosten	747.594	600.668
Totaal investeringskosten (incl. S&G)	5.233.028	4.262.832

Bepaling investeringskosten (prijspeil januari 2010)

Investeringskosten (€) prijspeil januari 2010	Scenario 1	Scenario 2
	48 plaatsen	36 plaatsen
Basis	3.222.180	2.416.635
Therapiebad	639.996	639.996
Fysiotherapie	526.500	526.500
Totaal investeringskosten	4.388.676	3.583.131
Startkosten (1,22%)	53.542	43.714
Grondkosten	780.991	627.502
Totaal investeringskosten (incl. S&G)	5.223.209	4.254.347

BIJLAGE C Kapitaallastencomponent

Bij variërende leegstandspercentages

Scenario 1

48 plaatsen (b/n = 1,5)	Investeringskosten (€)*			Kapitaallastencomponent (€)*		
	Opstal	Grond	Totaal	Opstal	Grond	Totaal
Leegstand 3%	95.970	16.271	112.241	5.696	966	6.661
Leegstand 5%	95.970	16.271	112.241	5.791	982	6.773
Leegstand 7%	95.970	16.271	112.241	5.887	998	6.885
Leegstand 10%	95.970	16.271	112.241	6.031	1.022	7.053

*per plaats per jaar, prijspeil 2010.

Scenario 2

36 plaatsen (b/n = 1,5)	Investeringskosten (€)*			Kapitaallastencomponent (€)*		
	Opstal	Grond	Totaal	Opstal	Grond	Totaal
Leegstand 3%	104.472	17.431	121.903	6.200	1.034	7.235
Leegstand 5%	104.472	17.431	121.903	6.304	1.052	7.356
Leegstand 7%	104.472	17.431	121.903	6.409	1.069	7.478
Leegstand 10%	104.472	17.431	121.903	6.565	1.095	7.660

*per plaats per jaar, prijspeil 2010.

Voor alle in deze bijlage vermelde investeringskosten en NHC's is uitgegaan van een bouwtijd van 18 maanden, bijkomende kosten van 2,5%, directiekosten van 14%, programma- en bestekswijzigingen van 4% en loon- en prijsstijgingen van 2,5%.

De vermelde bedragen zijn inclusief BTW en rente tijdens de bouw, op prijspeil januari 2010.