

Barometer Zorgvastgoed

Health Care Real Estate International

2015

Colofon

Druk	Koninklijke Van Gorcum Assen
ISBN	978-90-819774-7-0
NUR	805
1 ^e oplage	oktober 2015 (500)
2 ^e oplage	oktober 2015 (500)
Omslag	Edwin van den Beemt - Slagkracht
Advies- en redactieraad	E. (Eltje) de Klerk MSc MRE <i>mr. D. (Dirk) Kootstra MscRE RMT/RT</i> S. (Saskia) Roest A. (Annette) Tjeerdsma MSc drs. C. (Cor) Worms

1^e exemplaar aangeboden bij de opening van het hogeschooljaar 2015-2015 Hanzehogeschool Groningen op 1 september 2015 aan dr. Jet Bussemaker, minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

2^e exemplaar aangeboden op het congres Barometer Maatschappelijk Vastgoed op 5 oktober 2015 aan prof. dr. J.J.M. (Jaap) Uijenbroek, directeur generaal Rijksvastgoedbedrijf.



© 2015 Jan Veuger. Behoudens uitzonderingen door de wet gesteld mag zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n) op het auteursrecht, c.q. de uitgeefster van deze uitgave, door de rechthebbende(n) gemachtigd namens hen op te treden, niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, wat ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking. De uitgeefster is met uitsluiting van ieder ander gerechtigd de door derden verschuldigde vergoeding voor kopiëren, als bedoeld in artikel 17 lid 2, Auteurswet 1912 en in het Kb van 20 juni 1974 (Stb. 351) ex artikel 16b, Auteurswet 1912, te innen en/of daartoe in en buiten rechte op te treden.

Voorwoord Barometer Zorgvastgoed

Dit jaar presenteert het lectoraat Maatschappelijk Vastgoed voor het eerst de Barometer Zorgvastgoed met als thema (inter)nationale context. Deze internationale context is van belang omdat de trackrecord voor het investeren in zorgvastgoed in Nederland nog erg beperkt is. Door te reflecteren aan de hand van de internationale context kunnen we wellicht in Nederland leren van ervaringen van anderen. In de Barometer Maatschappelijk Vastgoed 2014 was al te zien dat er veel aandacht is voor zorgvastgoed (Veuger et al., 2014: 129-235). De Barometer Zorgvastgoed is hier dan ook een gevolg van en heeft een drietal relevante en actuele invalshoeken: ontwikkelingen in zorgvastgoed, waardering en financiering van zorgvastgoed en assetmanagement zorgvastgoed. Het belang van de internationalisering van de zorgvastgoed wordt onderschreven door de bijdragen in internationale context en bijdrage van internationale auteurs.

Hoewel de ervaringen voor het investeren in zorgvastgoed in Nederland nu nog erg beperkt zijn, gebeurt er in de internationale context veel. Sinds 2012 zijn Nederlandse zorgorganisaties zelf verantwoordelijk voor hun eigen vastgoed. Daarom staat het investeren in zorglocaties in Nederland nog in de kinderschoenen. Maar in de ons omringende landen als het Verenigd Koninkrijk (UK), België en Duitsland is zorgvastgoed anders georganiseerd. Buitenlandse investeerders zien veel pluspunten als ze naar de Nederlandse zorgvastgoedmarkt kijken. Pluspunten zijn dat de Nederlandse instellingen tegen de economische trend in de solvabiliteit en het eigen vermogen groeien.

Voor financiering van zorgvastgoed heeft de zorgsector maar een beperkte keuze van een aantal Nederlandse banken die ook met enige regelmaat consortia vormen bij forse investeringen. Private investeerders en institutionele beleggers hebben wel meer belangstelling voor zorgvastgoed maar zijn relatief nog onbekend met investeringen in zorgvastgoed in Nederland. Zorginstellingen nemen steeds vaker het initiatief om een creditrating aan te vragen, op zoek naar vreemd vermogen.

Als lectoraat Maatschappelijk Vastgoed zoeken we dan ook naar de verbinding tussen onderzoek, praktijk en opleiding. Dit gebeurt ook op verschillende zorgvastgoed vraagstukken met onder andere twee innovatiewerkplaatsen in samenwerking met partners uit het werkveld en het Centre of Expertise Healthy Ageing (CoE HA). Het CoE HA stimuleert publiek-private samenwerking in Noord-Nederland in de vorm van innovatiewerkplaatsen. Het zijn proeftuinen waarin onderzoekers, docenten, studenten, bedrijven en zorg- en welzijnsinstellingen gezamenlijk oplossingen vinden voor problemen die men in de zorg tegenkomt op het gebied van gezond opgroeien en gezond ouder worden.

In het debat over de Nationale Wetenschapsagenda gaat het met name over hoe kennis met elkaar gedeeld kan worden. Daar willen wij ook actief een bijdrage aan leveren. Zorginstellingen begrijpen dat onderzoek en ontwikkeling van wezenlijk belang zijn om in tijden van onzekerheid naar nieuwe wegen en oplossingen uit te zien. Er is behoefte aan

innovatie en niet aan oude oplossingen. Professionals die zich bezig houden met maatschappelijk vastgoed moeten kunnen beschikken over de ontwikkelde kennis van het lectoraat. Om deze kennis te verspreiden hebben wij als lectoraat de afgelopen jaren die kennis gedeeld via verschillende kanalen als artikelen in de landelijke pers, wetenschappelijke en professionele publicaties (periode 2014-2015: 62 maal), presentaties en bijdragen van onderzoeksresultaten in lezingen en (expert)meetings (periode 2014-2015: 34 maal) en bachelor- en master afstudeerverslagen over maatschappelijk vastgoed (2011-2015: 129; 43% van het totaal aantal afgestudeerden van de Hanzehogeschool Groningen).

Bijzondere dank gaat uit naar alle auteurs van dit boek die een bijzondere bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming hiervan. Door het actief uitdragen van nieuwe inzichten willen wij bevorderen dat belanghebbenden bekend worden met de issues die op dit moment actueel zijn en op de langere termijn verwacht worden.

Ik wens u veel genoegen toe de kennis in deze uitgave en wij staan altijd open voor nieuwe inzichten!

Jan Veuger
Groningen, september 2015



share your talent. move the world.

Inhoudsopgave

DEEL I	Ontwikkelingen in Zorgvastgoed	9
Risico's zorgvastgoed van corporaties onder de loep		11
Themaonderzoek Zorgvastgoed <i>Autoriteit Woningcorporaties</i>		
Leegstandsrisico van verzorgingstehuizen		19
Een reactie op onderzoek van het Kadaster en CFV <i>mr. drs.R. (Rogier) Goes</i> <i>Adviseur Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen - Zorg</i>		
Woonmonitor 2015: onbekend maakt onbemind		23
Senioren nog onbekend met nieuw en divers woonaanbod <i>drs. D.A. (Daniële) Harkes en drs. Y. (Yvonne) Witter</i> <i>Manager en adviseur Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-zorg</i>		
Steeds strategischer omgang met zorgvastgoed		31
Tactisch-operationele uitwerking blijft lastig <i>Drs. E. (Ellen) Olde Bijvank MRE en R. (Rob) van Oostveen</i> <i>Resp. Adviseur Sterk in vastgoed, zorg en welzijn en Vastgoed- en organisatieadviseur</i>		
Changing Perspectives on Building and Ageing		39
An international look <i>M. (Monique) Wijnties</i> <i>Adviseur en conceptontwikkelaar in wonen en zorg</i>		
Sterke roep om differentiatie		47
Vastgoedcongres ZorgVastgoed België 2015 <i>T. (Tim) Janssens</i> <i>Journalist</i>		
Maatschappelijk verantwoord ontwikkelen		51
Aanleiding voor vastgoed-conceptontwikkeling <i>P. (Patrick) Pop MSc</i> <i>Projectmanager DDOCK</i>		
Een vergelijking met de Engelse zorgvastgoedmarkt		67
Beleggers bieden mogelijkheden voor zorginstellingen <i>J. (Jeroen) Hermus MA MRICS RT</i> <i>Senior Consultant (Healthcare) at CBRE Nederland</i>		

DEEL II	Waardering en financiering van Zorgvastgoed	73
	Waardering zorgvastgoed	75
	Taxatieveleer Vastgoed 2	
	<i>J. (Jeroen) Hermus MA MRICS RT en dr.ing. J. (Jan) Veuger MRE FRICS</i>	
	<i>Resp. Senior Consultant (Healthcare) at CBRE Nederland en lector Maatschappelijk Vastgoed</i>	
	Estimating the market value	97
	Intramural real estate assets in the care	
	<i>R. (Rob) Röttscheid MFP and L.J.W. (Luuk) Willems MSc</i>	
	<i>Partner at Finance Ideas and Consultant at Finance Ideas</i>	
	Perspectief voor beleggen in zorgvastgoed	103
	Aanbevelingen voor het bevorderen van investment grade	
	<i>M. (Martin) van Elp MSc LLM</i>	
	<i>Senior onderzoeker Economisch Instituut voor de Bouw</i>	
	Financierbaarheid van zorgvastgoed	115
	Risico's nemen toe	
	<i>drs. D.J.(Derk Jan) Postema RT</i>	
	<i>sectorspecialist gezondheidszorg bij BNG Bank</i>	
	Beleggingen Cofinimmo in zorgvastgoed uitgebouwd	123
	Investeren in zorgvastgoed: bevestiging of bewuste keuze?	
	<i>mr. S. (Sébastien) Berden en W. (Wim) van de Velde</i>	
	<i>Resp. Head of Health Care Cofinimmo and Business Unit Manager Health Care Real Estate Benelux</i>	
	Zorgvastgoed internationaal volwassen beleggingsmarkt	129
	Internationale voorland inspiratiebron zorgorganisaties en beleggers	
	<i>drs. J. (Joost) de Baaij MRE</i>	
	<i>Senior analyst Strategy & Research at Syntrus Achmea Real Estate & Finance</i>	
	Stilte voor de storm met zorgvastgoed	135
	Alle hens aan dek!	
	<i>E. (Eric) Scheijgrond, G. (Guido) Anker RMT RT en G. (Geertje) Besier MSc</i>	
	<i>Associate Director Healthcare, senior vastgoedadviseur Healthcare en Vastgoedadviseur Healthcare, DTZ Zadelhoff</i>	
	Verbind de business case van vastgoed met die van zorg	143
	Met een integraal tarief financieel blijven sturen op zorgvastgoed	
	<i>ir. S.H.C. (Sake) van den Berg RTsc RMT MRICS RRV, K. (Karin) van Dijk MSc</i>	
	<i>en P. (Peter) Vlek MSc</i>	
	<i>RICS Registered Valuer en senior consultants Factor</i>	

DEEL III	Assetmanagement Zorgvastgoed	155
	Inspelen op veranderingen vereist strategisch sturen op ontwerp en beheer van zorgvastgoed	157
	Wie loopt zich warm?	
	<i>dr. J. (Johan) van der Zwart and dr. D.J. (Theo) van der Voordt</i>	
	<i>Resp. researcher organisation and architecture in healthcare, en universitair hoofddocent Corporate Real Estate Management, Faculteit Bouwkunde TU Delft en senior onderzoeker Delftse Center for People and Buildings</i>	
	Managen van aansprakelijkheid en dekkingsbehoeften	165
	Verticale integratie van asset en property management	
	<i>drs. B.Y. (Bob) Reidsma</i>	
	<i>Oud directeur asset management en country head voor Nederland bij Aberdeen Asset Management (Europa, Asia Pasific, Canada, Central- and South America, U.S. and UK).</i>	
	Nieuw leven voor het verzorgingshuis	171
	Transformeren van zorgvastgoed naar wonen loont	
	<i>drs. N. (Netty) van Triest</i>	
	<i>Senior projectleider Platform31</i>	
	Verantwoording	179
	Over de auteurs	181

Ongeveer driekwart van alle woningcorporaties bezit zorgvastgoed in de vorm van zorgcomplexen en/of aanleunwoningen. In totaal gaat het om 94.000 woongelegenheden in zorgcomplexen en circa 54.000 aanleunwoningen.

Autoriteit Woningcorporaties

Ook nieuwe concepten gebaseerd op een betaalbare huur en door bewoners zelf te betalen dienstenpakketten bieden perspectief.

Rogier Goes

Uit de Woonmonitor 2015 blijkt dat ouderen graag in hun eigen huis blijven wonen maar zeker wel nadenken over verhuizen. Als het lukt om meer variatie in woonvormen te realiseren en dit aanbod bekender te maken onder ouderen, is er meer beweging mogelijk..

Daniëlle Harkes en Yvonne Witter

Ook bij dit nieuwe woonzorgconcept geldt, de keuze om het All-inclusive of een variant erop binnen de zorgorganisatie te gaan aanbieden is één ding. Om zo hoog mogelijk rendement uit de onderneming te kunnen halen vraagt zorgvuldige uitwerking en integraliteit in benadering (vastgoed, dienstverlening én PR/organisatie).

Ellen Olde Bijvank en Rob van Oostveen

The ageing society is a global development and is a reason for some countries to change their policy on long-term care.

Monique Wijnties

De chronische zorgvragen, de stijgende vraag naar geestelijke gezondheidszorg, ondersteuning in de vertrouwde thuissituatie, de vermaatschappelijking van de zorg en de de-institutionalisering die ermee gepaard gaat...: het zijn belangrijke uitdagingen. We evolueren van traditionele institutionele financiering naar vraag-gestuurde systemen.

Minister Jo Vandeuren

Indien dit nieuwe beleid binnen de gezondheidszorg haalbaar is, dient een vertaalslag te worden gemaakt naar de ruimtelijke ontwikkelingen van anderhalve-lijns centra.

Patrick Pop

Doordat er steeds meer transacties en transparantie in de sector komen, zal de Nederlandse zorgvastgoed beleggingsmarkt de komende jaren uitgroeien tot een volwaardige beleggingscategorie.

Jeroen Hermus

DEEL I

Ontwikkelingen in Zorgvastgoed

Risico's zorgvastgoed van corporaties onder de loep

Themaonderzoek Zorgvastgoed

Autoriteit Woningcorporaties

In de zomer van 2014 is het Centraal Fonds Volkshuisvesting (CFV) gestart met een themaonderzoek naar corporaties met zorgvastgoed. Aanleiding hiervoor zijn de gewijzigde regels in de zorg die van invloed kunnen zijn op corporaties die zorgcomplexen verhuren aan zorginstellingen. Recente wijzigingen in de regels voor langdurige zorg kunnen het financiële risicoprofiel van woningcorporaties met zorgvastgoed namelijk beïnvloeden. Gelet op de taak van CFV om de financiële continuïteit van corporaties te bewaken, is het voor CFV essentieel om vast te stellen of de gewijzigde regels kunnen leiden tot continuïteitsproblemen bij corporaties.

De doelstelling van het CFV is om met dit themaonderzoek inzicht krijgen in de volgende vijf aspecten:

- Vaststellen welke corporaties zorgvastgoed exploiteren en in welke mate;
- Inventariseren of woningcorporaties een risico-inventarisatie hebben gedaan naar aanleiding van de vigerende en nieuwe wetgeving en zo ja, wat de uitkomsten van de inventarisatie zijn;
- Inzichtelijk krijgen welke beheersmaatregelen de corporaties nemen of hebben genomen;
- Inzichtelijk krijgen welke corporaties met zorgvastgoed financiële risico's lopen als gevolg van de veranderde wetgeving;
- Een inschatting maken wat de omvang is van de mogelijke verliezen die de toegelaten instellingen inmiddels hebben genomen of verwachten te nemen door de veranderde wetgeving.

Aanleiding

Door de veranderingen in de wet- en regelgeving voor de bekostiging van de langdurige zorg nemen de financiële risico's voor (intramurale) zorginstellingen toe. Woningcorporaties die zorgvastgoed verhuren aan dergelijke instellingen kunnen hierdoor direct of indirect financieel worden geraakt. Als financieel toezichthouder op woningcorporaties wil CFV:

- Dat woningcorporaties zich bewust zijn van deze financiële risico's en zelf maatregelen nemen op deze te beheren. Dit is in het belang van de betreffende corporaties, maar ook voor de hele sector. Via de solidariteit in het stelsel ondervinden alle corporaties nadeel indien een corporatie een beroep doet op saneringssteun.
- Corporaties traceren waarbij zorgvastgoed een risico kan vormen en/of gereede twijfel bestaat over voldoende risicobewustzijn en te nemen beheersmaatregelen. CFV gaat deze corporaties nader onderzoeken.

Opzet themaonderzoek

Het themaonderzoek zorgvastgoed omvat drie fasen met elk een eigen doel:

1. Het doel van de eerste fase is inventariseren welke corporaties zorgvastgoed exploiteren en in welke mate. Ook is in deze fase nagegaan in hoeverre woningcorporaties een risico-inventarisatie hebben opgesteld naar aanleiding van de veranderde wetgeving.
2. Het doel van de tweede fase is om voor corporaties met relatief voor zorgvastgoed inzichtelijk te krijgen:
 - a. Welk risico's deze corporaties signaleren als gevolg van de veranderende wetgeving voor de zorg;
 - b. Welke beheersmaatregelen nemen of hebben genomen;
 - c. Wat bij benadering de omvang is van de mogelijk verliezen die deze corporaties inmiddels hebben genomen in verband met de veranderende wetgeving;
 - d. Bij welke corporaties er aanleiding is om ze te selecteren voor de derde fase van het themaonderzoek.
3. In de derde fase van het onderzoek wordt een selectie van corporaties onderzocht voor wie CFV veracht dat het zorgvastgoed een potentieel risico is voor de continuïteit van de corporatie dan wel waar CFV meer diepgaand kennis wil nemen van de wijze waarop zij in hun managementcyclus de aandacht borgen voor risico's en beheersmaatregelen. Deze risicogerichte aanpak vormt een opmaat naar het structureel meenemen van de risico's van het zorgvastgoed in het continue toezicht van CFV

Dataverzameling en selectie

Voor de eerste en tweede fase hebben corporaties informatie aangeleverd via enquêtes die corporaties op de CFV-website konden invullen. De eerste inventariserende fase is in het najaar van 2014 uitgezet onder alle corporaties. Voor de tweede fase zijn 56 corporaties bevraagd in de periode november tot en met december 2014. De 56 corporaties die in de tweede fase zijn bevraagd, zijn geselecteerd op basis van het criterium dat zij:

- Tenminste 6% woongelegenheden in zorgcomplexen hebben én;
- Tenminste 6% van hun jaarhuur ontvangen uit zorgcomplexen.

Het criterium stelt zorgcomplexen centraal omdat de financiële risico's bij dit type zorgvastgoed groter zijn dan bij aanleunwoningen en wooncomplexen. Overigens is er binnen het themaonderzoek wel enige aandacht voor deze twee laatste typen.

Gesprekpartners

In het kader van dit themaonderzoek sprak CFV met corporaties Woonzorg en Woonfriesland. Daarnaast sprak CFV met de verenigingen van woningcorporaties Aedes, de brancheorganisatie voor Zorgondernemers Actiz, het Aedes-Actiz kenniscentrum Wonen-Zorg,

het Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW), het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), het ministerie van Binnenlandse Zaken en het aanjaagteam langer zelfstandig wonen. De belangrijkste gespreksonderwerpen waren:

- Ervaringen van de gesprekspartners met de gevolgen van de veranderende wetgeving in de zorg;
- Doelen en uitwerking van het themaonderzoek en de zienswijze van de gesprekspartners hierop;
- Uitkomsten van deze rapportages en de visie van de gesprekspartners hierop.

Definities

Tijdens het themaonderzoek zijn definities voor zorgvastgoed enigszins aangescherpt. Een eerste reden hiervoor vormden de vragen die corporaties over de definities stelden tijdens de eerste fase. De tweede reden is het besluit om in fase 2 niet alleen vragen te stellen over zorgcomplexen en aanleunwoningen maar ook over woonzorgcomplexen. Hieronder treft u de aangescherpte definities aan.

Zorgvastgoed:

Vastgoed waaronder zowel zorgcomplexen, aanleunwoningen en woonzorgcomplexen vallen.

Zorgcomplexen:

Complexen die de corporatie verhuurt aan zorgorganisaties die zijn toegelaten volgens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). De complexen dienen bovendien oorspronkelijk bedoeld te zijn voor intramurale zorg. Ze kunnen nu geheel of gedeeltelijk zijn geëtramuraliseerd (zelfstandige wooneenheden met scheiden wonen en zorg).

Zorgorganisaties zetten dit vastgoed in voor zorgverlening aan hun cliënten die er kort of langdurig verblijven (=wonen). De woongelegenheden binnen een complex kunnen zowel zelfstandig als onzelfstandige wooneenheden zijn. In het totaal aantal wooneenheden van een zorgcomplex dienen nabijgelegen aanleunwoningen te worden meegerekend, indien zij verhuurd zijn aan dezelfde zorgorganisatie die ook het zorgcomplex huurt.

Onder zorgcomplexen vallen bijvoorbeeld ook:

- Zorgcomplexen gehuurd door regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW) en gehandicaptenorganisatie.
- Twee of meer eengezinswoningen die zijn samengevoegd en voldoen aan bovenstaande definitie van zorgcomplex. Uitgangspunt hierbij is dat deze woningen niet zonder (grote) investeringen weer kunnen worden verhuurd.
- Zie volgende pagina

- Een complex waarbij (een deel van) de woongelegenheden rechtstreeks door de corporatie aan de individuele huurders worden verhuurd. Voorwaarde hierbij is wel dat het complex oorspronkelijk bedoeld was voor intramurale zorg en dat er binnen het complex zorg wordt verleend door een zorgorganisatie die is toegelaten volgens de Wet Toegelaten Zorginstellingen (WTZi).

Aanleunwoningen:

Woningen die gebouwd zijn in de directe buurt van een zorgcomplex met de mogelijkheid tot gebruik van de voorzieningen van dit zorgcomplex. Het betreft woningen waarvoor de verhuurbaarheid afhangt van de nabijheid van het zorgcomplex. Zie ook de definitie van zorgcomplex. Het gaat niet om woningen die de zorginstelling verhuurt.

Woonzorgcomplex:

Een groep woongelegenheden voor ouderen en mensen met een beperking die hier beschut kunnen wonen en zo nodig een begeleiding en ondersteuning krijgen. Dit wordt ook wel woonzorgcentrum of serviceflat genoemd. Van het begin af aan is in de woonzorgcomplexen de vergoeding voor wonen, zorg en service contractueel gescheiden. Er zijn veelal algemene voorzieningen en gemeenschappelijke ruimtes aanwezig, bijvoorbeeld receptie, commerciële ruimtes, recreatieruimte of tuin. Onder de woonzorgcomplexen vallen bijvoorbeeld ook de particuliere woonzorginitiatieven voor ouderen (Herbergiers) en Thomashuizen.

Overall beeld

Corporaties met zorgvastgoed kunnen door wijzigingen in het wet- en regelgeving voor de langdurige zorg te maken krijgen met hogere risico's rond dit vastgoed. De hogere risico's betreffen met name de (van oorsprong) intramurale zorgcomplexen die corporaties verhuren aan zorginstellingen die in deze complexen cliënten huisvestingen met een relatief lange zorgbehoefte. Dit wordt hieronder nader uitgewerkt. In mindere mate kunnen de risico's daarnaast toenemen bij:

- Aanleunwoningen;
- Woonzorgcomplexen waarin wonen en zorg geheel gescheiden zijn;
- Zorgcomplexen waarin cliënten met een zwaardere zorgbehoefte zijn gehuisvest.

De toename van de risico's bij de zorgcomplexen in het gevolg van veranderingen in wet- en regelgeving voor de zorg. Nieuwe cliënten met een relatief lage zorgbehoefte blijven langer zelfstandig wonen. Deze extramuralisering verlaagt op nationaal niveau en op korte termijn de

vraag naar intramurale zorg. Min of meer gelijktijdig krijgen zorginstellingen daarnaast te maken met prestatiebekortingen en met groeiende onzekerheid over inkomsten doordat een aantal voormalig AWBZ-taken is gedecentraliseerd naar gemeenten en zorgverzekeraars. Het is mogelijk dat individuele zorginstellingen hierdoor in de financiële problemen komen. Ter voorkoming van deze problemen kunnen ze inzetten op bezuinigingen en/ of het aantrekken van andere cliëntgroepen, zoals cliënten met een zwaardere zorgbehoefte, of extramurale cliënten die beschut willen wonen. De mogelijkheden hiertoe hangen mede af van de marktomstandigheden en (voor de zwaardere zorg) van de door het zorgkantoor afgegeven budgetten.

Voor de meeste extramurale cliënten geldt dat ze minder huur en vergoedingen voor bijkomende woonservices kunnen en willen afdragen, dan dat de zorginstelling voorheen ontving aan overheidsvergoedingen voor cliënten met een lichte zorgbehoefte. De Raad voor leefomgeving en infrastructuur (Rli) verwacht een groeiende vraag naar (extramurale) beschutte woonvormen. Met een overgang op andere cliëntgroepen kan nodeloze kapitaalvernietiging worden voorkomen.

Corporaties die zorgcomplexen verhuren aan zorginstellingen kunnen te maken krijgen met de dynamiek die de bezuinigingen in de intramurale zorg teweeg brengt. Zo kunnen corporaties worden geconfronteerd met:

- Faillissementen of andere financiële problemen van de hurende zorginstelling(en);
- Voortijdige opzegging of het niet verlengen van huurcontracten voor zorgcomplexen;
- Verzoeken tot verlagen van de huurprijs voor complexen of bijstellen van andere bepalingen uit het huurcontract, zoals verschuiving van het leegstandsrisico naar de corporatie;
- Noodzakelijke herontwikkeling van de complexen zodat deze geschikt worden voor andere zorgzwaarten dan wel particuliere verhuur.

in de meeste extreme situatie kan de bedrijfswaarde van één of meerdere complexen nagenoeg geheel verloren gaan en/ of kan de operationele kasstroom sterk krimpen. Dat kan lijden tot aantasting van het maatschappelijk gebonden vermogen en/ of liquiditeit van de betreffende corporatie. De mate waarin een corporaties in staat zijn verliezen op zorgcomplexen zelf op te vangen, verschilt sterk per individuele corporatie. In het algemeen zal dit gemakkelijker zijn naarmate de zorgcomplexen een kleiner deel vormen van de waarde van de totale vastgoedportefeuille en de kasstroom van de corporatie gezonder zijn. Bij een beperkt aantal corporaties kan de continuïteit onder druk komen.

Voor de corporatiesector als geheel lijkt het risico dat de zorgcomplexen en andere zorgvastgoedvormen beperkt. De belangrijkste reden hiervoor is dat de zorgcomplexen verdeeld zijn over een groot aantal verschillende corporaties en de meesten naast de zorgcomplexen ook nog veel ander bezit hebben. Voor aanleunwoningen en

woonzorgcomplexen geldt dat daarnaast dat zij minder gevoelig zijn voor de veranderingen in de langdurige zorg.

Bevindingen thema onderzoek

De eerste fase van het themaonderzoek was gericht op de inventarisatie van zorgvastgoed bij corporaties. Ongeveer driekwart van alle woningcorporaties bezit zorgvastgoed in de vorm van zorgcomplexen en/of aanleunwoningen. In totaal gaat het om 94.000 woonegelegenheden in zorgcomplexen en circa 54.000 aanleunwoningen. CFV schat in dat de volkshuisvestelijke exploitatiewaarde van het zorgvastgoed circa € 8,5 miljard bedraagt. Dat komt overeen met 7% van de totale volkshuisvestelijke exploitatiewaarde van de corporatiesector. Dit volgt uit een inventarisatie die het CFV eind 2014 deed. Deze inventarisatie was de eerste fase uit het themaonderzoek naar zorgvastgoed in de corporatiesector.

Omvang

177 corporaties bezitten zowel zorgcomplexen als aanleunwoningen. 88 corporaties bezitten alleen zorgcomplexen en 26 corporaties alleen aanleunwoningen. De gemiddelde volkshuisvestelijke exploitatie waarde van een woonegelegenheden in een zorgcomplex bedraagt € 64.000,- Dit is bijna € 15.000 meer dan de waarde die gemiddeld voor verhuureenheden in de sector geldt. Dit komt mede door de extra ruimte die dergelijke complexen bieden voor gemeenschappelijk gebruik van voorzieningen. De huurprijzen van verhuureenheden in zorgcomplexen liggen daardoor ook hoger dan de gemiddelde huren in de sector. In 2013 bedroeg de totale jaarhuur voor alle zorgcomplexen in bezit van corporaties € 712 miljoen.

Risicobeheer

De helft van de corporaties met zorgvastgoed gaf aan dat ze over een actuele risico-inventarisatie voor zorgvastgoed beschikken. Samen bezitten die corporaties circa 84% van de zorgcomplexen en 79% van de aanleunwoningen. De kwaliteit van deze risicoanalyses is in deze fase niet onderzocht. Risicoanalyses zijn vooral aanwezig bij corporaties waar de zorgcomplexen een groter deel van het totale bezit vormen. Risico's kunnen zich echter ook voordoen bij corporaties waar de zorgcomplexen slechts een klein deel van het totale bezit vormen. Ook voor hen is het belangrijk ook te hebben voor de risico's die de veranderingen in de zorgwetgeving kunnen brengen en maatregelen nemen om risico's te beheersen en te verzachten. Verliezen die instaan bij zorgvastgoed, gaan immers wel ten koste van het maatschappelijk gebonden vermogen bestemd is voor de volkshuisvesting.

In de tweede fase van het themaonderzoek zijn 56 corporaties geënquêteerd met elk tenminste 6% woonegelegenheden in zorgcomplexen en 6% jaarhuur uit zorgcomplexen. Deze fase is gericht op het verkrijgen van inzicht in risico's die corporaties zien en beheersmaatregelen die zij nemen. Veel van deze 56 corporaties geven aan dat ze voor het zorgvastgoed beschikken over een risicoanalyse en/ of maatregelen hebben genomen en/ of beleid hebben vastgesteld dan wel van plan zijn beleid te gaan formuleren. Ook is

zorgvastgoed bij tweederde van hen onderdeel van de informatie voor de reguliere managementcyclus.

Toch lijkt er bij een aantal van hen wel verbeteringen mogelijk op dit vlak. Bij meerdere corporaties blijkt het beleid en/ of de risicoanalyse voor het zorgvastgoed alleen vastgesteld door het bestuur, maar niet goedgekeurd door de raad van commissarissen. Ook blijkt er bij sommigen wel specifiek beleid voor zorgvastgoed te zijn geformuleerd, maar geen beleidsdoelen.

Bij éénderde van deze corporaties is zorgvastgoed verder geen onderwerp in de informatievoorzieningen voor de reguliere managementcyclus. Dit vergroot de kans dat zorgvastgoed te weinig of te laat onder de aandacht van het management komt.

Van de 56 corporaties uit de tweede fase van het themaonderzoek blijken er sinds 2012 slechts veertien, vanwege de veranderingen in de zorg, verlies te hebben genomen op hun zorgvastgoed. Voor deze veertien samen gaat het om ongeveer 9% extra afwaardering op de bedrijfswaarde van hun zorgcomplexen. De onderlinge verschillen zijn evenwel groot. De overige 42 corporaties namen nog geen extra verliezen in verband met veranderingen in de zorg. CFV gaat ervan uit dat er in de toekomst zog extra verliezen kunnen volgen. Door de veranderingen in de wet- en regelgeving voor de zorg is de dynamiek hoog en de toekomst onzeker. In hoeverre de waardering van het zorgvastgoed betrouwbaar is, is onbekend.

Aanbevelingen aan bestuurders en leden van de raad van toezicht

- Ken de ontwikkelingen in de wetgeving voor de zorg en de gevolgen voor u vastgoed. Wees u ervan bewust dat hierdoor een grotere dynamiek ontstaat binnen zowel de intramurale als de extramurale zorg.
- Ontwikkel een visie op de lokale/ regionale zorgmarkt en bepaal welke rol u wilt en kunt spelen op deze markt. Stem u rol en visie af met de gemeenten, zorginstellingen, zorgkantoren, borger van financiering en andere corporaties. Veranker de afspraken met de gemeente over het zorgvastgoed in de prestatieafspraken.
- Stel een risicoanalyse op voor uw zorgvastgoed.
- Vertaal uw visie op de lokale/ regionale zorgmarkt en de bevindingen uit uw risicoanalyse naar uw portefeuillemanagement (zowel op strategisch niveau als op complexniveau), naar uw liquiditeitsbegroting en vermogenspositie. Beperk de contractrisico's. ontwikkel een stresstest en fall back scenario's, waaronder voldoende ruimte in de operationele kasstroom.
- Zorg voor besluitvorming door het bestuur en raad van commissarissen. Zorg voor voldoende countervailing powers in dit besluitvormingsproces, bijvoorbeeld via externe validiteit.
- Veranker de voortgang op acties rond de gewijzigde zorgbeleidsdoelstellingen expliciet (via kpi's) in de planning- en controlecyclus.

- Ga zorgvuldig en kritisch om met de waardering van het zorgvastgoed. Een realistische en goed onderbouwde waardering van het zorgvastgoed is relevant.

Opvolging themaonderzoek zorgvastgoed in extern toezicht

Corporaties met relatief veel zorgvastgoed kennen een verhoogd risico ten aanzien van liquiditeit en solvabiliteit. De governance en het risicobeheer van deze corporaties dienen van uitstekende kwaliteit te zijn om de risico's te beheersen. CFV zal hier in 2015 extra aandacht aan besteden door een verdiepend onderzoek uit te voeren onder circa vijftien corporaties die naar verwachting het meeste risico lopen vanwege veranderingen in de zorg. Daarbij wordt getoetst of deze corporaties de risico's goed geanalyseerd hebben en toereikende maatregelen hebben getroffen. Afhankelijk van bevindingen in het toezicht kan dit leiden tot interventies. Bij de overige corporaties zal binnen het reguliere toezichtproces aandacht zijn voor de risico's van zorgvastgoed.

Centraal Fonds Volkshuisvesting (2015), Themaonderzoek Zorgvastgoed. Baarn: Centraal Fonds Volkshuisvesting.

Centraal Fonds Volkshuisvesting (2015),

http://www.cfv.nl/over_cfv/themas/themaonderzoek_zorgvastgoed

Leegstandsrisico van verzorgingshuizen

Een reactie op onderzoek van het Kadaster en CFV

Rogier Goes

Het Kadaster onderzocht waar verzorgingshuizen staan en wie de eigenaren zijn¹. Centraal Fonds Volkshuisvesting (CFV) beoordeelde het financiële risico hiervan voor de corporatiesector². In dit artikel reageert Rogier Goes en maakt een aanvullende berekening en analyse: in welke provincies zijn voor corporaties of zorgaanbieders de vastgoedrisico's het grootst?

Het onderwerp 'leegstand in verzorgingshuizen' kreeg de afgelopen periode veel aandacht. Niet iedereen doorzag direct de consequenties van het kabinetsbeleid, maar al snel volgde begin 2013 de eerste 'berekening' van Berenschot: voor 800³ van de ca. 2000 verzorgings- en verpleeghuizen dreigt sluiting. Inmiddels lijkt de (pers-)aandacht naar andere zaken uit te gaan. Voor de probleemhouders is het vraagstuk echter levensgroot: de corporatie- en zorgsector zijn allebei eigenaar van zorgcomplexen met een waarde van vele miljarden. CFV becijferde dat het voor corporaties om € 6 miljard gaat. Dankzij nader onderzoek van het Kadaster is nu zichtbaar waar die verzorgingshuizen staan en wie de eigenaren zijn. In dit artikel een korte reactie, maar ook een aanvullende berekening en analyse: voor welke eigenaar zullen in welke provincies de risico's het grootst zijn?

Aantallen opvallend

Opvallend eigenlijk hoe weinig we nog weten over dat zorgvastgoed. Het Kadaster heeft gegevens van de Kamer van Koophandel gebruikt om verzorgingshuizen te identificeren. Met de kanttekening dat mogelijk niet ieder verzorgingshuis daar is ingeschreven. Dat levert 1038 verzorgingshuizen op. Daarvan is 46% in handen van corporaties en 54% in eigendom van zorgaanbieders en overige vastgoedeigenaren. Kijken we op ZorgKaartNederland⁴ dan zijn er 2210 verpleeghuizen en verzorgingshuizen geregistreerd. Dat maakt ook meteen duidelijk; het is lastig om nog met de term 'verzorgingshuis' te werken omdat het (inmiddels) meestal ook een verpleeghuis is.

¹ Het artikel "Leegstand, herbestemming en verzorgingshuizen: een verkenning door de oogharen heen" door Lars Brugman (Kadaster Maatwerk & Advies) is opgenomen in: Veuger, J. (2014), Barometer Maatschappelijk Vastgoed: maatschappelijk verantwoord ondernemen. Lectoraat Maatschappelijk Vastgoed, Kenniscentrum NoorderRuimte, Hanzehogeschool Groningen. Assen: Van Gorcum.

² CFV, Themaonderzoek Zorgvastgoed, mei 2015

³ http://www.cfv.nl/media_dirs/18931/media_files_data/rapportage_zorgvastgoed_2015.pdf

⁴ Sindsdien overigens bijgesteld naar 600

⁴ <https://www.zorgkaartnederland.nl/verpleeghuis-en-verzorgingshuis>

Risico op individueel nivo anders

Van alle kanten wordt gewaarschuwd voor de risico's van zorgvastgoed. Het Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen, onder leiding van de Haagse oud-wethouder Marnix Norder, roept gemeenten op de dreigende leegstand van verzorgingshuizen niet langer als een ver-van-mijn-bedvraagstuk te beschouwen. "De hele vastgoedkant is nog onderbelicht, terwijl alle 1300 verzorgingshuizen in Nederland moeten sluiten. Dat zijn er gemiddeld drie per gemeente."⁵ In totaal blijken 265 corporaties te beschikken over zorgcomplexen. Het CFV nam daarom de corporatiesector al onder de loep en bekeek vervolgens nauwgezet de 56 corporaties met een bovengemiddelde hoeveelheid zorgvastgoed. Conclusie: voor de totale corporatiesector lijkt ('is' durft het CFV kennelijk niet aan) het risico beperkt, maar op individueel niveau kan dat anders uitpakken.

Leegstand groot

Het Kadaster becijfert dat mogelijk 3 miljoen m² in verzorgings- en verpleeghuizen leeg komt te staan. Dat is indrukwekkend: meer nog dan de totale winkelleegstand in Nederland. Maar er valt wel wat af te dingen op de aannames van de onderzoeker⁶. Door de gewijzigde indicatie-eisen hebben inderdaad minder mensen dan voorheen recht om AWBZ/Wlz-gefinancierd intramuraal te wonen. Dit is echter vooral theorie; veel ouderen verzilverden deze indicatie al niet meer. Ook is er natuurlijk nog de optie om op basis van "scheiden wonen zorg" in het (voormalige) verzorgingshuis te wonen. En tot slot is de kans groot dat de leegstand zich voordoet op de oudere locaties met vaak een beduidend lager woonoppervlakte dan de 57 m² waar nu mee is gerekend. Het leegstandscijfers van 3 miljoen m² zal dus waarschijnlijk iets lager uitpakken, maar het illustreert wel de impact van het vraagstuk.

Is oud en klein kansloos?

In de contacten met het Kadaster had het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg gevraagd om meer informatie over de verzorgingshuizen van corporaties en zorgaanbieders. Het is goed om te zien dat het Kadaster erin is geslaagd tot op provinciaal en zelfs COROP-gebied antwoord te geven over de grootte van de wooneenheden en de ouderdom van de gebouwen. Kadaster benut deze gegevens voor een conclusie over de kansen van herbestemming van het betreffende zorgvastgoed. Achterliggende gedachte is dat de combinatie van 'oud(er)' en 'kleine kamer' geen perspectief biedt voor herbestemming. Misschien ten onrechte. Het woondienstenconcept 'all inclusive', als alternatief voor het

⁵ Binnenlands Bestuur, 20-2-2015, <http://www.binnenlandsbestuur.nl/ruimte-en-milieu/nieuws/zorgvastgoed-te-duur-omvorming-loopt-spaak.9463585.lynkx>

⁶ Kadaster hanteert de benadering die de Raad voor de Leefomgeving en Infrastructuur (RLi) gebruikt voor de berekening van her te bestemmen aantal m² zorgvastgoed (de totale intramurale zorg). RLi gaat daarbij uit van een nog hoger gemiddeld aantal m² (60m²) op basis van cijfers van TNO (2009).

verzorgingshuis, blijkt namelijk juist succesvol bij vastgoed dat (praktisch) afgeschreven is⁷. Ook blijkt goedkope woonruimte, kwaliteit is dan minder van belang, gewild bij specifieke groepen woningzoekenden.

Grootste risico's

Door de gegevens van het Kadaster met elkaar te verbinden, slagen we erin nog meer zichtbaar te maken. In vijf provincies zijn er bovengemiddeld veel oude verzorgingshuizen én ook veel kleine wooneenheden. Dit zien we in Noord-Nederland (Drenthe, Friesland en Groningen). Deze verzorgingshuizen zijn vaak in bezit van corporaties. Het gaat om 140 verzorgingshuizen in een landsdeel dat ook nog volop te maken heeft met krimp. Sluiting is hier een reële dreiging en discussies hierover zijn volop gaande.

	corporaties	zorg	veel klein	veel groot	veel oud	veel jong	aantal	% totaal
Drenthe	49%		ja		ja		51	5
Friesland	65%		ja		ja		55	5
Groningen	68%		ja		ja		34	3
Limburg		67%	ja	ja	ja	ja		
Noord-Holland		56%	ja	ja	ja		113	11
							253	24

Tabel 1: Kenmerken verzorgingshuizen naar eigendomssituatie en provincie
(Bron: bewerking KCWZ o.b.v. gegevens Kadaster)

Ook in Noord-Holland is er de combinatie van oud zorgvastgoed en kleine kamers. Het gaat om een groot aantal verzorgingshuizen (113), maar mogelijk liggen hier meer kansen voor alternatieve invulling en transformatie. In Limburg (aantal: 67) valt op dat er veel ouder vastgoed is en ook veel kleine wooneenheden, maar anderzijds is er ook veel recente huisvesting en zijn er veel grote woningen.

Aanleiding voor nieuw onderzoek

De samenwerking van Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg en het Kadaster zorgde voor een beter inzicht in het eigendom van verzorgingshuizen. In Noord-Nederland worden in meerderheid corporaties geconfronteerd met oude complexen met kleine woonruimtes. In Noord-Holland gaat het om een groter aantal verzorgingshuizen, die in meerderheid in eigendom zijn van zorgorganisaties. Alternatieve bestemmingen, zoals studentenhuishuizing en bijzondere doelgroepen, lijken daar meer kans te hebben dan in Noord-Nederland. Ook nieuwe concepten gebaseerd op een betaalbare huur en door bewoners zelf te betalen

⁷ Experiment van Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, Platform31 en ActiZ;
<http://www.platform31.nl/publicaties/all-inclusive>

dienstenpakketten bieden perspectief. Dat roept de vraag op hoe het de komende jaren verder gaat met de 1038 verzorgingshuizen die het Kadaster becijferde. De verwachting is dat door de toename van het aantal kwetsbare ouderen uiteindelijk de vraag naar een beschermde woonomgeving weer toeneemt. Misschien aanleiding voor nieuw onderzoek?

Woonmonitor 2015: Onbekend maakt onbemind

Senioren nog onbekend met nieuw en divers woonaanbod

Daniëlle Harkes en Yvonne Witter

Nieuwe woonvormen voor ouderen zijn nog onbekend. Dat blijkt uit De Woonmonitor 2015¹, een landelijk onderzoek van Bureau Vijftig en het Actiz-Aedes Kenniscentrum Wonen-Zorg in samenwerking met vier woningcorporaties (Sité Wonen, Allee Wonen, Wonen Breburg en Laurentius) dat in maart 2015 werd gepresenteerd. Terwijl nieuwe woonmogelijkheden hard nodig zijn nu veel verzorgingshuizen sluiten en het overgrote deel van de ouderen en andere doelgroepen, zoals mensen met een psychiatrische problematiek, tot op hoge leeftijd zelfstandig blijft wonen.

Ouderen zijn honkvast en anticiperen niet op een mogelijke zorgbehoefte of vermindering van de mobiliteit in de toekomst, dat is het heersende beeld op dit moment. Ze blijven wonen in een huis dat te groot is of niet geschikt om zorg te ontvangen. Oude bomen moet je niet verplanten, is de uitdrukking. Is dat nu echt zo? Of zien senioren af van een verhuizing omdat het aanbod onvoldoende aansluit op hun vraag? En wat is die vraag dan? De Woonmonitor 2015 probeert meer te weten te komen over kennis, houding en gedrag van ouderen ten aanzien van hun eigen woonsituatie. In dit artikel komende de belangrijkste bevindingen aan de orde en geven we een beeld van de kansrijke alternatieve woonvormen.

Aanpak

De Woonmonitor 2015 brengt de woonsituatie en de woonwensen van 2500 ouderen in beeld. Ouderen is eigenlijk niet de juiste benaming want we hebben juist ook de groep 50-64 jarigen bevroegd. Bij die groep zijn mogelijk de trends van de toekomst al zichtbaar. Iets meer dan de helft van de onderzoeksgroep is jonger dan 65 jaar, een derde is tussen de 65 en 74 jaar uit en 13% is 75 jaar en ouder. Qua opleidingsniveau, inkomen en woonomgeving vormt de groep een representatieve afspiegeling van de ouderen in Nederland.

De deelnemers hebben een voorgestructureerde vragenlijst ingevuld via internet. In de resultaten is een uitsplitsing gemaakt naar verhuisgedrag. Een zeer kleine groep gaf aan net verhuisd te zijn, een iets grotere groep had een concrete verhuisswens en nog grotere groepen nauwelijks of niet. In de uitwerking van de resultaten hebben we getracht de verschillen tussen de groepen duidelijk te krijgen, met de kanttekening dat de groep net verhuisden wel erg klein is en daarmee niet representatief.

¹ <http://kcwz.nl/dossiers/woonvariaties/senioren-nog-onbekend-met-nieuw-en-divers-woonaanbod>



Foto 1: Seniorenwoningenwoningcorporatie

Gezond en tevreden

Het merendeel van de onderzochte ouderen voelt zich gezond. Bijna tweederde geeft dat aan. 12% voelt zich zelfs heel erg gezond. Ouderen van 75 jaar en ouder geven dat iets minder vaak aan (7% versus 12%). Zij drukken zich neutraler uit 'niet gezond, niet ongezond' (32% versus 26%). Opvallend is dat zij zich niet vaker ongezond voelen dan de jongere ouderen. Meer dan de helft van de 75-plussers woont alleen. Een trend die zich de komende jaren zal doorzetten. Volgens het CBS wonen in 2020 1 miljoen 65-plussers alleen.

Over hun woonsituatie zijn ouderen (zeer) tevreden. 90% geeft dat aan. Op de vraag naar de reden van die tevredenheid geven zij antwoorden als 'fijn huis', 'alles naar wens', 'woon naar mijn zin', 'groot genoeg', 'redelijk veel voorziening', 'openbaar vervoer op loopafstand', 'dichtbij uitvalswegen', 'alles gelijkvloers', en 'lekker rustig'. Kopers zijn vaker tevreden dan huurders (95% versus 84%).

Denken maar niet doen

Slechts een derde van de onderzochte ouderen wil nooit meer verhuizen. Er is een grote groep (57%) die aangeeft dat verhuizen nu niet aan de orde is maar misschien in de toekomst wel, 9% is zich aan het oriënteren en 4% is recentelijk verhuisd. Alleenstaanden en lager opgeleiden geven vaker aan niet meer te willen verhuizen dan mensen die samenwonen en mensen die hoger zijn opgeleid. De grootste verhuisbereidheid vinden we bij de groep van 50 tot 64-jarigen die nog thuiswonende kinderen heeft. Maar zelfs bij de ouderen die aangeven nooit meer te willen verhuizen, ziet 60% verhuizen als een optie met name als er zorg nodig is, voor partner of zichzelf of als de huisarts of specialist er op aandringen. In gedachten zijn ouderen dus niet zo honkvast. Als we naar het daadwerkelijke verhuizen kijken is dat veel meer het geval.

Betaalbaar en zelf kiezen

Wat zijn de redenen om te verhuizen? Ouderen die net verhuisd zijn geven vooral aan dat hun woning te groot werd of om een andere reden niet meer aan hun eisen voldeed. Ook bij de groep ouderen die overweegt te verhuizen is het kleiner gaan wonen de belangrijkste reden om te willen verhuizen. Betaalbaarheid is een belangrijk punt. Ongeveer de helft van de onderzochte ouderen betaalt nu gemiddeld 500 tot 750 euro voor hun woning, inclusief gas, water en licht. Bij een eventuele verhuizing willen ze ongeveer dezelfde woonlasten blijven betalen. Voor diensten aan huis is men bereid zo'n 100 euro per maand neer te leggen. Daarbij zijn de klusjesman, huishoudelijke hulp en glazenwasser het meest populair. Abonnementen zijn niet in trek. Ouderen willen per keer afrekenen en geen vaste verplichting aan gaan.

Onbekend maakt onbemind

Traditionele woonvormen zoals aanleunwoningen, seniorenwoningen, serviceflats en woonzorgcomplexen zijn het meest bekend. Ongeveer 70 - 80% van de respondenten kent deze woonvormen. De nieuwe varianten, zoals moderne hofjes (11%), mantelzorgwoningen (2%) en kangoeroewoningen (2%) kennen de respondenten nauwelijks. Van de mensen die de nieuwe woonvormen wel kennen, zou een groter deel daar wel willen wonen. Bekend lijkt dus meer bemind te maken. Of het werkt andersom en gaat het hier om ouderen die heel gericht op zoek zijn naar de nieuwe woonvormen. Opleidingsniveau is bepalend voor de kennis over woonvormen. Hoe hoger de opleiding, hoe meer bekend men is met nieuwe woonvormen. Ook leeftijd speelt een rol. Jongere ouderen zijn meer op de hoogte van woonvormen dan ouderen boven de 75 jaar.

Er wordt door de meeste ouderen traditioneel gezocht en hun kennis over de mogelijkheden is dat ook. Een groot deel van de mensen zoekt via de woningcorporatie. Bij kopers is Funda populair. Slechts 4% raadpleegt de gemeente. Een kwart van de respondenten vindt niet de informatie die zij zoekt. Wat betreft het vinden van informatie geeft een groot deel (drie kwart) aan dat zij een overzichtelijke website willen.

Tabel 1: bekendheid woonvorm

Wanted: Betaalbare woningen en



informatie

Uit de Woonmonitor 2015 blijkt dat er behoefte is aan betaalbare woningen, aan meer keuzemogelijkheden en aan meer kennis over het aanbod. Er gebeurt gelukkig al veel. Er zijn bewustwordingscampagnes in gemeenten, speciale seniorenmakelaars en andere projecten om de doorstroming te bevorderen. Ook neemt de variatie in woonvormen langzamerhand toe. We geven een aantal voorbeelden.

In verschillende gemeenten zijn er bewustwordingscampagnes om senioren te informeren over het aanpassen van hun woning. In de Foodvalley (de gemeenten Ede, Nijkerk, Veenendaal, Wageningen, Renswoude, Scherpenzeel, Rhenen) is een campagne Woonbewust² aan de gang. Op de bijbehorende website staan veel bruikbare tips over het huis verbouwen en gezond en veilig wonen. Heel handig en bruikbaar ook als je niet in één van deze gemeenten woont. 'Lang zult u wonen'³ is een campagne die in zo goed als alle Overijsselse gemeenten loopt. Het gaat erom om inwoners te informeren over het aanpassen van de eigen woning. Hoe kun je die veiliger maken met meer comfort?

Corporatie Vidomes heeft al vier jaar een seniorenmakelaar⁴ in dienst. Zij helpt senioren met nadenken over hun toekomstig wonen. Op deze manier kunnen minder zelfredzame ouderen op gang geholpen worden om schaarse grote woningen vrij te maken. Ook andere corporaties, soms ook samen met de gemeente, werken met woonconsulenten of seniorenmakelaars.

Woningcorporatie De Alliantie is begonnen met het project 'Wonen op maat'⁵ met als doel om de doorstroming voor ouderen te bevorderen. Senioren kunnen vanuit hun eengezinswoning verhuizen naar een appartement in hun eigen buurt. Zij krijgen een vergoeding van €2.500. Het is een samenwerkingsproject met de zorgaanbieders en gemeente.. Ook Kleurrijk Wonen heeft een doorstroom-project.

In het kader van het Kennis- en experimentenprogramma 'Langer thuis' van Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, MOVISIE en Platform31 is de praktijkhandreiking Senioren in beweging⁶ uitgebracht met ervaringen en praktijkvoorbeelden hoe senioren te verleiden zijn om te verhuizen.

Hofjes en meer

Alternatieve woonvormen nemen een vlucht. Soms zijn het 'oude, vertrouwde woonvormen' in nieuwe jassen, zoals de hofjes van weleer. Initiatiefnemers van stichting Knarrenhof⁷ zijn bezig met het creëren van hofjes voor ouderen die hechten aan privacy, wooncomfort en zelfredzaamheid. En die invulling willen geven aan gemeenschappelijkheid en ontmoeting. De

² <http://www.woonbewustfoodvalley.nl/>

³ <http://www.langzultuwonen.nl/>

⁴ http://www.vidomes.nl/Klanten/huren/huurderinformatie/seniorenmakelaar/Pages/seniorenmakelaar.aspx#.VbD3tFlw_cs

⁵ <http://www.de-alliantie.nl/Woonopmaat/>

⁶ http://www.kcwz.nl/dossiers/wonen_zorg/handreiking-voor-de-doorstroming-van-senioren

⁷ <http://www.knarrenhof.nl/>

stichting is vier jaar actief en in zeven gemeenten met ruim 500 geïnteresseerden en honderden leden actief.

Ook krijgen sommige verzorgingshuizen een andere invulling. In Deventer wonen in verzorgingshuis Humanitas 160 ouderen samen met zes studenten die fungeren als ‘goede buur’. Ook zorgrobot Zora en ‘een medewerker van het gewone leven’ maken verschil en bieden bewoners een aangename woonplek.

Twee voormalige verzorgingshuizen in Arnhem zijn op initiatief van corporatie Volkshuisvesting Arnhem omgevormd tot ontmoetingsplek in de wijk waar gewoond en gewerkt wordt. Er worden leer-/werktrajecten aangeboden en activiteiten op het gebied van sport, gezondheid, kunst/cultuur en ontspanning. Er zijn woningen voor bijzondere doelgroepen (RIBW, pauzewoningen), etages met werkplekken voor (startende) ondernemers en ontmoetingsruimten waar huurders en wijkbewoners terecht kunnen voor wat drinken of een hapje eten. Het bewonersbedrijf runt het Bruishuis zoals één van de twee huizen heet. Bij het andere huis, Akker 71, speelt de corporatie een grote rol.

Het grootschalige verzorgingshuis Simeon en Anna van zorgorganisatie Laurens is bezig zich om te vormen naar een woongebouw voor mensen met een smalle beurs en een klein netwerk. Iedere bewoner is lid van een coöperatieve vereniging en levert een actieve bijdrage aan het welzijn van bewoners, aan het gebouw of woonomgeving. Deze ‘participatieafpraak’ is onderdeel van de huurovereenkomst. Een professionele ‘marktmeester’ coördineert deze afspraken. Er komt ook een speciale app om vraag en aanbod te matchen.

Maar er zijn ook nieuwe woonvormen, zoals het Thuishuis, een kleinschalige woonvorm voor alleenstaande ouderen die niet alleen willen wonen en/of (dreigen te) vereenzamen. Zes tot acht bewoners wonen samen, delen de keuken en de gemeenschappelijke ruimte en ondernemen met vrijwilligers activiteiten. Er zijn al een aantal Thuishuizen geopend, zoals in Amstelveen en Deurne en er lopen verschillende initiatieven, zoals in Harderwijk en Woerden. In Deurne zijn nog meer nieuwe woonprojecten te vinden: een drietal rijwoningen getransformeerd naar zes meergeneratiewoningen. Senioren wonen op de begane grond, starters op de verdieping. Beiden hebben hun eigen entree en behouden daarmee hun privacy. Woningbouwvereniging Bergopwaarts biedt hiermee kleine, betaalbare wooneenheden, waar toenemende behoefte aan is.

Woningstichting Lefier heeft 22 nieuwe mantelzorgwoningen gerealiseerd in Groningen. Sinds april 2014 zijn deze appartementen verhuurd aan mantelzorggevers en mantelzorgontvangers, die er zelfstandig maar nauw verbonden naast elkaar wonen.



Foto 2: Mantelzorgwoning Eindhoven

Zelf woonwensen realiseren

Ook burgers zelf nemen steeds vaker initiatieven om hun woonwensen te realiseren. Zo heeft de Meergeneratie Woongroep Nijmegen in 2009 het initiatief genomen om te komen tot een woongroep voor meerdere generaties. De provincie Gelderland en de gemeente Nijmegen hebben het initiatief omarmd en ondersteund. De corporaties Talis en WBVG hebben de groep begeleid⁸. In Zutphen is er een ander initiatief bezig: de Noabers⁹. Zij hebben het moeilijker gehad qua support en hun toevlucht moeten nemen tot een buitenlandse investeerder.

Ook zijn er inmiddels meer dan honderd zorgcoöperaties opgericht waarvan een aantal zich ook bezig houden met huisvesting. Zo is Austerlitz bezig met het bouwen van zorgwoningen en heeft zorgcoöperatie Hoogeloon twee zorgvilla's voor mensen met dementie laten bouwen. Verder zijn er ook ouder migranten die zelf woongemeenschappen realiseren. Er zijn nu zo'n 60 woongemeenschappen voor oudere migranten. Tevens zijn er talloze ouderinitiatieven, zoals woonvormen voor jongeren met autisme.

Wie pakt het op?

Er is dus behoefte aan andere en meer betaalbare woonmogelijkheden en meer kennis over de mogelijkheden. Voor mensen met een smalle beurs is het aanbod beperkt. Dat houdt doorstroming ook tegen. Senioren willen niet graag meer betalen als zij gaan verhuizen. Sommige corporaties bieden senioren die verhuizen een korting op de huur van het volgende huis. Senioren blijken wel bereid wat meer te betalen als de kwaliteit van de nieuwe woning optimaal is.

⁸ <http://www.kcwz.nl/dossiers/woonvariaties/meergeneratie-woongroep-van-baby-tot-behoorlijk-oud>

⁹ <http://www.kcwz.nl/expeditie-begonia/uitgelicht-woongemeenschap-de-noabers-doet-het-zelf>.

Gemeenten, corporaties, zorg- en welzijnsorganisaties, ouderenorganisaties, vrijwilligersorganisaties, kerken kunnen samen optrekken op het gebied van voorlichting. Dit gebeurt al wel zoals in de bewustwordingscampagnes maar nog te weinig. Op sommige plekken kijken partijen vooral naar elkaar. Terwijl het nodig is om mensen te laten nadenken over het ouder worden. Dan kunnen zij aangeven welk aanbod nog mist in een gemeente, zelf stappen ondernemen of besluiten voorlopig even niets te doen.

Deze partijen kunnen ook een rol spelen bij het realiseren van woonwensen van mensen zelf. Het vinden van een geschikte locatie is een grote belemmerende factor. Gemeenten en corporaties kunnen burgers ondersteunen. Oude schoolgebouwen kunnen dienen als ruimte voor woongemeenschappen. Gemeenten zijn vaak goed op de hoogte van regelingen en kunnen burgers informeren over wat wel en niet kan, ook omtrent brandveiligheid. Ook zouden zij flexibel kunnen omgaan met beperkende wet- en regelgeving en initiatieven verbinden met relevante organisaties. Zorgorganisaties helpen burgers als er sprake is van zorg, zoals bij zorgcoöperaties. Welzijnsorganisaties kennen doorgaans de buurt goed en kunnen initiatieven tijdelijk begeleiden, vrijwilligers werven en helpen bij groepsvorming. Burgers zelf kunnen initiatieven nemen om woonwensen te realiseren. Met elkaar en met professionals. Het kost flink wat tijd en inspanning maar als een woonproject eenmaal gerealiseerd is, is de tevredenheid vaak hoog. Niet iedereen heeft hier de tijd en ruimte voor of zin in. Maar als mensen het wel willen zou er meer stimulerende maatregelen genomen kunnen worden door de overheid of particuliere investeerders, zoals het verstrekken van startsubsidies en het bieden van begeleiding, bijvoorbeeld voor meer kwetsbare groepen.

Meer beweging mogelijk

Uit de Woonmonitor 2015 blijkt dat ouderen graag in hun eigen huis blijven wonen maar zeker wel nadenken over verhuizen. Als het lukt om meer variatie in woonvormen te realiseren en dit aanbod bekender te maken onder ouderen, is er meer beweging mogelijk. De meeste winst lijkt er te halen bij de jongere leeftijdsgroepen. Zij staan positiever tegenover nieuwe woonvormen en nemen ook vaker het initiatief om zelf iets te realiseren. Om die groep aan te spreken moet niet de behoefte aan zorg voorop gezet worden. Uit de verhalen in het boekje Villa Begonia waarin 18 ouderen vertellen over hun manier van wonen, blijken waarden als ontmoeting, actief zijn en iets betekenen veel belangrijker

Steeds strategischer omgang met zorgvastgoed

Tactisch-operationele uitwerking blijft lastig

Ellen Olde Bijvank en Rob van Oostveen

Zorgvastgoed staat, mede door toename van de risico's, hoog op de agenda bij bestuurders. Er is steeds meer aandacht om tot gefundeerde strategische keuzes te komen. Tot zover gaat het goed! Om de strategie echter te doen slagen zal deze op een consequente manier op zowel tactisch en operationeel niveau doorvertaald moeten worden. Zowel als het gaat om harde als de meer zachte bedrijfsvoeringsaspecten. Deze doorvertaling blijkt makkelijker gezegd dan gedaan. Met als risico: veel energie in het begintraject, echter een slap aftreksel richting uitvoering. Het gevolg laat zich (letterlijk) raden.

In de praktijk is onderscheid te maken in regulier vastgoed (denk aan woningen of kantoren) en ondernemingsspecifiek vastgoed (denk aan zorgvastgoed of bijvoorbeeld Schiphol). Het meest wezenlijke verschil is dat bij regulier vastgoedmanagement het in principe draait om een zo hoog mogelijk rendement te realiseren door middel van het vastgoed c.q. de vastgoedportefeuille zelf. Ondernemingsspecifiek vastgoed daarentegen wordt gezien als dienstbaar aan het primaire proces van de onderneming waar zij een onderdeel van uitmaakt. De organisatie is gefocust op een zo hoog mogelijk rendement te behalen uit de "core business" van de onderneming. Dit artikel beschrijft wat dat concreet in de praktijk betekent en wat er voor nodig is om meer integraal met het vastgoed om te gaan.

Vastgoed dienstbaar aan zorg of aan de klant?

Het bijzondere van ondernemingsspecifiek vastgoed in relatie tot zorgorganisaties is dat er in het primaire proces een directe relatie is met klanten:

- Klanten wonen dikwijls in of nabij de voorziening van de zorgorganisatie, waardoor het vastgoed en haar omgeving naast de mate van functionaliteit en aantrekkelijkheid vaak ook een sterke emotionele waarde vertegenwoordigt. Bij de vastgoedontwikkeling en keuzes dienen deze beleving en de (on)mogelijkheden van de klant dan ook een belangrijk vertrekpunt te zijn.
- De klant heeft er belang bij dat er mogelijkheden zijn om 24-uurs zorg te kunnen krijgen (dag en nacht). Hiervoor dient een zorgorganisatie de garantie te hebben van voldoende zorgafzet, zodat het mogelijk is deze zorg logistiek te organiseren en te financieren.

De huidige participatiemaatschappij vraagt mensen zolang en zoveel mogelijk zelfstandig te blijven functioneren, waarbij zorg uiteindelijk alleen op maat en naar behoefte van de klant wordt geleverd. Vanuit de klant beschouwd wordt de levering van zorg dan ook steeds meer dienstbaar aan het eigen primaire proces van de klant, de kwaliteit van leven.

Op het moment dat een klant in specifiek zorgvastgoed gehuisvest moet worden omdat het niet meer mogelijk is de gewenste zorg in de “normale” woning te leveren, vormen zorg en vastgoed vanuit de klant gezien gelijkwaardige delen van het totaalpakket aan diensten die geleverd worden.

Bij strategische keuzes meer rekening houden met dynamiek markt

Uit het onderzoek “Aan het stuur met zorgvastgoed” uit 2012 blijkt dat op strategisch niveau, bij het denken vanuit de klant, steeds meer het bewustzijn groeit dat het vastgoed een belangrijke rol speelt in de markt- en concurrentiepositie van de zorgorganisatie. De bestuurlijke aandacht voor rendement en marktpositie neemt toe, deze krijgt echter nog onvoldoende vertaling naar concrete doelen op strategisch, tactisch en operationeel niveau. Strategische keuzes blijken vaak vooral betrekking te hebben op de investering op complexniveau en nog in mindere mate op portefeuille- of organisatieniveau.

Ook is er nog een verbeterslag te maken als het gaat om de kwaliteit van de benodigde feiten en cijfers die nodig zijn voor het maken van de strategische keuzes. De meeste zorgorganisaties hebben inmiddels per zorglocatie goed overzicht in de bouwtechnische kwaliteit, m², huurprijzen en -afspraken, bezetting, lengte levensduur etc. Om afgewogen keuzes te kunnen maken is het bij de inventarisatie van gegevens per locatie ook wezenlijk meer in te zoomen op de lokale markt: wat is de belevingswaarde van de betreffende locatie (inclusief imago/levendigheid), is er op die locatie sprake van forse of beperkte concurrentie, welke potentie heeft de locatie om daadwerkelijk een wijk/dorpsfunctie te kunnen realiseren, zijn er herbestemmingsmogelijkheden etc. Pas als er een totaalbeeld ontstaat op deze aspecten binnen een portefeuille, is het mogelijk een reëel beeld te hebben van de toekomstbestendigheid van de diverse locaties en daarmee ontstaat een beter beeld van de reële bedrijfswaarde.

Tot slot spelen de huidige markt- en concurrentiepositie eveneens een belangrijke rol bij het opstellen van het strategisch vastgoedplan. Naast demografie en vraagontwikkeling is het belangrijk dat er ook goed zicht is op de aanbodkant, zowel kwantitatief als kwalitatief. Het goed in beeld brengen van het aanbod laat echter regelmatig nog te wensen over. Ook krijgen we, door gesprekken die we na het onderzoek hebben gehouden, de indruk dat veel vastgoedplannen een scope hebben van rond de vijf jaar. Exercities waarin daadwerkelijk over de verdere toekomst wordt nagedacht en welke gevolgen maatschappelijke ontwikkelingen hebben voor het vastgoed over 15 a 25 jaar, zien we nog minder terug in bestaande vastgoedplannen. We concluderen dat zorgorganisaties steeds strategischer met hun vastgoed omgaan. De totstandkoming van strategische plannen kan wel effectiever.

Zorglocatiemanagement uitdrukkelijker betrekken bij vastgoedexploitatie

Opvallende conclusie uit het onderzoek is verder dat het locatiemanagement in de praktijk een behoorlijke invloed heeft op de strategische keuzes die worden gemaakt, maar dat locatiemanagement tijdens de tactische uitvoering van beheertaken veel minder betrokken wordt en invloed heeft op de uitvoer. Het locatiemanagement is veelal verantwoordelijk voor de operatie in de markt, zoals de kwaliteit van de zorg, de omvang van de zorgproductie, de bezettingsgraad van het vastgoed en daarmee ook voor de verhuurbaarheid. De mogelijkheden om invloed uit te oefenen op het onderhoud van of additionele investeringen in het vastgoed blijken tot nu toe echter zeer beperkt en meebeslissen is al bijna helemaal niet aan de orde. Op de locaties is de aandacht voornamelijk gericht op de zorg en niet op het vastgoed.

Als het gaat om het aspect van financiën is er vanuit zorgorganisaties steeds meer aandacht voor het rendement denken. Alhoewel we ook zien dat er nog veel met uitsluitend een normatieve bedrijfswaarde wordt gerekend. Hiermee wordt wel een beeld verkregen van de totale waarde van al het vastgoed, maar wordt het rendement op complexniveau niet goed zichtbaar, terwijl de verschillen groot kunnen zijn. De vermogensrisico's worden dan niet of alleen ten dele inzichtelijk gemaakt.

Onderhoud vanuit techniek én de markt

Het uitvoeren van onderhoud dient twee verschillende doelen:

1. Het behalen van de beoogde technische levensduur die bij de investeringsafweging bepaald is en het zorgen voor de veiligheid van het gebouw en de installaties (liften, legionella, enz.);
2. Het veiligstellen van de marktpositie en de verhuurbaarheid.

Het eerste punt is een verantwoordelijkheid van de vastgoedafdeling. De vastgoedafdelingen bepalen vanuit techniek wat er aan onderhoud gepleegd moet worden. Meerjaren onderhoudsplannen blijken echter nog lang niet overal opgesteld.

Meerjaren onderhoudsplannen dienen te worden opgesteld aan de hand van een opname van de onderhoudsconditie van de elementen en op basis van een theoretische levensduur van het element in de onderhoudsplanning opgenomen. Lang niet alle elementen houden zich echter aan hun statistisch bepaalde levensduur. Een opname van wat er daadwerkelijk in het volgende jaar uitgevoerd moet worden is daarom altijd noodzakelijk om te voorkomen dat er onnodig geld wordt uitgegeven. Hier ligt de uitdaging vooral bij zorgorganisaties die al wel de beschikking hebben over een meerjarenonderhoudsplan.

Ook is het van belang dat de opname van de onderhoudsconditie objectief plaatsvindt en de persoonlijke mening van de inspecteur een zo minimaal mogelijke rol speelt in de vaststelling

van wat noodzakelijk is. Een conditiemeting volgens de NEN 2767 is bij uitstek het instrument om niet alleen objectief te meten, maar ook om ook aan de hand van de conditiescore bestuurlijke keuzes te kunnen maken over de conditie van de onderhoudstoestand. De tabel toont de kwalificatie van de scores.

Score	Omschrijving
1	Zeer goed (nieuwbouw)
2	Goed (vergelijkbaar met nieuwbouw, wel veroudering, geen onderhoudsschade of – behoefte)
3	Redelijk (geen nieuwbouw, beperkte onderhoudsschade en – behoefte)
4	Matig (duidelijke onderhoudsschade en –behoefte)
5	Slecht (grote onderhoudsschade en-behoefte)
6	Zeer slecht (grote onderhoudsschade, vervangen is noodzakelijk)

Tabel 1: Scoretabel conditiemeting NEN 2767

Bij woningcorporaties wordt over het algemeen op een gemiddelde score van rond de 3 gestuurd. Behalve in de laatste jaren voorafgaand aan sloop of grootschalige renovatie, dan zakt de score naar 4 of 5.

Het tweede punt, waarbij het vooral gaat om het veiligstellen van de marktpositie en de verhuurbaarheid van het vastgoed, is vooral de verantwoordelijkheid van het locatiemanagement. Deze verantwoordelijk is groot. Het gaat immers niet alleen om de verantwoordelijkheid voor de aantrekkelijkheid van het gebouw, de entree, de algemene ruimten en de wooneenheden die medebepalend zijn in de verhuurbaarheid en de gewildheid van het product in de markt. Om een hoge bezettingsgraad te kunnen behouden zijn de mate van gastvrijheid en levendigheid die in het gebouw plaatsvindt van minstens zo groot belang. Misschien ligt hier nog wel meer de sleutel tot het succes van een goede verhuurbaarheid in de markt?

Geconcludeerd kan worden dat er bij zorgvastgoed veel komt kijken en dat het belang toeneemt integraal naar het zorgvastgoed te gaan kijken en hierop ook te gaan sturen, waarbij een visie op vastgoed zeker een periode van 15 tot 25 jaar moet beslaan. Hoofdconclusie uit het eerder aangehaalde onderzoek is dat zorgorganisaties al een behoorlijke slag maken als het gaat om het verzamelen en analyseren van gegevens. De uitdaging is nu om deze informatie om te zetten naar daadwerkelijke sturingsinformatie en op deze wijze de diverse actoren ook medeverantwoordelijk te maken voor een ondernemend en verantwoord vastgoedbeleid.

Nieuwste uitdaging: alternatieven vinden voor de (dreigende) leegstand

Dit artikel is tot nu toe vooral ingegaan op nut en noodzaak van integraal vastgoedbeheer en dat vastgoed ondersteunend moet zijn aan het primair proces. Door de extramuralisering krijgen zorgorganisaties er echter nog een geheel nieuw vraagstuk bij. Mensen met een lage zorgzwaarte komen niet meer in aanmerking voor een verblijfsindicatie in de zorginstelling. Hoe gaan zorgorganisaties om met de leegkomende zorgappartementen? Kunnen zorgpanden worden herontwikkeld en een nieuwe bestemming krijgen of is het mogelijk de leegkomende zorgstudio's rechtstreeks aan particulieren te verhuren? In beide situaties vraagt het van zorgorganisaties ondernemerschap en op zoek te gaan naar kansrijke oplossingen.

All-inclusive, nieuw en betaalbaar woonserviceproduct in de verzorgingshuizen

In 2014 hebben 12 koplopers hun ervaringen gedeeld in de pilot 'All-inclusive' en is onderzoek naar 11 concrete cases gedaan. Dit onderzoek leverde nieuwe inzichten op. Het experiment 'All-inclusive' heeft de mogelijkheden verkend om verzorgingshuiscapaciteit om te kunnen zetten naar een aanbod van verzorgd wonen op de particuliere markt.

Uit onderzoek onder de koplopers komt naar voren dat dat het feitelijk niet gaat om één concept. In de praktijk doen zich variaties voor. Er zijn varianten die 100% voldoen aan het idee van All-inclusive. Deze woonvorm lijkt het meest op die van het traditionele verzorgingshuis, alleen betaalt de klant nu zelf voor zijn huisvesting en diensten. Bij deze woon-/zorgvorm All-inclusive wordt een redelijk compleet pakket van diensten verplicht afgenomen. Toch zijn ook daar grote verschillen van wat er precies in een pakket zit, zowel qua inhoud als qua prijsstelling. Bij het ene pakket zit de broodmaaltijd er wel standaard in, terwijl bij een ander pakket juist wordt gekozen om bijvoorbeeld de schoonmaak van het individuele appartement als verplicht onderdeel op te nemen. De laagste prijs van het totaalpakket komt uit op 744,-- en de hoogste op 1189,--, dit is inclusief de huur van het appartement en servicekosten. Uit de evaluatie van het experiment blijkt dat deze pakketten over het algemeen betaalbaar zijn voor mensen met alleen een AOW, al dan niet met klein pensioen.

Andere zorgorganisaties bieden daarentegen niet één totaalpakket aan, maar geven huurders de mogelijkheid om te kiezen tussen diverse pakketten en/of bieden huurders juist volledige keuzevrijheid om diensten (facultatief) af te nemen. Welke woonzorg het ook betreft, het experiment laat zien dat er wel degelijk behoefte blijft aan wonen met zorgvormen die lijken op die van het oorspronkelijke verzorgingshuis. In ieder geval als het gaat om de komende tien jaar, waarbij het wel de verwachting is dat de pure variant van All-inclusive met afnameverplichting van één pakket na 10 jaar steeds minder vanzelfsprekend wordt. Klanten willen toch kunnen kiezen.

Ondernemerschap binnen de verzorgingshuizen

Zorgorganisaties staan voor tal van keuzes. Naast de samen te stellen dienstenpakket(ten), kan rechtstreekse verhuur ook gevolgen hebben voor het vastgoed. Scheiden van wonen en zorg betekent dat cliënten huur betalen voor hun woonruimte en zelf verantwoordelijk zijn voor hun huishouden. Dit kan wellicht nieuwe eisen stellen aan de woning. Appartementen binnen het verzorgingshuis beschikken immers niet altijd over de standaardvoorzieningen die in reguliere woningen aanwezig zijn. Denk bijvoorbeeld aan kookegelegenheid, eigen water-, gas- of elektriciteitsmeter, eigen CAI of internet aansluiting en een wasmachine aansluiting. Het blijkt echter niet altijd nodig om het verzorgingshuis helemaal aan te passen voordat tot zelfstandige verhuring overgegaan kan worden. Verbouw zo min mogelijk en maak geen hoge kosten zonder zekerheid van terugverdienen.

Relatief nieuw is het belang van de PR en communicatie om zoveel mogelijk appartementen verhuurd te krijgen en dat klanten bereid zijn te betalen voor de variaties aan diensten. Bij het actief verhuren van appartementen staat feitelijk niet zozeer de verhuring op zich centraal, maar gaat het meer om het verkopen van 'een beleving'. Facilitaire of vastgoedafdelingen zijn bij grootschalige verhuur sterk afhankelijk van de mate van ondernemerschap op de locatie. Om het nieuwe woonzorgconcept tot een succes te maken is de betrokkenheid van verschillende disciplines dan ook noodzakelijk.

Nieuw woonzorgproduct, groot veranderkundig traject

Door het aanbieden van huisvesting als onderdeel van het pakket All-inclusive, komt er voor menig zorgorganisatie een nieuwe taak bij; het verhuren van appartementen. Bij verhuur komt veel kijken: huurbeleid, huuradministratie, dagelijks plus planmatig onderhoud, mutatieproces richting de huurders. Om de eerste verhuring mogelijk te maken, moet het verhuurproces goed in beeld zijn gebracht en taken duidelijk zijn verdeeld. Bij deze evaluatie blijkt dat de taken rond verhuur zich over het algemeen op een logische manier laten organiseren. Opvallend is echter dat vooral het klantmutatieproces richting de huurders op verschillende manieren wordt vormgegeven. Op hoofdlijnen zijn er vier verschillende varianten te onderscheiden. De varianten onderscheiden zich vooral wat betreft wie leidend is richting het contact met de huurder: 1. Interne vastgoed-/verhuurafdeling van de zorgorganisatie 2. Centraal contactcentrum 3. De zorglocatie of de corporatie.

Onder de eerder genoemde koplopers bestaat een groot besef dat men nog voor een grote opgave staat om hun organisatie volledig geschikt te maken om de nieuwe woonzorgconcepten geheel tot wasdom te brengen. Elk van de koplopers is op zijn eigen manier bezig om aan deze verandering een vervolg te geven. De aanlegroute is per zorgorganisatie verschillend en de een is al wat verder dan de andere. Zaken die aandacht vragen zijn:

(1) flexibeler inzet en scholing van personeel, (2) reorganisatie van facilitaire werkzaamheden en andere ondersteunende diensten en (3) aanpassing van systemen (naar het voorbeeld van een hotelafrekeningsysteem) en niet in de laatste plaats marketing en communicatie!

Ook bij dit nieuwe woonzorgconcept geldt, de keuze om het All-inclusive of een variant erop binnen de zorgorganisatie te gaan aanbieden is één ding. Om zo hoog mogelijk rendement uit de onderneming te kunnen halen vraagt zorgvuldige uitwerking en integraliteit in benadering (vastgoed, dienstverlening én PR/organisatie).

Bronnen

- Duivenvoorden, A. en N. van Triest (2015), *Transformatie zorgvastgoed, tien praktijkvoorbeelden*. Den Haag: Platform31.
- Olde Bijvank, E., G. Grosman en R. Oostveen (2012), *Aan het stuur met zorgvastgoed, Vastgoedrisicoscan biedt inzicht en uitkomst*. Quintis.
- Olde Bijvank, E. (2015), *All-inclusive, een nieuw en betaalbaar woonserviceproduct in de verzorgingshuizen i.o.v. Platform31*. Utrecht: Actiz en Actiz Aedes Kenniscentrum Wonen Zorg.

Changing Perspectives on Building and Ageing

An international look

Monique Wijnties

The policy on long-term care in the Netherlands has changed and therefore long-term care itself is changing fundamentally. The reason for this change of policy is the growing number of older people in relation to young(er) people. The ageing society is a global development and is a reason for some countries to change their policy on long-term care. In this article we look at the UK. Also we introduce an inspiring example from Japan. Like the Netherlands the UK is currently undergoing a major policy change in long-term care. As the ageing society is the reason for the change we will focus on care for the elderly though the changes in long-term care in the Netherlands effect the long-term care for people with disabilities as well. We focus on the implications of these changes for the building environment.

Non-residential setting is preferred

Both the UK and the Netherlands encourage people to stay out of a residential setting as long as possible. Often this is described as 'staying at home'. However, the policy is not meant to prevent the necessity to relocate. Most people move several times in their lives adapting to changing circumstances: study, work, starting a family etc, and becoming frail because of age is just one of those reasons. The aim is to maintain independent living, also financially. This 'to stay at home' policy is not new and both the UK and the Netherlands already show a variety of combinations of housing, services and care providing the majority of older people with a safe place to live and receive the care and services they need. Most people can live in a regular neighbourhood all their life and when necessary receive care and (welfare) services at home. Or people move. From a building perspective mostly to some type of apartment building.

The schedule below presents the major housing types in the UK arranged by level of care and services and concentration of households or residents around care. When the variety within the type is bigger, the oval for this type is bigger in the direction in which the variety is wider. This is not related to the number of people living like this.

The concentration varies from living in separate houses in neighbourhoods via apartment buildings to bedrooms in a nursing home. The level of care and services varies from nothing via singular home care or some services to complex and multidisciplinary care. Only the two (most dense) types on the extreme right are residential. The difference in the maximum level of care is small, however there is a difference in the area sometimes being no more than a bedroom.

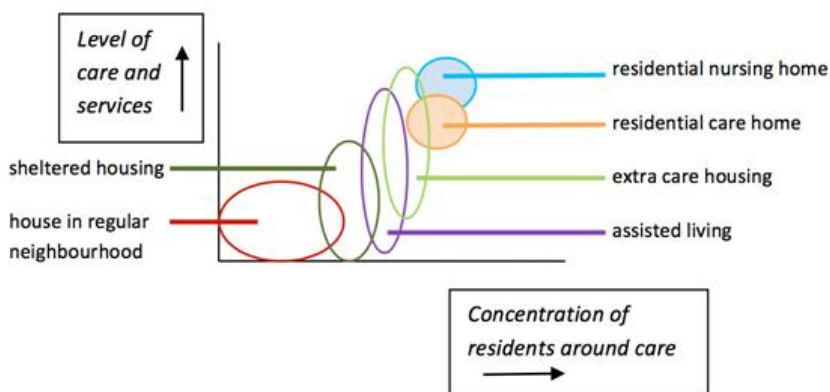


Figure 1: Models and housing types in the UK varying in level of care and services and concentration of residents/households around care.

Push or pull strategy

The UK is - among other changes - stimulating an alternative for residential care. For that reason the Department of Health launched a Care and Support Specialised Housing Fund (CASSHF) programme to develop extra care and assisted living schemes in two phases to boost the supported housing market. The first phase in 2013 was for Housing Associations. The second phase announced in spring 2015 aims to stimulate the private market and encourage private developers.

Unlike the UK the Netherlands is not stimulating the development of non-residential care. In fact a national subsidy for the extra investment needed to deliver care and services in sheltered housing ('*zorginfrastructuur*') was discontinued recently. The reason is that this is no longer a national responsibility as the policy change in elderly care is combined with a decentralization exercise. Municipalities are expected to be able to provide a more locally suited policy to maintain independent living.

The current policy in the Netherlands is now to decrease the use of residential facilities. Living in a low-care residential care home ('*verzorgingshuis*') has been gradually limited in the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) and is now fully excluded from the 2015 Long-term Care Act (Wlz) replacing the AWBZ. Therefore no new residents come in and these residential care homes are closing.

Fact is the UK is adopting a pull strategy whereas in the Netherlands the pull strategy has been stopped and replaced by a push strategy.

Concentration of people and services

Non-residential housing with care and services is, like residential care, often a large building or village development where a lot of residents live close to one another and close to the facilities. This way it is efficient to provide care and services and residents live at a short walking distance from all services and possible social contact with people in a similar situation. One could say the scale is chosen for reasons of logistics and mobility. However examples further on will show it takes more to suit and attract residents.

Suitable housing

When building suitable housing for frail and older people we should design for more than a changing mobility and also think of other needs caused by changes in vision or hearing or by cognitive impairment or dementia. Although these changes themselves are less visual people coping with them benefit hugely from a good design and adaptations in the (existing) building environment. Most (regulations on) housing for older persons focus on the changing physical condition (i.e. no stairs, enough room for a walker or wheelchair) and sometimes on what is necessary in a building to receive care either from a family member or a professional. Regulations rarely look at what is necessary for people with eye problems or (early stage) dementia to maintain living independently. Some examples are: a clear layout for good visual access, use of contrast and highlighting for independence and the correct lighting to compensate for ageing vision.

In the changing UK policy The Housing Standards Review is looking to consolidate several different guidelines and regulations into one piece of legislation and to create a national space standards for housing developments that are 'age friendly'. However, there is no sign yet that dementia or visual impairment is a major topic.

Variety: a key factor in successful non-residential housing and care

In the UK extra care housing is regarded by decision makers as cost-effective compared to care homes such as nursing homes. In extra care housing people have their own front door with 24-hour care and support available. Within the complex there is almost always a choice of rent, sale, lease or a mixture and the apartments vary in number of rooms, square meters and lay-out. Different schemes provide different levels of services which can be compulsory. Communal facilities for meeting and social activities are often provided. Mostly by locating the extra care housing close to a care home.

People opt into extra care homes with primarily positive expectations, particularly focused on the social aspects of living in the schemes. The mix of apartments, of options for rent or sale and of services is a way to enlarge the chance of a attractive mixture of residents. 'Without continuing to attract a wide range of residents, including those with few or no care and support needs as well as those with higher levels of need, extra care housing may become more like residential care and lose its distinctiveness.' (Netten, 2011)

Some examples in the UK and the Netherlands

The book 'Design for Aging' presents 26 attractive examples of building and programmes for elderly (care). Why were the UK and Netherlands schemes with low to medium care attractive to (potential) residents and for that reason described in this international publication? How could these schemes attract people to maintain living independently?

Belong Atherton (Wigan, the UK) is a village development with 26 one- and two-bedroom apartments for assisted living. Residents of these apartments are provided with a range of purchase or rental options, depending on their needs. Residents can also avail themselves of the care and support services available if they need to, but are in no way required to do so. The attached building houses six self-contained households of 12 residents each receiving nursing home care. Beyond that the village has several common facilities like a bistro served by a fully equipped catering kitchen, community rooms, a hair and beauty salon, an internet café, and a small shop. These are designed and fitted out as independent businesses. The independent apartments have their own entrance but have easy access to the community facilities of the hub.

Belong Atherton is attractive to the people in the village with its location in the town centre. With the combination of two types of housing (with and without care) and the communal facilities a natural mix of users from in- and outside the development will meet.

Heald Farm Court (Newton-le-Willows, the UK) is a development of 86 extra care apartments and three bungalows. The two-bedroom apartments and bungalows are all wheelchair accessible and suitable for individuals and couples alike. There are 10 different variations of two-bedroom apartment types from 61 square meters to 75 square meters with a variety of designs - some with balconies, terraces or gardens. Heald Farm Court includes a café, lounge, health and well-being centre and landscaped gardens. These facilities serve as a village hub for another 166 properties in the surrounding area, including new bungalows developed simultaneously on a site some distance away from Heald Farm Court. Heald Farm Court is the lively heart of a larger area. It has all the communal facilities one could wish for though there is no residential care facility to fall back on.

Weidevogelhof (Pijnacker, the Netherlands) is not a building, nor is it even a series of buildings. It is an entire neighbourhood with all the facilities one could wish for at any age cloaked in a strong design in a high-quality and mostly affordable-housing environment. Different types of welfare and care housing are scattered throughout the neighbourhood in different parts of the development. The place in which it is situated is desirable and has a promising future because it provides a heart for the larger newly developed suburb Keijzershof, something new suburbs lack.¹

¹ Examples from 'Design for Aging'

All these examples combine a concentration of residents with a variation in suitable housing and in care and therefore most likely will have a natural 'healthy' mix of residents who will meet others when using the facilities or at (welfare) activities.

The social perspective

The success and attractiveness for residents often lies in the social quality of a building or an area. Also the social quality is for many people in the UK a specific reason to move into extra care housing (Netten, 2011). Is it possible to develop an environment providing with a good social quality? And what can we do to increase the social opportunities in existing buildings and neighbourhoods?

First of all the built environment has to provide privacy. 'If mere contact with your neighbours threatens to entangle you in their private lives, or entangle them in yours, [...] the logical solution is absolutely to avoid friendliness or casual offers of help. (Jacobs, 1961)

Secondly regular 'light' social interactions outside in (semi-)public spaces in the neighbourhood will increase people's sense of belonging and that others would intervene on their behalf (a sense of security). Communal facilities in the neighbourhood will help to enlarge this public familiarity.

On top of that we have a need for social meaningful interaction with people who are like us (bonding) and with other people (bridging). These interactions are often longer, more frequently and can be more personal.

The first two can be provided by with good design and the presence of communal facilities like small shops. The last one is often seen as social activities for elderly people provided by welfare organisations. With the growing number of older people this could, like other aspects of the ageing society, be seen as a problem. It is possible to turn this around.

Ibasho: a place where ageing is valued

Ibasho is a Japanese term meaning a place where one feels a sense of belonging and purpose, and is accepted as oneself. The Ibasho organisation believes that the narrow interpretation of the ageing society being a problem overlooks the positive contribution elders can make to society. Making Ibasho can show this: to elders and others. The first Ibasho Café was developed in Japan. It was developed in Ofunato a town that was hit hard by the earthquake and following tsunami on March 11, 2011.

The first people involved in the Ibasho Café are elderly. However it is not a café for elderly run by a professional organisation. Elders take a leadership role - in development, planning, operations, management, finance etc. - sharing their knowledge and experience with each

other and with younger generations. Providing an informal gathering place where the larger community can come together.

Research shows people participating in Ibasho have a heightened self-efficacy, a deeper sense of belonging and developed a broader social network - within their own group (bonding) and outside that group (bridging). This indicates they have a better chance to receive information, assistance, and support, in emergencies as well as in everyday life. All it took was a place (donated by people in the community) and some support mostly at the start of the project.

Elders have helped to change the perception of the role of older people among members of the community (including themselves). Ibasho is showing us a perspective where ageing is valued. Rethinking the role, position and value for the wider community is a necessary part of the change in an ageing society. Building Ibasho might help older people in the UK and the Netherlands to stay at home and have a worthy and dignified life.

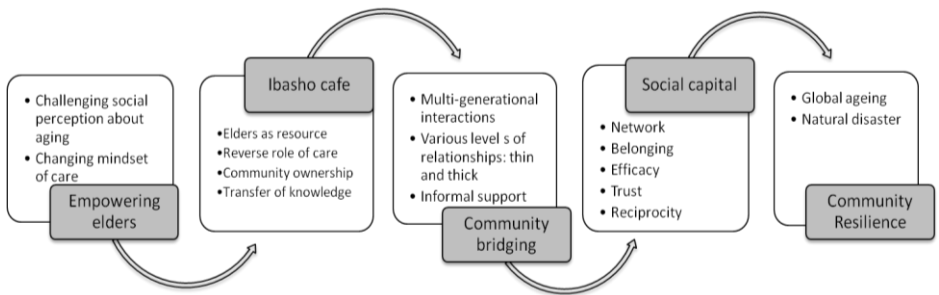


Figure 2: Theory of change for Ibasho projects

Bronnen

- Anderzhon, J., Hughes, D., Judd, S., Kiyota, E. en Wijnties, M. (2012), Design for Aging: international case studies of building and program. Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons.
- Council for the Environment and Infrastructure (2014), Advisory letter: Living independently for longer – a shared responsibility of the housing, health and welfare policy domain. The Hague: RLI. from en.rli.nl
- Jacobs, J. (1961), The Death and Life of Great American Cities. New York: Random House.
- Kiyota, E., Tanaka, Y., Arnold, M. and Aldrich, D. (2015), Elders leading the way to resilience. Washington, DC, USA: The World Bank. from: www.gfdrr.org
- Netten, A., Darton, R., Bäumker, T. and Callaghan, L. (2011), Improving housing with care choices for older people: an evaluation of extra care housing. Kent: Personal Social Research Unit (PSSRU), University of Kent and Housing LIN. from www.housinglin.org.uk
- Tinker, A., Ginn, J. and Ribe, E. (2013), Assisted Living Platform - The Long Term Care Revolution: A study of innovatory models to support older people with disabilities in the Netherlands. Housing Learning & Improvement Network. from www.housinglin.org.uk
- Department of Health Capital Funding Programme. Housing Learning & Improvement Network. from: <http://www.housinglin.org.uk/Topics/browse/HousingExtraCare/FundingExtraCareHousing/DHCapitalFundingProgramme/>

Sterke roep om differentiatie

Vastgoedcongres ZorgVastgoed België 2015

Tim Janssens

Het zorgvastgoedwezen is een sector in volle ontwikkeling. Op de derde editie van ZorgVastgoed België bleek dit eens te meer, al zijn er voor de vele betrokken spelers nog tal van uitdagingen te overwinnen. Wat deze uitdagingen zoal zijn, kwamen we op 11 juni te weten in de coulissen van Grand Café Horta in Antwerpen.

“U bent klaarblijkelijk nog talrijker opgekomen dan de voorbije jaren”, merkte moderator Stefaan Gielens (CEO Aedifica) op bij aanvang van het derde Belgische zorgvastgoedcongres. Een correcte vaststelling, want veel vrije zitjes waren er niet meer te bespeuren in de seminariezaal van Grand Café Horta. Zorgvastgoed zit dan ook al een tijdje in de lift. “In de EU hebben we het dan wel over een veel kleinere schaal dan in de VS, met een sterke nadruk op senior housing, maar hoe dan ook beweegt er wat. Het zorgvastgoedcongres is in die zin een ideale jaarlijkse afspraak om de laatste trends en evoluties gezamenlijk door te nemen”, gaf Gielen aan in zijn openingswoord.

Niet onze size fits all

De eerste spreker van de dag was Anja Declercq (LUCAS, KU Leuven), die vanuit haar optiek de innovaties op het vlak van zorgwonen schetste. Zij pleitte voor het in kaart brengen van ouderen en de zorg die ze willen of nodig hebben en voor het afstemmen van het zorgaanbod op deze gegevens. “Op dit moment voltrekken zich immers tal van verschuivingen en evoluties: van acute naar chronische zorg, van een curatief model naar een model met de nadruk op care en preventie, van taakgerichte zorg naar relatiegerichte zorg met een sterke sociale component... Er zijn lijnen te trekken, maar het is zeker geen verhaal van ‘one size fits all’”, concludeerde Declercq.

Dezelfde geluiden hoorden we in de gewaardeerde bijdrage van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen. Goed begrijpen wat de noden op het terrein zijn en inzicht krijgen in de evoluties binnen de (ouderen)zorgsector, dat is voor hem de voornaamste prioriteit. “We gaan naar een vorm van aangepast wonen voor allerhande geïnteresseerden en roepen initiatiefnemers dan ook op om creatief te zijn en innovatieve woonzorgmodellen te ontwikkelen. De chronische zorgvragen, de stijgende vraag naar geestelijke gezondheidszorg, ondersteuning in de vertrouwde thuissituatie, de vermaatschappelijking van de zorg en de de-institutionalisering die ermee gepaard gaat...: het zijn belangrijke uitdagingen die we momenteel volop aan het aanpakken zijn. We evolueren van traditionele institutionele financiering naar vraaggestuurde systemen. Kortom: voor wie wil innoveren, breekt een zeer interessante periode aan.”



Foto: Vlaams minister Jo Vandeuren

Gedifferentieerd of niet

Ook het financiële plaatje kwam aan bod op ZorgVastgoed België 2015. Renaat Van Der Stock, senior analist Belfius Bank, lichtte de financiën van de vzw-zorgsector in Vlaanderen door: “De sector is solvabel en voldoende rendabel om de continuïteit te verzekeren. Er is marge voor verdere investeringen. Maar uiteraard zijn er een aantal valkuilen. Het is opletten voor de hype die rond zorgvastgoed gecreëerd wordt, met mogelijke leegstand tot gevolg. Het is dan ook zoeken naar een rendabele, langdurige samenwerking tussen zorg en vastgoed.”

Na de pauze nam Frederick Pouders van Aldea ons mee op een virtuele toer naar Parkresidentie Wivina in Dilbeek, een klooster dat herbestemd wordt tot een complex met 65 assistentiewoningen, een woonzorgcentrum en een zorghotel voor kortverblijf. In een complex dat de herinnering aan het statige verleden levendig houdt, wordt de sociale functie van het gebouw maximaal gevrijwaard en ligt de focus op wonen tot zorg prominent wordt.

Herwig Teugels, directeur van Kenniscentrum Woonzorg Brussel, zoomde vervolgens in op woonvormen van de toekomst. Hij waarschuwde de aanwezigen vooral voor een te grote focus op dezelfde doelgroep. “Tussen nu en 2035 evolueren we naar een compleet andere realiteit. Momenteel worden er al te vaak grote, inwisselbare projecten gerealiseerd, hebben de uiteindelijke gebruikers en eventuele omwonenden weinig inspraak en is het aanbod te weinig gevarieerd. Er is dringend nood een differentiatie en diversificatie! We moeten oppassen voor een overaanbod, en aangezien een buurtgerichte benadering de toekomst is, moeten we verder streven naar een inclusieve, kleinschalige aanpak – wat overigens perfect kan samengaan met een grootschalig model. Zorgvastgoed zal gedifferentieerd zijn of zal niet zijn!”

Panelgesprek

Het inhoudelijke luik van ZorgVastgoed België werd afgesloten aan de hand van een leerrijk debat tussen Dominiek Beelen (CFO Senior Living Group), Ronald De Buck (afgevaardigd bestuurder Woon- en Zorgcentra De Foyer), Charles-Antoine Van Aelst (investment manager

Aedifica) en Herwig Teugels (directeur Kenniscentrum Woonzorg Brussel). Verspreid over drie thema's kregen ze van moderator Stefaan Gielen enkele pertinente vragen voorgelegd. Op de vraag of de overheid nog zou moeten investeren in (woon)zorggebouwen, kwam Dominiek Beelen met een genuanceerde repliek: "De WZC-markt is zeer rijp geworden, diverse privépartijen hebben bewezen dat je kwalitatieve zorg kan aanbieden zonder dat de overheid subsidieert in bakstenen. Anderzijds zitten we met een mogelijk overaanbod aan grootschalige projecten en kunnen subsidies voor privépartijen een belangrijke motivatie zijn om ook in kleinschalige, private projecten te stappen." Herwig Teugels voegde hier nog aan toe dat VIPA-subsidies zouden moeten blijven bestaan voor infrastructuur die op zich niet rendabel is, zoals een dienstencentrum dat niet gekoppeld is aan een woonzorggeheel.

Het tweede thema was het liberaliseren van de assistentiewoningenmarkt, een beslissing die door de panelleden niet bepaald als positief wordt geëvalueerd. "We moeten vaststellen dat veel projecten louter op vastgoed gericht zijn en daarnaast niet op cruciale aspecten als zorg, dienstverlening, integratie in de omgeving... De vrijmaking van de programmering heeft geleid tot een wildgroei van projecten en is zijn doel dus voorbijgeschoten", aldus Dominiek Beelen. "Ik verwacht drama's, vooral van zij die amper focussen op dienstverlening en enkel inzetten op het woonaspect", vulde Ronald De Buck aan. De laatste vraag die besproken werd, was of regulering de creativiteit en dus ook innovatie in de sector afremt. Herwig Teugels verwoordde het als volgt: "De overheid zal sneller overgaan tot deregulering als de (zorg)vastgoedsector kiest voor andere, innovatieve typologieën." Oftewel: innovatie en differentiatie zijn de toekomst, overduidelijk de rode draad doorheen deze boeiende namiddag.



Foto: impressie ZorgVastgoed België 2015 met minister Jo Vandeurzen

Maatschappelijk Verantwoord Ontwikkelen

Aanleiding voor vastgoed-conceptontwikkeling in de zorg

Patrick Pop

De zorg moet betaalbaar blijven. Dat is een van de grootste opgaven waar de zorgsector de komende jaren voor staat. De algemene uitgaven aan de gezondheidszorg zijn in Nederland de laatste jaren flink gestegen. In 5 jaar tijd zijn de totaal uitgaven aan welzijn en gezondheidszorg gestegen van 74,6 miljard euro naar 92,7 miljoen euro in 2012. Dit omhelst een stijging van circa 24%. Zodra de welzijnszorg buiten beschouwing wordt gelaten is er nog steeds een stijging van 22% zichtbaar in de uitgaven voor de gezondheidszorg: 43,3 miljard in 2007 naar 53,0 miljard in 2013. Opvallend is dat de stijging van de uitgaven aan de huisarts achterblijft bij deze algemene trend: een stijging van 9,0% ten opzichte van 2007. De grootste stijging is zichtbaar in de tweedelijns: ruim 28,0%.

Diverse nieuwe (zorg)vastgoedconcepten sluiten aan bij de ambitie om de stijging van zorguitgaven te drukken. In dit artikel wordt de aanleiding besproken voor (1) de ontwikkeling van (zorg)vastgoedconcepten voor ouderenzorg en (2) de opkomst van anderhalvelijnszorg.

Behoeftte aan passende (zorg)vastgoedconcepten voor ouderen

De vergrijzing neemt in Nederland de komende jaren flink toe: het aantal van 1,2 miljoen 75-plussers in 2014 zal naar verwachting oplopen tot 2,8 miljoen 75-plussers in 2060. De vergrijzende bevolking heeft een veranderende vraag naar woonzorgvastgoed tot gevolg.

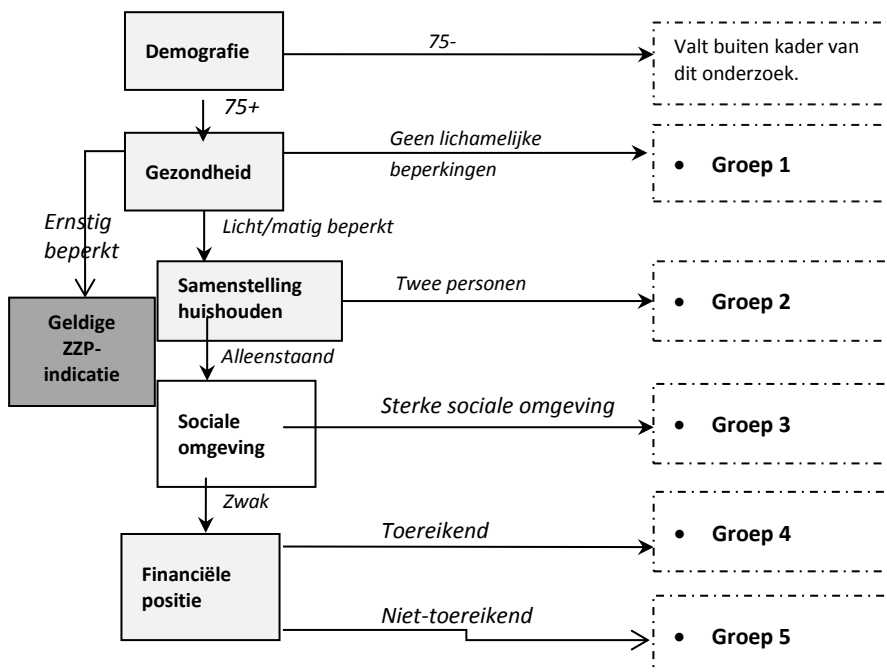
Tegelijkertijd nemen de zorguitgaven in Nederland toe. De Nederlandse overheid moet beleidsmaatregelen treffen in de zorgsector om de druk op collectieve middelen te verminderen. De extramuralisering van lichtere zorgzwaartepakketten (ZZP) en het scheiden van wonen en zorg in de ouderenzorg zijn voorbeelden van beleidsmaatregelen met als doel de uitgaven aan zorg te drukken. Ouderen met een ZZP 1 tot en met 3 verhuizen hierdoor niet meer naar het verzorgingshuis. Beheerders van het intramuraal zorgvastgoed krijgen mogelijk te maken met een overcapaciteit. Het overaanbod van dit intramuraal zorgvastgoed is merkwaardig: door de vergrijzende bevolking ontstaat enerzijds een toenemende vraag naar geschikte woonruimte voor ouderen, terwijl als gevolg van beleidsmaatregelen anderzijds sprake is van een overaanbod in verzorgingshuizen. Er is een discrepantie tussen vraag en aanbod in de markt voor geschikte ouderenwoningen.

Groepen ouderen met specifieke woon-zorg behoeft

Wat kenmerkt de behoefte aan geschikte woonruimte voor ouderen? Uit literatuurstudie blijkt dat deze behoefte aan woonzorgarrangementen in afnemend belang wordt bepaald door de (1) leeftijd, (2) gezondheid, (3) sociale kenmerken en (4) de financiële positie van ouderen.

Allereerst volgt uit een analyse van demografische kenmerken en prognoses, dat de doelgroep voor aangepaste woningen bestaat uit 75-plussers. Uit het WoON 2012 kan een tweede variabele worden herleid; de SCP-(lichamelijke) beperkingenmaat en de samenstelling van het huishouden zegt iets over de gezondheid van 75-plussers. Ten derde zijn de sociale kenmerken van 75-plussers relevant. In dit artikel is gekeken naar achtereenvolgens de kans op eenzaamheid, de aanwezigheid van mantelzorg en het gevoel van veiligheid. De kans op vereenzaming blijkt een grote rol te spelen voor ouderen die kiezen voor een specifieke woonvorm. Tot slot speelt de financiële positie van ouderen een rol. Uit de literatuur blijkt dat de financiële positie van ouderen wordt bepaald door de (1) eigendomsverhouding van de huidige woning, (2) het inkomen van ouderen en (3) het vrij vermogen van deze ouderen.

Op basis van de beschreven structurele variabelen van ouderen kunnen groepen worden gemaakt, zie figuur 1.



Figuur 1: Op basis van de structurele variabelen kunnen diverse doelgroepen worden benoemd met ieder haar eigen specifieke woon-zorg behoefte.

Segmenteren van geschikte woningen voor ouderen met een woon-zorg behoefte

Woningen voor ouderen zijn in te delen op basis van de kenmerken van de woningen, en de daaruit volgende geschiktheid voor ouderen met een woon-zorgbehoefte. De belangrijkste kenmerken van de woningen zijn de hoeveelheid zorg en diensten die wordt geleverd in combinatie met de woning en de mate waarop de woning fysiek geschikt is voor ouderen.

Op basis van de kenmerken kunnen woningen worden onderverdeeld in niet-geschikte traditionele woningen, (ingrijpend) aangepaste woningen, nultredenwoningen, semi-zelfstandige woningen en wooneenheden in een verzorgingshuis. In tabel 1 staan de soorten woningen samengevat.

Soorten	Omschrijving	Voorraad
Niet-geschikte traditionele woningen	Geen enkele aanpassing voor ouderen met lichamelijke beperkingen.	n.v.t.
(Ingrijpend) aangepaste woningen	Gerichte fysieke aanpassingen voor de specifieke zorgbehoefte van de oudere bewoners.	275.279
Nultredenwoningen	Zelfstandige woningen die vanaf straatniveau bereikbaar zijn zonder traplopen. Primaire ruimten in de woning zijn zonder traplopen bereikbaar. Verschillende prijsklassen. De woningen zijn niet per definitie gesitueerd in de nabijheid van een dienstencentrum en/of zorgsteunpunt.	1.367.544
Semi-zelfstandige woningen in beschutte omgeving	Woningen die complexgewijs gesitueerd zijn in de nabijheid van een dienstencentrum of zorgsteunpunt, en die uitstekend geschikt zijn voor ouderen met lichamelijke beperkingen. Woningen zijn in kwaliteit verschillend en daardoor beschikbaar voor groepen met verschillende financiële posities.	447.041
Wooneenheden in het verzorgingshuis in beschutte omgeving	Onzelfstandige en zelfstandige woningen binnen de muren van een zorginstelling.	46.073
Totaal		2.135.937

Tabel 1: Segmentatie van woningvoorraad van Nederland naar geschiktheid voor ouderen met specifieke (zorg)behoefte.

Product-markt combinaties: aansluiting van, of discrepantie vraag en aanbod?

De verschillende groepen met ieder hun specifieke woon-zorgbehoefte en de verschillende categorieën aan aangepaste woningen voor ouderen met een woonzorgbehoefte kunnen aan elkaar worden gekoppeld door middel van product-markt combinaties, zie tabel 2.

Product –Markt Combinaties	
75-plussers (Vraag)	Geschikte ouderenwoningen (Aanbod)
Groep 1: Huishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder, en (nog) geen lichamelijke beperkingen.	'Niet-geschikte' traditionele woningen, die op termijn aangepast moeten worden.
Groep 2: Tweepersoons huishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder en met lichte tot matige lichamelijke beperkingen.	(ingrijpend) Aangepaste traditionele woningen.
Groep 3: Eenpersoonshuishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder en met lichte tot matige lichamelijke beperkingen.	Nultredenwoningen.
Groep 4: Eenpersoonshuishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder, met lichte tot matige lichamelijke beperkingen en een niet-toereikende financiële positie.	Beschut wonen in semi-zelfstandige woningen.
Groep 5: Eenpersoonshuishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder, met lichte tot matige lichamelijke beperkingen, een niet-toereikende financiële positie en een zwakke sociale omgeving.	Beschut wonen in wooneenheden in het (voormalig) verzorgingshuis.

Tabel 2: De product-markt combinaties maken inzichtelijk welk type ouderenwoning (product) geschikt is voor een groep ouderen (markt).

Product-markt combinaties zijn eigenlijk 'ideale situaties' waarbij de kenmerken van de woningen perfect aansluiten bij de kenmerken van de ouderen. In de praktijk blijken de woonwensen en de woonsituatie anders te zijn. Uit een analyse van het WoON 2012 kan worden herleid in welk type woningen de 75-plussers momenteel wonen. Hierdoor ontstaat het beeld van de 'Woonsituatie 2012'. Met behulp van demografische cijfers en cijfers over de voorraadontwikkelingen van de woningen uit het verleden kan de 'Woonsituatie 2025' worden herleid. Uit deze analyse volgt dat er in 2012 een tekort was aan 71.000 woningen in een beschutte omgeving. Indien er geen beleidsmaatregelen worden getroffen zal dit tekort vermoedelijk oplopen tot 104.000 woningen in een beschutte omgeving. Er is sprake van een verschil tussen de behoefte aan beschut wonen en het aanbod aan dergelijke woningen voor ouderen in een beschutte omgeving.

Verklaring van de discrepantie

In het onderzoek "Tussen Wal en Schip" benoemen Pop, Heijs en Te Meerman (2014) de oorzaken die een omvorming van de intramurale overcapaciteit in verzorgingshuizen naar verhuurbare woningen voor de reguliere woningmarkt bemoeilijken. Deze oorzaken zijn toe te schrijven aan het overheidsbeleid, maar ook aan kenmerken van het aanbod en kenmerken van de groepen ouderen. Samengevat kan worden gesteld dat een samenloop van diverse belemmeringen een eventuele succesvolle transitie bemoeilijkt.

De door professionals aangedragen oorzaken zijn niet allemaal legitiem. Uit het onderzoek blijkt dat enkele oneigenlijke oorzaken de discrepantie niet verklaren. De overige legitieme oorzaken kunnen van zichzelf een individueel effect, of onderling een gecombineerd effect hebben op de discrepantie.

De grote hoeveelheid aan gecombineerde effecten toont aan dat de discrepantie te verklaren is door een samenloop van oorzaken. De individuele en gecombineerde effecten kunnen overkomelijk of onoverkomelijke belemmeringen vormen voor de vermindering van de gevonden discrepantie. Uit de analyse blijkt dat onoverkomelijke oorzaken zijn toe te schrijven aan demografische, en maatschappelijke ontwikkelingen of aan kenmerken die horen bij een traditioneel vastgoedproces. Deze oorzaken hebben van zichzelf een statisch karakter. In tabel 3 zijn de overkomelijke belemmeringen opgesomd.

Van de 46.000 wooneenheden in een intramurale omgeving, blijkt dat 20.000 woningen de potentie hebben om omgevormd te worden tot verhuurbare woningen. De overige woningen zijn vanwege het bouwjaar niet geschikt, of worden ingezet voor huisvesting van ouderen met een intensievere zorgbehoefte. Vernieuwde woon-zorgconcepten bieden uitkomst voor een succesvolle transitie van leegstand intramuraal vastgoed. In het onderzoek 'Tussen Wal en Schip' (Pop, Heijs en Te Meerman, 2014) worden de kenmerken van deze concepten nader omschreven.

Oplossingsgerichte adviezen	
Realiseerbaarheid	Belemmering
★★★★★	I. Het gecombineerde effect van (2) een bestemmingsplanwijziging met (5) het contingent van provincie en gemeente omtrent woningbouwwolume.
<i>Advies:</i>	Zorgorganisatie/Woningcorporatie dient verzoek in bij provincie om woningen buiten contingenten te realiseren.
★★★★☆	X. Het gecombineerde effect van (12) de bekostiging van zorginfrastructuur met (18) de keuzevrijheid voor zorg van de ouderen.
<i>Advies:</i>	- Huurders inzicht geven in de totstandkoming van de kosten voor diensten - Implementeren flexibiliteit in pakket aan diensten.
★★★★☆☆	III. Het gecombineerde effect van (11) het gebrek aan kapitaal met (6) onduidelijkheden over organisatie van ouderenzorg in de toekomst.
<i>Advies:</i>	Overheid definieert heldere lange termijn visie ouderenzorg en stelt relevante informatie beschikbaar.
★★★★☆☆	IX. Het gecombineerde effect van (12) de bekostiging van zorginfrastructuur met (16) de betaalbaarheid van woning voor ouderen.
<i>Advies:</i>	- Inzichtelijk maken kostprijs zorginfrastructuur; - Budget woonzorgconcepten ontwikkelen - Volledig pakket aan diensten aanbieden, waar huurder zelf elementen uit kiest; - Diensten uit besteden aan andere partijen.
★★★☆☆	II. Het gecombineerde effect van (2) een bestemmingsplanwijziging met (13) gebrekkige samenwerking tussen woningcorporatie, zorgorganisatie en gemeente.
<i>Advies:</i>	Flexibel opstellen gemeente en zorgorganisatie/woningcorporatie om tafel met gemeente.

★ ★ ☆ ☆ ☆	VI. Het gecombineerde effect van (17) de zorgbehoefte op de langere termijn van de huurder met (6) onzekerheden over de organisatie van ouderenzorg in de toekomst.
Advies:	Indifferent bouwen door beheerders vastgoed en duidelijke visie overheid over toekomstige bekostiging zorg.
★ ★ ☆ ☆ ☆	IV. Het gecombineerde effect van (1) de versnelde extramuralisering en de invoering van de NHC met (8) het gebrek aan professionalisering van vastgoedmanagement in zorgorganisaties.
Advies:	Delen van kennis over conceptontwikkeling tussen zorgorganisaties onderling.
★ ★ ☆ ☆ ☆	VIII. Het gecombineerde effect van (11) het gebrek aan kapitaal met (13) de gebrekkige samenwerking tussen woningcorporatie en zorgorganisatie.
Advies:	<ul style="list-style-type: none"> - Duidelijke visie overheid over toekomstige bekostiging zorg; - Delen van kennis over relevante wetswijziging; - Transitie samen oppakken en gefaseerd doorvoeren.
★ ★ ☆ ☆ ☆	XI. Het gecombineerde effect van (16) de betaalbaarheid van de woning voor ouderen met (14) de hoge marktconcentratie van gelijksoortige woonzorgvormen in de omgeving.
Advies:	Serviceflattoeslag voor verhuurbare woningen niet volledig benutten.
★ ☆ ☆ ☆ ☆	V. Het gecombineerde effect van (7) het bouwjaar van verzorgingshuizen, (3) de bouwtechnische of (4) installatietechnische aanpassingen die noodzakelijk zijn om te voldoen aan het Bouwbesluit 2012 en (11) het gebrek aan kapitaal.
Advies:	<ul style="list-style-type: none"> - Slechts minimale aanpassingen conform bouwbesluit doorvoeren; - Inzichtelijk maken welk niveau geldend is vanuit het Bouwbesluit; - Alternatieve financieringsvormen.
★ ☆ ☆ ☆ ☆	VII. Het gecombineerde effect van (12) de bekostiging van zorginfrastructuur met het (7) bouwjaar van verzorgingshuizen.
Advies:	Uitbesteden van voorzieningen aan derden of herbestemmen van algemene ruimten.

Tabel 3: Overzicht van de overkomelijke belemmeringen met bijbehorende oplossingsgerichte adviezen. Ook de te verwachten realiseerbaarheid is weergegeven. Met de cijfers wordt verwezen naar de – door experts aangedragen – oorzaken.

Conceptontwikkeling voor de cure-sector: anderhalvelijns zorg

Het betaalbaar houden van zorg vormt ook in opgave in de curatieve zorgsector. In veel van de nieuwe zorgconcepten wordt geschoven met de regie van de zorgverlening tussen de eerste- en de tweedelijns teneinde de zorguitgaven te beperken. Een nieuw concept ontstaat binnen het zorglandschap: de anderhalvelijn.

Het ontstaan van de anderhalvelijn dient het doel; betaalbaar houden van de gezondheidszorg. Om aan te tonen dat de anderhalvelijn perspectief heeft voor de toekomst is analyse van de feiten noodzakelijk.

De totale uitgaven aan de huisarts en de tweedelijns bedraagt bij elkaar 26,6 miljard euro. Hiervan is 9,9% van de uitgaven aan de eerstelijns, en de overige 90 procent aan de tweedelijns. Het overgrote deel van de uitgaven in de gezondheidszorg vindt dus plaats in de tweedelijns. In het beperken van het aantal doorverwijzingen ligt dé uitdaging voor de ontwikkeling van de anderhalvelijns centra.

Waarom de anderhalvelijn?

De vraag naar zorg verandert. Redenen zijn onder meer de vergrijzing en de langere levensverwachting. Door beide factoren ziet de zorgsector een toenemende vraag naar chronische zorg. De traditionele eerste- en tweedelijns zullen hier geen gepast antwoord op hebben. De anderhalvelijns centra kunnen hier een oplossing bieden.

De invloed van overige oorzaken naar de stijgende vraag naar (vastgoed)conceptontwikkeling in de eerstelijns wordt in de literatuur niet gekwantificeerd. De belangrijkste overige oorzaken:

- Het vermogen van de zorgverleners om zelf te voldoen aan de vraag naar huisvesting terugloopt of stagneert;
- De algemene tendens van medische centra over het algemeen neigt naar nieuwbouw of grootschalige renovatie;
- De behoefte aan een fysieke combinatie van zorgwoningen met zorgcentra;
- Verandering in de eigendomsverhouding van medische centra;

Zoals gezegd ontlast de anderhalvelijn de tweedelijns en versterkt het de eerstelijns. De anderhalvelijn heeft twee invalshoeken. Allereerst wordt de generalistische eerstelijns gezondheidszorg hervormd. Met de huisarts nog steeds als 'poortwachter' wordt de traditionele eerstelijns als het ware uitgebreid met gespecialiseerde extramurale zorg. Daarnaast kenmerkt de integratie van de intramurale gespecialiseerde zorg de ontlasting van de tweedelijns. Een generalistische anderhalve lijn en een specialistische anderhalve lijn onder één dak dus.

Zoals eerder omschreven vindt het grootste deel van de uitgaven aan curatieve zorg plaats in de tweedelijns. Ontlasting van de tweedelijns (door middel van substitutie naar de eerstelijns) kan deze uitgaven aanzienlijk naar beneden brengen. Primair richt de anderhalvelijn zich op

de beperking van zorguitgaven in de zorgverzekeringswet. Kleine winsten zijn te halen in de AWBZ.

Van zorg naar ruimte

Indien dit nieuwe beleid binnen de gezondheidszorg haalbaar is, dient een vertaalslag te worden gemaakt naar de ruimtelijke ontwikkelingen van anderhalvelijns centra. Daarbij moet het centrum als ruimtelijke concept bestudeerd worden (gebouwniveau) evenals het centrum binnen haar gebouwde omgeving (gebiedsniveau).

Een nieuw beleid vraagt om een nieuwe organisatie binnen één gebouw, deze nieuwe organisatie vraagt om een herverdeling van de bestaande of nieuw te bouwen vierkante meters. Op gebouwniveau vraagt het anderhalvelijns concept om een andere benadering dan de traditionele ontwikkeling van medische centra uit het verleden. Allereerst is de financiering van dit ruimtelijk concept daarbij interessant. Waar enkele jaren geleden de financiering van medische centra geen probleem was, wordt nu een strenge risicoanalyse gemaakt door de banken. Gevolg is dat veel organisaties hun nieuwe projecten niet kunnen uitvoeren, of op zoek moeten gaan naar andere financieringsbronnen. Dit heeft zijn weerslag op het eerder geschetste beleid.

Ten tweede stelt een nieuwe organisatie andere eisen aan het gebouw. Een ander programma van eisen (PvE) ten opzichte van de huisvesting van de traditionele eerstelijns. Hierin kan worden vastgelegd wat de ruimtelijke en functionele eisen van de eerstelijns hulpverleners dienen te zijn. Echter, het PvE wordt interessanter omdat ook de eisen van de eerder genoemde specialisten meegenomen moeten worden.

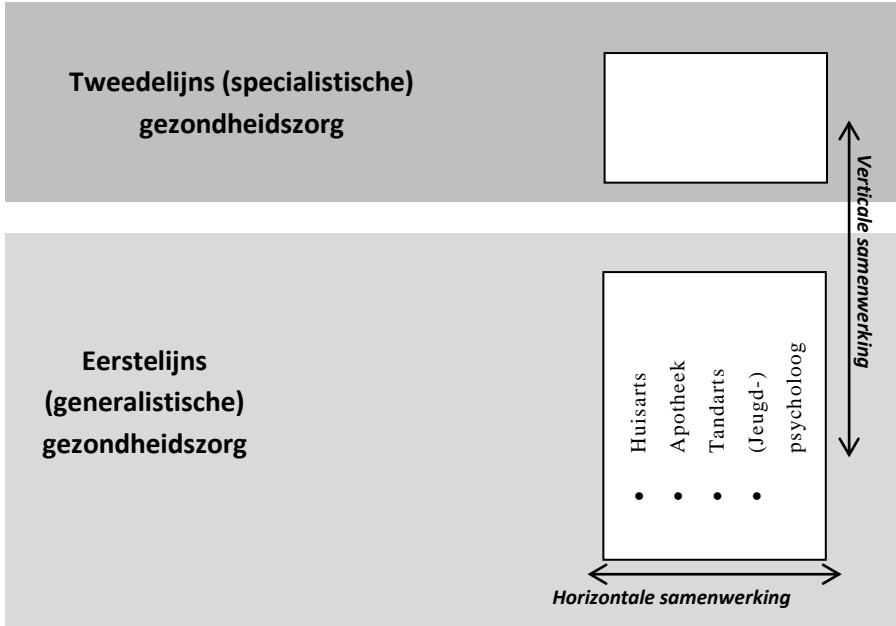
Anderhalvelijn; eenzijdige definitie of een tendens binnen het zorgveld?

Er zijn binnen de combinatie van eerstelijns- en tweedelijnszorg diverse alternatieven mogelijk. De nadruk ligt hierbij niet op samenwerkingsverbanden met een uitsluitend beleidsmatig karakter maar om de 'tastbare' zorgconcepten die vragen naar huisvesting op maat. De alternatieven worden hieronder toegelicht. Er wordt daarbij ook gebruik gemaakt van een schematische weergave. Daarbij is het volgende van belang:

- Horizontale integratie in de eerstelijnszorg: naast de disciplines binnen de traditionele eerstelijns wordt een extra discipline (afkomstig uit de tweedelijn) toegevoegd;
- Verticale integratie in de eerstelijnszorg: bovenop de disciplines binnen de traditionele eerstelijns wordt extra zorgverlening toegevoegd.

Zorgconcept A: de traditionele eerstelijns

Onder de traditionele eerstelijns (zie figuur A) wordt de zorgverlening welke vrij toegankelijk is voor de patiënten verstaan. De gezondheidszorg binnen de traditionele eerstelijns wordt vaak gecombineerd gehuisvest in medische centra. In de meeste medische centra dient de huisarts als 'poortwachter' voor de algemene gezondheidszorg. De huisarts 'lost' 95% van de zorgvraag zelf op en is in staat de overige 5% horizontaal door te verwijzen.



Figuur 2: de traditionele eerste- en tweedelijns

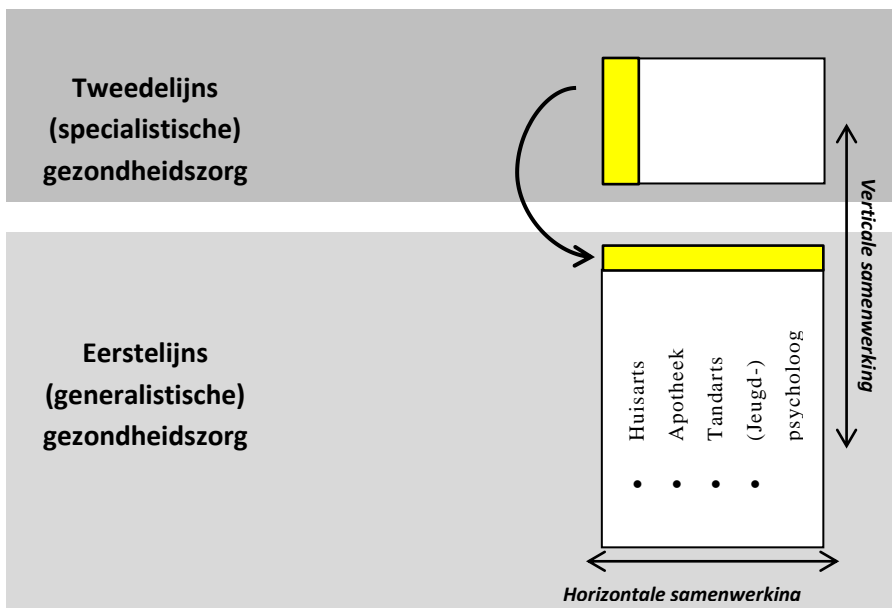
Zorgconcept B: Substitutie uit de tweedelijns

Bij substitutie van tweedelijns gezondheidszorg (figuur B) verandert niet alleen de locatie van, maar ook de regie over de behandeling. Op dit aspect onderscheidt dit zorgconcept zich ten opzichte van bijvoorbeeld de buitenpoliklinieken. Zorggroepen geven aan dat de regie echt volledig in handen moet zijn van de huisarts om de voordelen van substitutie uit de tweedelijns te benutten. Bij substitutie van zorg uit de tweedelijns wordt dus niet alleen de zorgverlening maar juist ook de regie over die zorgverlening vervangen (gesubstitueerd) door de eerstelijns. Dit heeft directe gevolgen voor de uitgaven aan de zorgverlening:

- Chirurgische ingrepen in de tweedelij zijn van zichzelf kostbaar;
- De patiënt kan direct worden doorverwezen in het medische centrum door de huisarts;
- Maatschappen voor specialisten in de tweedelij kunnen worden opgeheven. Dit houdt in de dat zorgverleners in loondienst zullen moeten;

De organisatie van de substitutie uit de tweedelij wordt gekenmerkt door een verticale samenwerking. Dit houdt in dat de doorverwijslijnen korter zullen zijn. In het medisch centrum kan de patiënt voor kleine specialistisch ingrepen direct terecht in haar eigen omgeving.

Specialisten zullen afzonderlijk eens in de zoveel tijd voor consult aanwezig zijn in het medisch centrum. Dit vraagt om een aangepaste organisatie van de eerstelijns gezondheidszorg. Zorggroepen hebben omwille van bovenstaande behandelingen een speciale 'verrichtenkamer' opgenomen in het programma van eisen. De ruimte biedt onderdak aan de kleinere chirurgische ingrepen en de daarvoor benodigde technologie.



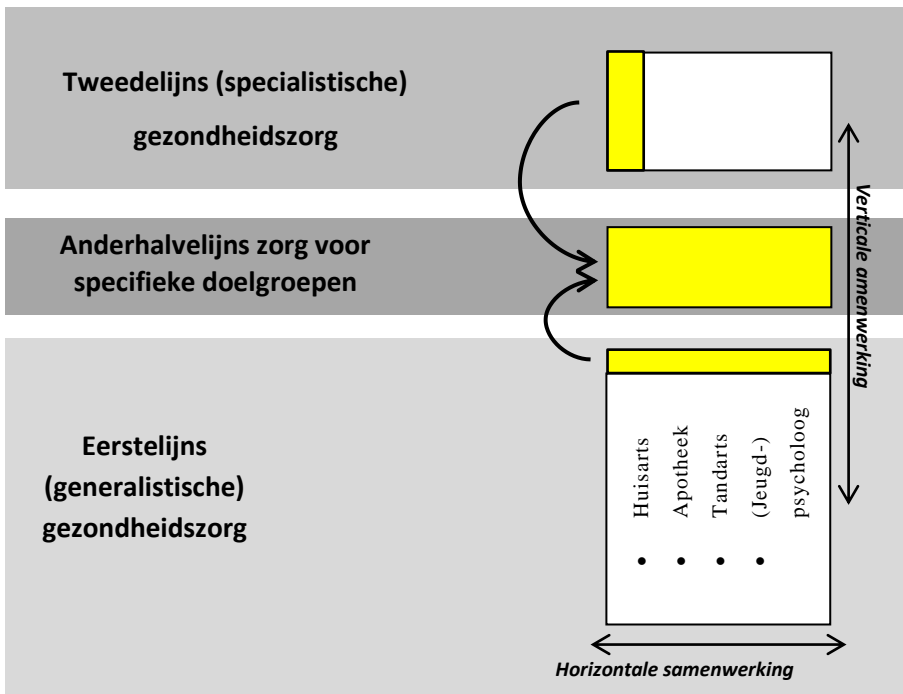
Figuur 3: schematische weergave substitutie uit tweedelijns bovenop eerstelijns

Zorgconcept C: anderhalvelijns zorg als beleid

Diverse zorgverzekeraars zien de anderhalvelijn als een beleidsmatig principe. Het is een specifieke benadering van zorgverlening voor twee doelgroepen (figuur C):

- Als gevolg van enerzijds de vergrijzing en anderzijds het feit dat de bevolking steeds ouder wordt, is een focus noodzakelijk met betrekking tot gezondheidszorg en ouderen;
- De toename van chronische ziekten vraagt om een doelgerichte en integrale zorgverlening voor deze specifieke doelgroep.

De zorgverzekeraar geeft aan dat in tegenstelling tot substitutie uit de tweedelijns (*Zorgconcept B*) er hier geen sprake is van integratie van tweedelijnszorg in de basiszorg. In dit concept wordt uitsluitend de kennis uit de tweedelijns gekoppeld aan de kunde uit de eerstelijns. Concreet gezegd: verschillende kenmerken uit de eerste- en tweedelijns worden geïntegreerd om bovengenoemde doelgroepen zo optimaal mogelijk te bedienen.



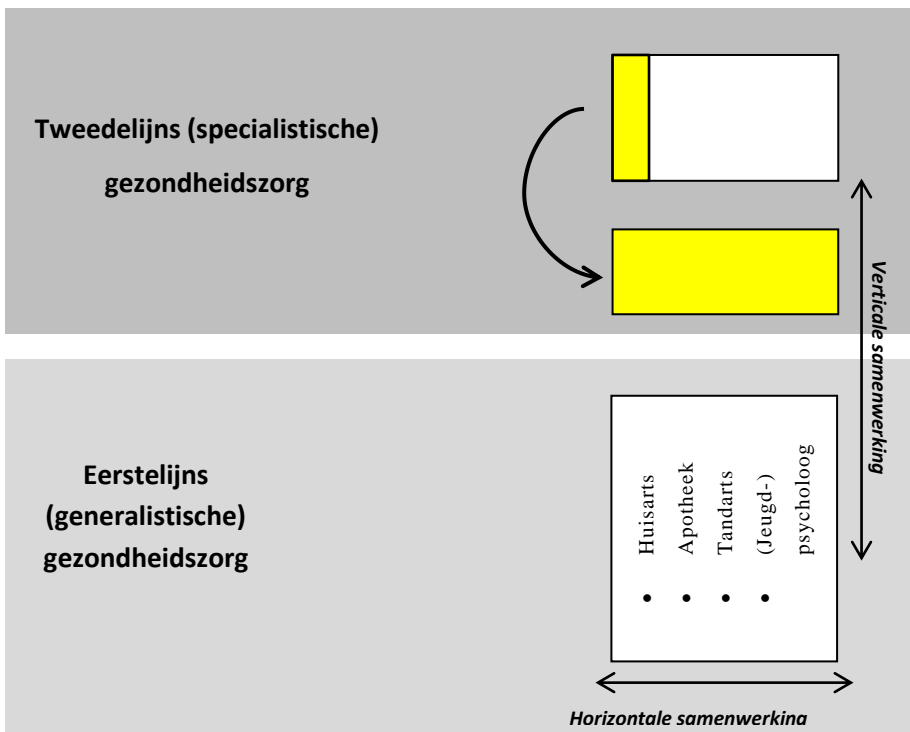
Figuur 4: Combineren van specifieke kenmerken uit eerste- en tweedelijns voor specifieke doelgroepen

Zorgconcept D: Buitenpolikliniek

Dit zorgconcept onderscheidt zich van de anderen omdat er geen sprake is van een combinatie van kenmerken uit de eerstelijns en tweedelijns. Volgens zorgverzekeraars is de buitenpolikliniek een afdeling van het ziekenhuis die fysiek niet aan het ziekenhuis vast zit maar er (beleidsmatig) wel toe behoort.

Een anderhalvelijns centrum rekent voor een buitenpoli een adherentiegebied van circa 15.000 inwoners. Daarbij overkoepelt de buitenpolikliniek de lokale medische centra. De buitenpoli voldoet daarmee niet aan de kwaliteitseis om zorg echt aan te kunnen bieden dicht bij huis.

De buitenpoli is vaak gehuisvest in het zelfde pand als een medisch centrum, maar ook hier geldt dat de regie nog steeds in handen is van de tweedelijns. Er is hier dus geen sprake van substitutie van zorgverlening of regie, maar eerder van verplaatsing van zorgverlening waarbij de regie behouden blijft.

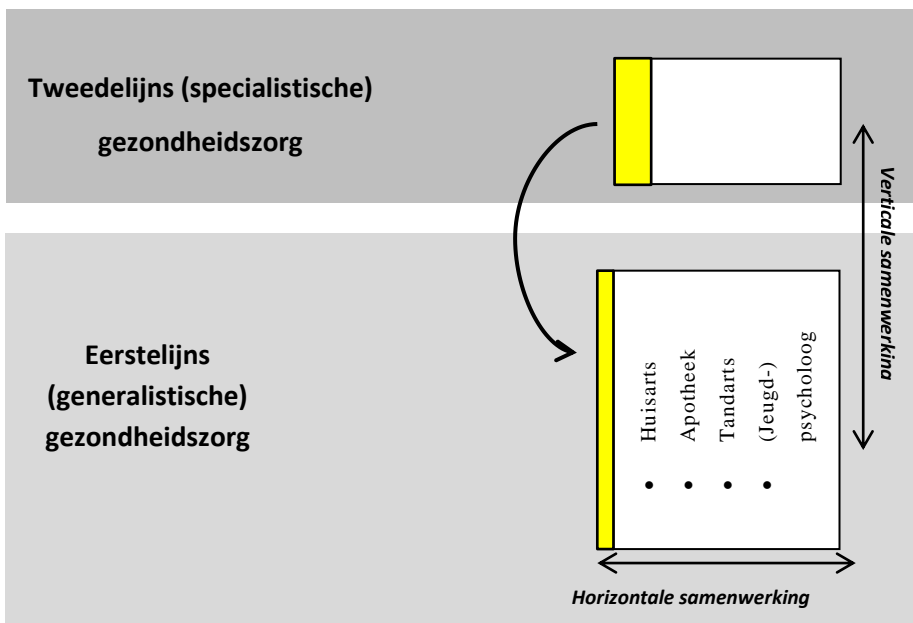


Figuur 5: buitenpolikliniek, onderdeel van medisch centrum maar onder regie tweedelijns

Zorgconcept E: Bedden voor de ouderen

Gezondheidscentra bieden ook onderdak aan de patiënten die tot voor kort opgevangen werden in het ziekenhuis. Zorggroepen geven aan dat het beeld dat mensen 'uitzien in tweedelij' gaat verdwijnen. Hiermee doelt de zorggroep op patiënten die nog niet zelfstandig kunnen wonen maar 'te licht' bevonden worden voor de tweedelij.

De kamers met bedden in de tweedelij gaat dus verdwijnen. Ter vergelijking: een bed in de tweedelij kost € 450,- en een bed in de eerstelij kost € 150,- per dag. Zorgverzekeraars geven aan dat de opname van de verzorging van deze patiënten in het medisch centrum heeft bijgedragen aan de haalbaarheid van het project.



Figuur 6: het verplaatsen van bedden naar de eerstelijns. De huisarts krijgt de regie naast zijn dagelijkse verrichtingen.

Risico's

Het schuiven met zorg heeft kan een aantal negatieve werkingen met zich mee brengen:

- Anderhalvelijns centra geven aan dat als gevolg van substitutie van zorg uit de tweedelijns, ziekenhuizen leeg komen te staan. Dit heeft gevolgen voor contractuele afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekering;

- Zorggroepen merken dat de huisartsen niet staan te springen om uitbreiding van hun takenpakket met een 'horizontaal karakter'. De zorggroep doelt daarmee op het feit dat huisartsen geen vergoeding krijgen voor extra taken naast hun dagelijkse werkzaamheden als huisarts;
- Substitutie van zorg kan leiden tot een andere benadering van de maatschappen van specialisten. Specialisten zullen in loondienst moeten gaan. Daarmee komt wordt wellicht een hervorming voor de honoraria van specialistische ingrepen;
- Anderhalvelijns zorg bezuinigt de uitgaven volgens de Zorgverzekeringswet maar vult de uitgaven van de AWBZ aan. Zorggroepen geven aan dat door het schuiven tussen deze financieringsvormen de organisatie van geïntegreerde zorg in de toekomst erg complex kan gaan worden.

Bronnen

- CBS Statline. (2013, september 27). Overheidstekort naar 2,5%. Opgeroepen op Oktober 08, 2013, van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/overheid-politiek/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3910-wm.htm>
- Faun, H., Hollander, H., & van Klaveren, S. (2014). Belemmeringen bij het opzetten van woonzorgarrangementen voor senioren. Zoetermeer: Panteaia.
- Kok, P. (2011, september 01). Past mijn woonzorgcomplex wel binnen het bestemmingsplan? Recht in huis , pp. 1-2.
- Pop, P.T., Heijs, W.J.M., te Meerman, W. (2014). Tussen Wal en Schip. Utrecht: Berenschot
- Rli. (2014). Langer zelfstandig; een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn. Den Haag: Raad voor de leefomgeving en infrastructuur.
- Sanders, L., & Nouws, H. (2013, September 01). Verhuur in het verzorgingshuis: hoe doen corporaties en zorgondernemers dat? Artikelenreeks Scheiden Wonen Zorg in de Praktijk , pp. 1-7.
- te Meerman, W. (2013). Sluiting dreigt voor ruim 800 ouderenzorglocatie. Amsterdam: Zorgvisie Executive.
- van Elp, M., van Zaal, M., & Zuidema, M. (2012). Bouwen voor de zorg. Amsterdam: EIB.
- van Galen, J., Willems, J., & Poulus, C. (2013). Monitor Investeren voor de Toekomst 2012. Delft: ABF Research.
- van Iersel, J., & Leidelmeijer, K. (2010). Senioren op de woningmarkt. Den Haag: Ministerie van VROM.

Een vergelijking met de Engelse zorgvastgoedmarkt

Beleggers bieden mogelijkheden voor zorginstellingen

Jeroen Hermus

De marktwerking binnen de zorgsector heeft geleid tot veel veranderingen. Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk geworden voor de bekostiging van hun huisvestingslasten. Deze verandering heeft ervoor gezorgd dat zorginstellingen de afgelopen jaren kritischer naar hun vastgoedportefeuille zijn gaan kijken. In Engeland heeft de zorgsector al veel langer met deze marktwerking te maken. Kunnen wij in Nederland iets leren van Engeland en de manier waarop zij met hun vastgoed omgaan? Alvorens antwoord te geven op deze vraag, zijn eerst zeer beknopt de zorgsystemen van beide landen met elkaar vergeleken.

In Engeland heeft gewijzigd overheidsbeleid enkele jaren geleden, net als in Nederland, geleid tot sluiting van een groot aantal verzorgingshuizen. Zorginstellingen zijn door deze wijzigingen gedwongen geweest om commerciëler te gaan acteren. Vele commerciële organisaties in de zorg werden opgericht en gingen onder andere ‘senior housing’ en ‘private nursing home’ concepten aanbieden. Deze initiatieven worden momenteel ook in Nederland op veel plekken geopend. In Engeland verloopt de financiering in een groot aantal gevallen via een ‘personal health budget’ dat vastgesteld wordt door het plaatselijke NHS-team. Ook hierbij zijn vergelijkingen te trekken tussen de Nederlandse PGB’s en de kwantificering van de zorgindicatie via het CIZ. De eigen bijdrage die zorgbehoevenden in Engeland moeten betalen is net als bij ons afhankelijk van het inkomen en het vermogen van de zorgbehoevende. De financiële drempels hiervoor liggen in Engeland echter aanzienlijk lager en de eigen bijdrage kan aanzienlijk hoger zijn dan in Nederland. Concluderend zijn er dus diverse parallellen te trekken tussen de trends en ontwikkelingen in Engeland en in Nederland. In Engeland is echter vele jaren eerder marktwerking opgetreden, waardoor een groter deel van de zorgsector daar reeds in commerciële handen is. Hoe gaan zorginstellingen in Engeland dan eigenlijk om met hun vastgoedportefeuille?

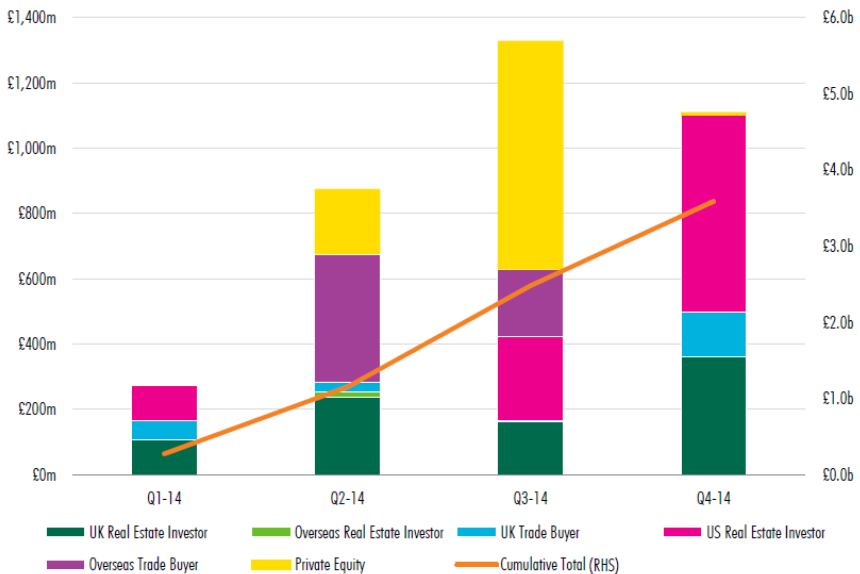
Zorgvastgoed in Engeland

Het gewijzigde overheidsbeleid heeft er in Engeland voor gezorgd dat zorginstellingen zijn gaan nadenken of zij langjarig eigenaar van het vastgoed wilde blijven. Indertijd was het, over het algemeen, erg slecht gesteld met de kwaliteit van het zorgvastgoed. Hierdoor was er een enorme vervangingsbehoefte bij onder andere de ziekenhuizen aanwezig. Doordat deze behoefte niet door alleen de zorginstelling opgelost kon worden, zochten instellingen op het gebied van vastgoed de financiële (en in sommige gevallen operationele) samenwerking met externe partijen. Hierdoor kon toch de gewenste nieuwbouw gerealiseerd worden.

In Engeland zijn zorginstellingen zich de afgelopen jaren steeds meer primair gaan focussen op het leveren van goede kwaliteit zorg. Het bijbehorende vastgoed is hierdoor steeds meer een ondersteunend bedrijfsmiddel geworden. Veel zorginstellingen hebben de financiële risico's en de vastgoedexpertise bij externe vastgoedeigenaren ondergebracht. Deze beheren het vastgoed en kunnen schaalvoordelen behalen, omdat ze een grote portefeuille van zorgvastgoed in beheer hebben. Daarnaast benutten ze de expertise van zorgvastgoed die zij in de loop der jaren hebben opgebouwd. Door afstand te nemen van het eigendom van het vastgoed vergroot de zorginstelling haar solvabiliteitspositie en kan zij zich volledig focussen op haar primaire business; het leveren van goede kwaliteit zorg.

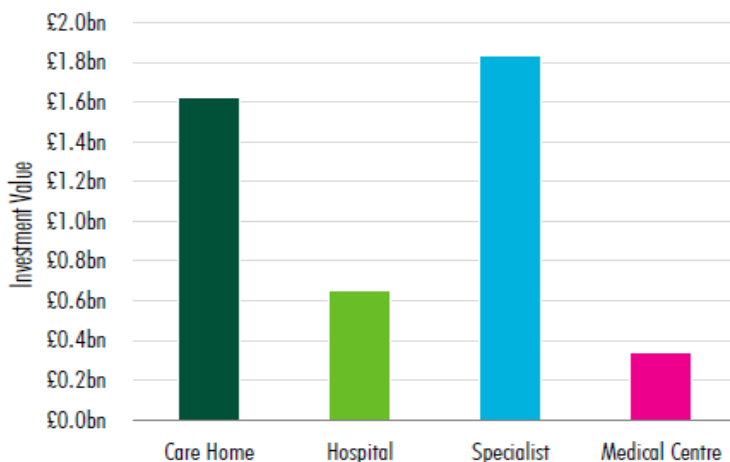
Mede hierdoor heeft de Engelse zorgvastgoedbeleggingsmarkt zich de afgelopen jaren aanzienlijk weten te ontwikkelen. Zorgvastgoed behoort hier ondertussen tot een volwaardige beleggingscategorie. In 2014 is er circa £ 4,5 miljard aan zorgvastgoed verhandeld. Circa 35% hiervan is geïnvesteerd in (particuliere) verpleeghuizen. Deze vele transacties hebben geleid tot veel (openbare) marktinformatie van zorgvastgoedbeleggingen en de markt is steeds transparanter geworden. De onderstaande tabellen zijn afkomstig van CBRE Research EMEA en onderschrijven de omvang en diversiteit van de 'volwassen' Engelse beleggingsmarkt van zorgvastgoed. Opvallend is dat in toenemende mate de gehele private zorgorganisaties van eigenaar (aandeelhouder) wisselen en het vastgoed slechts een onderdeel vormt van de beleggingstransactie. Dit soort transacties zien we in Nederland nog zeer beperkt.

Figure 1: UK Healthcare Transactions by Value Q1-Q4 2014



Source: CBRE

Figure 1: UK Healthcare transactions by value Q1-Q4 2015 (bron: CBRE Research EMEA)

Figure 2: UK Investment Value by Principal Asset Class, 2014*Figuur 2: UK Investment value by principal asset class 2014 (bron: CBRE Research EMEA)*

Category	Net Yield range
Care Homes – prime	4,5 – 5,25%
Care Homes – Good secondary	5,5% - 7%
Care Homes – Tertiary	> 7%
Specialist Care	< 5,5%
Hospitals – Prime	5 – 5,75%

Figuur 2: Category en net yield range 2014 (bron: CBRE Research EMEA)

Niet alleen de Engelse beleggingsmarkt van zorgvastgoed is de afgelopen jaren snel volwassen geworden. Ook in bijvoorbeeld Duitsland is het afgelopen jaar voor € 800 miljoen aan verpleeghuizen van eigenaar gewisseld. Bij onze zuiderburen is sinds 2006 voor € 1,26 miljard aan 'rusthuizen' aan beleggers verkocht. De Nederlandse markt staat nog in schril contrast met deze volumes.

Nederlandse zorgvastgoedmarkt in ontwikkeling

Veel zorginstellingen in Nederland huren al jaren één of meerdere objecten van woningcorporaties. Nu woningcorporaties steeds meer teruggaan naar hun primaire focus zijn ze minder bereid te investeren in zorgvastgoed. Als zorginstellingen nieuw zorgvastgoed willen realiseren, wordt steeds vaker de weg gevonden richting de belegger. Ook overwegen

diverse zorginstellingen momenteel om hun strategisch 'kernbezit' in eigendom te houden en hun overige bezit als 'sale & leaseback' aan te bieden aan een belegger. Hierdoor verbetert de zorginstelling haar bancaire ratio's en creëert ze flexibiliteit richting de toekomst.

Er zijn er de laatste jaren steeds meer nationale beleggers actief geworden in het aankopen van zorgvastgoed. Doordat ook buitenlandse beleggers momenteel veel kapitaal tot hun beschikking hebben, investeren ook zij reeds actief in Nederlands zorgvastgoed. Dit zijn niet alleen beleggers uit omliggende landen, maar ook investeerders uit bijvoorbeeld Amerika, Israël en Zwitserland.

Kansen voor Nederlandse zorginstellingen

Door in een vroeg stadium van een verkooptraject na te denken over de juiste voorwaarden, kan een zorginstelling voor zowel zichzelf als voor de belegger een interessant beleggingsproduct creëren. Bij interessante voorwaarden is de belegger immers bereid een hogere prijs te betalen. De zorginstelling kan hierbij bijvoorbeeld de volledige regie over het verkooptraject houden en over het gebouw gedurende de looptijd van het huurcontract. Tevens kan er vastgelegd worden dat de belegger bij verkoop van het object dit eerst moet aanbieden aan de zorginstelling, of dat de belegger na bijvoorbeeld 10 jaar een aanzienlijke upgrade van het complex voor zijn rekening neemt.

Waarom willen beleggers in Nederlands zorgvastgoed investeren?

De Nederlandse zorgvastgoedmarkt is om diverse redenen interessant voor (buitenlandse) beleggers. De te behalen rendementen op investeringen in Nederlands zorgvastgoed zijn momenteel hoger dan op het beleggen in zorgvastgoed in de landen om ons heen. Ook willen veel beleggers vaak hun investeringen spreiden in verschillende vastgoedsectoren met verschillende risico's en rendementen. Daarnaast is het aantal partijen dat actief zorgvastgoed koopt in Nederland nog relatief beperkt, waardoor beleggers niet veel concurrentie van andere potentiële kopers ervaren. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de kantoren- of winkelvastgoedmarkt. Voordat beleggers echter overgaan tot het aankopen van Nederlands zorgvastgoed is wel de nodige kennis van de markt vereist.

Diverse, vooral buitenlandse beleggers hebben een voorkeur voor een huurcontract met een triple net constructie. Hierdoor blijft de huurder verantwoordelijk voor het onderhoud tegen een reductie van de huursom. Een voordeel voor de zorginstelling is hierbij dat deze de regie over het gebouw grotendeels in eigen hand kan houden

Ervaringen van zorginstellingen met buitenlandse beleggers

Onze ervaringen met Nederlandse zorgexploitanten die vastgoed aan (buitenlandse) beleggers hebben verkocht, zijn over het algemeen positief. In de praktijk stelt de belegger vaak een beheerder aan die verantwoordelijk is voor het vastgoed en de relatie met de huurder. Hierdoor blijft de communicatie tussen huurder en de verhuurder vaak laagdrempelig. In

sommige gevallen zijn de huurders zelf verantwoordelijk voor het onderhoud van het complex en is het overmaken van de huur het enige contact met de belegger.

Conclusie

Door de introductie van marktwerking zijn zorginstellingen op een actievere en commerciële manier naar hun vastgoed gaan kijken. Net als in de Engeland wordt hierbij steeds vaker de keuze gemaakt om niet al het vastgoed in eigendom te behouden, maar de samenwerking aan te gaan met een belegger. Doordat in Nederland de meeste woningcorporaties zich meer richten op hun primaire focus, past het niet altijd meer in hun strategie om zorgvastgoed aan te kopen. Mede hierdoor ontstaan er steeds vaker samenwerkingen op het gebied van zorgvastgoed tussen zorginstellingen en commerciële vastgoedbeleggers. Door, net als vele Engelse zorginstellingen, de juiste voorwaarden te creëren voor de verkoop en terughuur kan een samenwerking met een belegger in vele gevallen interessant zijn voor een zorginstelling. Hierdoor ontstaan er vaak bij deze instellingen betere financiële ratio's, hebben ze jarenlang zekerheid op financieel vastgoedgebied en kan de zorginstelling haar volledige aandacht en vermogen richten op het leveren van goede kwaliteit zorg. Essentieel is en blijft wel de juiste contractvorming en samenwerking met de juiste belegger.

Wij verwachten dat de komende jaren het aantal zorginstellingen dat deze samenwerking aan zal gaan verder zal toenemen. Ook het aantal actieve beleggers in de zorgvastgoedmarkt zal groeien, waardoor er net als in Engeland in toenemende mate concurrentie tussen beleggers gaat ontstaan. Hierdoor ontstaan er kansen voor zorginstellingen waarbij de beleggers bereid zullen worden een hogere prijs te betalen voor het zorgvastgoed. Doordat er steeds meer transacties en transparantie in de sector komen, zal de Nederlandse zorgvastgoed beleggingsmarkt de komende jaren uitgroeien tot een volwaardige beleggingscategorie.

Afhankelijk van het succes van de exploitatie en de mogelijkheden van de zorgexploitatie van het complex, neemt de waarde van het object toe of af. De waarde van zorgvastgoed wordt dus grotendeels bepaald door de zorgexploitatie die in het complex gevoerd wordt.

Jeroen Hermus en Jan Veuger

Proper insight in the market value will increase transparency and uniformity in the healthcare sector. Not only, will this ease attracting funds from banks, it will also pave the way for alternative financing sources into the sector.

Rob Röttscheid and Luuk Willems

Op basis van het onderzoek en inventarisatie van knelpunten bij beleggers zijn aanbevelingen te geven voor beleid en het creëren van randvoorwaarden om het ontstaan van een markt voor *investment grade* zorgvastgoed te bevorderen.

Martin van Elp

Een bank die streeft naar maximale winst kan zich naar believen op termijn wat gemakkelijker terugtrekken uit een klantensector. Voor goed onderbouwde business cases is in beginsel bancaire financiering beschikbaar.

Derk Jan Postema

Deze strategie resulteert huidig in een portfolio van 143 assets verspreid over 4 landen en die al 43,4% uitmaakt van de totale vastgoedportefeuille van Cofinimmo. Het grootste deel is geïnvesteerd in vastgoed voor ouderenzorg maar de andere deelmarkten kenden de laatste jaren een steeds groeiend aandeel.

Sébastien Berden en Wim van de Velde

Om een echt volwassen beleggingsmarkt te worden voor nationale en internationale beleggers zal de Nederlandse zorgmarkt nog marktgericht moeten worden. Het gaat dan met name om duidelijke businesscases ten aanzien van het gebruik van zorgvastgoed.

Joost de Baaij

In 2013 heeft DTZ Zadelhoff ca 120 miljoen euro aan beleggingstransacties geregistreerd en in 2014 is dat opgelopen naar ca 180 miljoen euro. Het betreft een fractie van het totaal aantal beleggingsvolume in 2014 van ca 10 miljard euro.

Eric Scheijgrond, Guido Anker en Geertje Besier

Begin met het inzichtelijk maken van de zorg- en vastgoedexploitatie voor één zorglocatie, zodat u vervolgens uw vastgoedafweging integraal kan maken in relatie tot de zorgexploitatie.

Karin van Dijk, Sake van den Berg en Peter Vlek

DEEL II

Waardering en financiering van Zorgvastgoed

Waardering Zorgvastgoed

Taxatieleer Vastgoed 2

Jeroen Hermus en Jan Veuger

De Nederlandse zorgvastgoedmarkt is volop in ontwikkeling. Door de recente wijziging van de bekostigingsstructuur zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk geworden voor hun huisvesting en de hierbij horende kosten. Hierdoor ontstaat marktwerking. Vastgoed gaat in financieel opzicht een belangrijker rol gaan spelen binnen de bedrijfsvoering van een zorginstelling. De redenen hiervan worden later in dit hoofdstuk uitgebreid toegelicht.

In verband met de recente wijzigingen en ontwikkelingen binnen de sector, is zorgvastgoed nog voor veel taxateurs een nieuw vakgebied. De waarderingsmethodieken zijn, mede door de dominante rol van de overheid in de exploitatie, afwijkend ten opzichte van andere methodieken. Inzicht in de exploitatie van een specifieke locatie en de wet- en regelgeving van de sector zijn essentieel om tot een realistische waardering over te kunnen gaan. In dit hoofdstuk wordt duidelijkheid gegeven over de waarderingsmethodieken en elementen en ontwikkelingen binnen de sector die bijdragen aan de waardebeoordeling van het vastgoed. Benadrukt dient te worden dat de ontwikkelingen in de zorgsector en de bijbehorende vergoedingen voor onder andere huisvesten zich in snel tempo opvolgen. Een besluit van bijvoorbeeld de overheid kan zowel in positieve als in negatieve zin aanzienlijke gevolgen hebben voor de waarde van het vastgoed en de waarderingsmethodiek.

Definitie zorgvastgoed

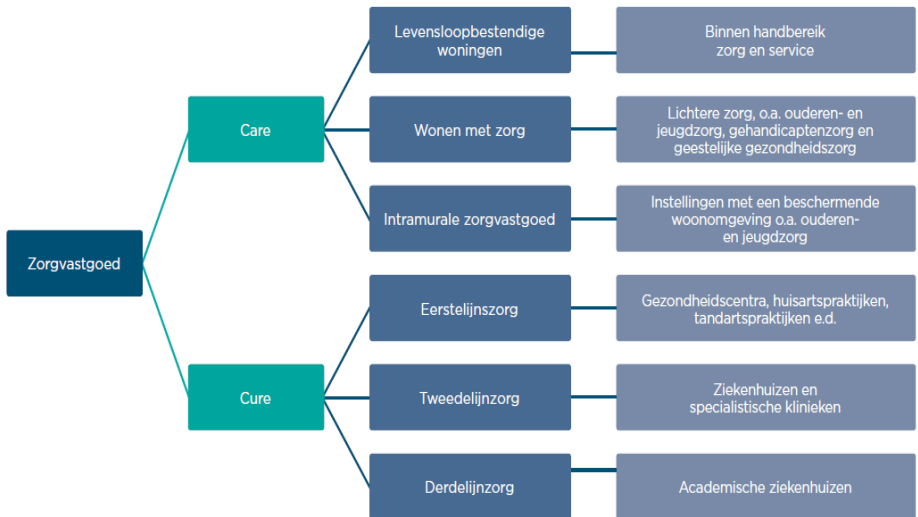
Er bestaat in Nederland geen definitie van zorgvastgoed. Het is een containerbegrip voor vastgoed dat direct of indirect met zorgdienstverlening te maken heeft. In het vastgoed kan of wordt (een ondersteunende bijdrage aan) een zorgexploitatie geleverd. Zorgvastgoed omvat gebouwen met zeer uiteenlopende functies en karakteristieken. Hieronder vallen onder andere gezondheidscentra, klinieken, woonzorgcentra en ziekenhuizen.

Doordat er uiteenlopende gebouwen (met verschillende soorten zorgexploitaties) onder het begrip zorgvastgoed vallen, zijn ook verschillende taxatiemethodieken gebruikelijk.

Overeenkomst tussen de methodieken is dat de (zorg)exploitatie die in het vastgoed plaatsvindt, in meer of mindere mate een rol speelt bij het bepalen van de waarde. Hierdoor zijn er bij het waarderen in bepaalde mate overeenkomsten met andere typen exploitatievastgoed, zoals vakantieparken, hotels en benzinstations.

In de zorgsector wordt onderscheid gemaakt tussen de sectoren 'cure' en 'care'. Cure is gericht op genezing. Het vastgoed dat onder deze sector valt zijn onder andere ziekenhuizen, eerstelijns gezondheidscentra en (revalidatie)klinieken. Zorgbehoevenden komen naar dit vastgoed toe voor een tijdelijk verblijf dat bijdraagt aan de genezing of het herstel van hun ziekte.

Care is gericht op verzorging. Het vastgoed dat onder deze sector valt heeft als doel de nadelen van ziekten, stoornissen en beperkingen zo veel mogelijk te beperken. Het vastgoed dat hierbij hoort zijn onder andere woonzorgcentra voor ouderen, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Zorgbehoevenden wonen hier langjarig om verzorgd te worden. Figuur 1 geeft een overzicht van de zorgsector in Nederland (niet alle onderdelen zijn benoemd).



Figuur 1: Schema zorgsector Nederland

Intramuraal en extramuraal

Extramurale zorg is een vorm van (intensieve) thuiszorg voor mensen met een zorgindicatie die niet zijn opgenomen in een instelling. Het doel van deze zorg is om zelfstandig wonende mensen zodanig zorg te bieden dat verhuizing naar een intramurale omgeving kan worden uitgesteld of kan worden voorkomen. In het segment 'Ouderenzorg' worden de lichtere zorgbehoevenden gerekend tot de categorie verzorgingshuiszorg. De nadruk van de zorgvraag van deze doelgroep ligt op het beschermt wonen met begeleiding en verzorging.

Intramurale zorg is gezondheidszorg die gedurende een onafgebroken verblijf van meer dan 24 uur geboden wordt in een zorginstelling, zoals een ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten. De geboden zorg kan bestaan uit begeleiding, verzorging en/of behandeling. In de 'Ouderenzorg' worden de zwaardere zorgbehoevenden gerekend tot de categorie verpleeghuiszorg. De nadruk van de zorgvraag van deze doelgroep ligt op het beschermt wonen met intensieve dementiezorg, begeleiding en verpleging.

Rol van de overheid

De overheid heeft (onder andere door middel van het voormalige College Bouw Zorginstellingen) in het verleden een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van zorgvastgoed in Nederland.

Op het moment dat een zorginstelling vastgoed wilde realiseren moest tot 1 januari 2010 een vergunning van dit college worden verkregen. College Bouw Zorginstellingen toetste de vastgoedplannen op de normen en eisen die waren opgesteld voor het specifieke gebruik en type vastgoed. Indien de vergunning werd verstrekt werden de kapitaallasten gedurende de levensduur van het object integraal vergoed. Hierdoor was geen trigger aanwezig voor zorginstellingen om te bouwen naar de behoefte van de bewoners en werd grootschalig bouwen gestimuleerd.

1 Zorgvastgoed in Nederland

Omvang van de markt

De marktwaarde van Nederlands zorgvastgoed bedraagt circa €60 miljard (bron: Arcadis). Er zijn circa 52 miljoen m² gedefinieerd als zorgvastgoed (bron: BAG en EIB, 2014). Hiermee is de sector qua metrage groter dan bijvoorbeeld het totale winkel- of kantorenvastgoed in Nederland.

	Verblijfsobject met gezondheidsfunctie	Verblijfsruimte zonder gezondheidsfunctie	Totaal
Care			
Ziekenhuizen	8,9	1,5	10,5
Medische en tandheelkundige praktijken	2,0	2,7	4,7
Paramedische en overige praktijken	1,5	7,1	8,6
Care intramuraal			
Verpleeghuizen	3,3	0,6	3,9
Verzorgingshuizen en andere tehuizen	3,3	4,4	7,8
Tehuizen: verstandelijke gehandicapten en psychiatrie	1,5	1,5	3,0
Jeugdzorg en maatschappelijke opvang			
Care extramuraal (waaronder thuiszorg en kinderopvang)			
Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting op ouderen, gehandicapten	0,3	1,7	2,1
Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting niet specifiek gericht op ouderen en gehandicapten	0,4	9,9	10,3

Tabel 1: Omvang van de markt verdeeld per type vastgoed in miljoen m²

Wijziging bekostigingssystematiek

De afgelopen jaren hebben er in Nederland aanzienlijke wijzigingen plaatsgevonden in de manier waarop zorginstellingen hun vastgoed moeten bekostigen.

Tot 2012 werden de kapitaallasten (rente en aflossing) op WTZI-gefinancierd (Wet toelating zorginstellingen) vastgoed integraal door de overheid bekostigd. De zorginstelling ontving op basis van een nacalculatie de daadwerkelijk gemaakte kosten voor huisvesting. Deze vergoedingsstructuur was relatief risicoloos voor de zorginstellingen.

Sinds 2012 zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk geworden voor hun vastgoedlasten. In plaats van een integrale vergoeding voor de kosten ontvangen ze een vergoeding per werkelijk geleverde zorgproductie (prestatiebekostiging). Dit zorgt ervoor dat zorginstellingen de volledige economische risico's van het vastgoed en de huurcontracten zijn gaan dragen. Door deze wijzigingen in het systeem zijn bijvoorbeeld ook de risico's voor onderhoud, bezettingsgraad en de eindwaarde van het complex bij de zorginstelling komen te liggen. De overgang tussen het voormalige en de huidige bekostigingsstructuur van zorgvastgoed vindt geleidelijk tot 2018 plaats. Na 2018 wordt het tarief dat per cliënt wordt ontvangen door de zorginstelling onderhandelbaar met het zorgkantoor. De belangrijkste reden voor de systeemwijziging is kostenbesparing en de stimulering van marktwerking in de sector. Een verdere uitleg van het huidige bekostigingssysteem wordt vermeld in de volgende paragrafen.

Rek aan referenties

In tegenstelling tot de kantoren, woning of winkelmarkt zijn er in de zorgsector nog weinig openbare referenties aanwezig. Veel transacties hebben plaatsgevonden tussen woningcorporaties en zorginstellingen en zijn niet openbaar geweest en/of gebaseerd op een 'maatschappelijk' rendement. Daarnaast is er veel vastgoed in eigendom bij de zorginstellingen zelf. Pas sinds een aantal jaar worden door enkele partijen de transacties in kaart gebracht en ontstaat er beetje bij beetje transparantie binnen de sector. Doordat de gebouwen echter zeer uiteenlopende functies hebben en niet direct in dezelfde wijk of in de buurt van elkaar gelegen zijn is het direct vergelijken tussen de verschillende objecten vaak lastig.

College Sanering Zorginstellingen

In de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) is vastgelegd dat een instelling zich bij het College sanering moet melden, zodra een instelling voornemens is onroerende zaken te gaan vervreemden, verhuren, of aan een beperkt recht te onderwerpen. Het College Sanering Zorginstellingen heeft als doelstelling zoveel mogelijk geld voor de gezondheidszorgsector te behouden en dit niet weg te laten vloeien naar gemeenten of projectontwikkelaars. Om dit te bereiken houdt het College sanering toezicht op het vervreemdingsproces. De melding op grond van een voornemen van de instelling maakt het mogelijk dat het College sanering vanaf het begin bij het proces is betrokken. Bij grotere en complexere transacties besluit het College om een gemachtigde aan te wijzen die namens het College het toezicht op het proces zal uitoefenen. Het beleid van het College sanering schrijft een open en transparant proces van

vervreemding voor, waarbij zo veel mogelijk partijen de kans hebben gehad een bod te doen om zo een marktconforme prijs te behalen.

Er kunnen voor een instelling gegronde redenen zijn om af te wijken van het beleid om verschillende biedingen tot stand te laten komen. Indien er slechts met één partij onderhandeld wordt moet dit wel altijd worden goedgekeurd door de gemachtigde. Na deze goedkeuring kan de instelling het vervreemdingsproces voortzetten met de beoogde partij. Ook in dit proces zal de gemachtigde toezicht houden op de totstandkoming van de marktconforme prijs. De marktconforme prijs wordt dan bepaald door ten minste twee taxaties. Omdat de markt niet zijn werk kan doen wordt minimaal de hoogste taxatieprijs gevolgd. Meer informatie en actuele ontwikkelingen rondom het College Sanering Zorginstellingen zijn te vinden op de website www.collegesanering.nl.

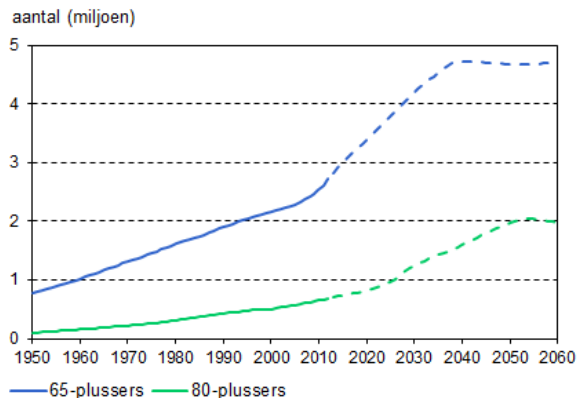
Bruto vloeroppervlakte

Bij het waarden van zorgvastgoed wordt (behalve bij gezondheidscentra) gerekend met bruto vloeroppervlakte in plaats van over verhuurbaar vloeroppervlakte. Losse appartementen worden vaak als gebruiksoppervlakte (GBO) benoemd. Het feit dat er geen aansluiting wordt gezocht met verhuurbare vloeroppervlakte wordt mede veroorzaakt door de aanwezigheid van relatief grote algemene ruimten en infrastructurele voorzieningen in de complexen. Om het vastgoed van verschillende complexen enigszins met elkaar te kunnen vergelijken, wordt altijd gesproken over bruto vloeroppervlakte.

2 Trends en ontwikkelingen

Vergrijzing

Nederland staat aan de vooravond van een verandering in samenstelling van de bevolking. Het aantal ouderen zal de komende jaren zeer snel toenemen. Volgens het CBS (2014) stijgt het aantal 65+'ers van 2,7 in 2012 naar 4,7 in 2041. Tot 2060 blijft het aantal schommelen rond circa 4,7 miljoen.



Figuur 2: Vergrijzing (bron: CBS)

De komende jaren zal eerst het aandeel 65-79-jarigen sterk stijgen. Vanaf 2025 neemt ook de groep 80+'ers zeer sterk toe. Dat heet de dubbele vergrijzing. In 2040 bereikt Nederland het hoogtepunt van het aantal 65+'ers. Naar schatting is dan 26% van de bevolking ouder dan 65. Circa 10% is op dat moment ouder dan 80 jaar. In 2013 is slechts circa 4% van de bevolking ouder dan 80 jaar.

De komende decennia zal de 'grijze druk' sterk toenemen. In 2012 is dit circa 27%, terwijl dit in 2040 circa 51% is. De grijze druk geeft de verhouding aan tussen het aantal 65+'ers en de potentiële beroepsbevolking. Het geeft inzicht in de verhouding ouderen tot het potentieel werkende deel van de bevolking, die de lasten van de vergrijzing moet opvangen. In 2012 zijn er nog vier potentieel werkenden op elke oudere, in 2040 is dit afgenomen naar twee potentieel werkenden voor iedere 65+'er. Na 2040 blijft de grijze druk stabiel tot circa 2060.

Veranderende marktpraak Ouderenzorg

In de komende jaren zal de vraag naar verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg zich anders gaan ontwikkelen dan in het voorgaande decennium. Er zijn diverse ontwikkelingen te identificeren die ieder op een andere manier effect hebben op de totale zorgvraag voor ouderen. Deze ontwikkelingen zijn:

- 1 Het wegvallen van de vraag naar verzorgingshuiscapaciteit als gevolg van de introductie van scheiden wonen en zorg.
- 2 De toenemende vraag naar concepten van verzorgd wonen als gevolg van het vaker en langer zelfstandig wonen door ouderen.
- 3 De toenemende vraag naar verpleeghuiszorg als gevolg van het toenemend aantal ouderen met een zware zorgvraag.
- 4 Het verzekerde pakket zal mogelijk nog verder worden beperkt in verband met de collectieve bekostiging van de zorg en de macro-economische beheersbaarheid van de kosten.

Wlz, Wmo en Zvw

De betekenis van de volgende afkortingen is als volgt:

- Wlz Wet langdurige zorg;
- Wmo Wet maatschappelijke ondersteuning;
- Zvw Zorgverzekeringswet;
- Pgb persoonsgebonden budget.

De overheid bepaalt de wetgeving omtrent de zorg. Om die reden kan zij sturen op bijvoorbeeld vergoedingsstructuren en beleid. De overheid bezit hierdoor een belangrijke rol binnen de zorgsector en dus ook bij het bepalen van de waarde van het vastgoed. Als een kabinet besluit om de wetgeving dermate te veranderen dat bijvoorbeeld de inkomsten voor het leveren van zorg voor een zorginstelling naar beneden gaan of op een andere manier worden vergoed, kan dat direct ten koste gaan van bijvoorbeeld de solvabiliteit van de

instellingen en daarmee ook de marktwaarde van beleggingsvastgoed. Bezuinigingen om het huidige systeem gereed te maken voor de aankomende vergrijzing worden tevens door de overheid opgelegd. In eerdere kabinetten is besloten om de zorg verder te gaan decentraliseren. Dit betekent dat er meer beleid bij de gemeenten komt te liggen en minder bij de landelijke overheid.

Zorgvastgoed als belegging

Het investeren in zorgvastgoed door marktpartijen heeft de afgelopen jaren flink aan populariteit gewonnen. Dit wordt mede veroorzaakt doordat er tot voorheen weinig tot geen aanbod van beschikbare zorggebouwen aanwezig was op de markt. Zorginstellingen konden immers goedkoop (en geborgd) financieren bij banken en woningcorporaties stonden in de rij om het vastgoed mee te ontwikkelen en eigenaar te worden. Nu deze ontwikkelingen veranderd zijn komen er voor partijen diverse beleggingsmogelijkheden op de markt beschikbaar.

Dat beleggers in toenemende mate interesse tonen is ook te verklaren doordat (de eigenschappen van) verhuurd zorgvastgoed interessante beleggingskenmerken kunnen vertonen. Indien ze bijvoorbeeld vergeleken worden met verhuurde kantoren, bedrijfsruimten of winkels kunnen ze voor beleggers leiden tot een aantrekkelijke diversificatie van de vastgoedportefeuille. Essentieel voor iedere belegger is echter dat er een gezonde business case onder de zorgexploitatie ligt en de huur langjarig op een gezonde manier kan worden opgebracht. Voor beleggers zijn daarnaast voor- en nadelen te benoemen; deze zijn weergegeven in tabel 2.

Voordelen	Nadelen
Langjarige huurcontracten	Beperkte diversificatiemogelijkheid
Exit en herfinancieringsrisico goed in te schatten	Geen transparante markt (aanwezig)
Inflatiebestendig	Politiek risico
Relatief conjunctuur ongevoelig	Kennisintensief
Toenemende doelgroep ouderen	
Steeds meer aanbod beschikbaar	
Maatschappelijke investering	

Tabel 2: Voor- en nadelen van beleggen in zorgvastgoed

Ontwikkelingen in het buitenland

Zorgvastgoed in de landen om Nederland heen is op hele andere manieren gefinancierd en gestructureerd dan in Nederland. Nederland staat in het buitenland bekend om haar

kennisintensieve en sociale zorgstelsel. Daarnaast onderscheidt Nederland zich door de kleinschaligheid van de locaties. De vraag is echter of het sociale karakter van dit stelsel met de aankomende vergrijzing ook stand kan houden in haar huidige vorm. Door onder andere de vergoedingssystematieken is de beleggingsmarkt in de landen om ons heen al veel verder ontwikkeld. De verwachting is dat Nederland deze ontwikkeling de komende jaren ook zal doormaken en het een steeds volwassenere beleggingscategorie gaat worden.

Waarborgfonds voor de zorgsector (WFZ)

De Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) is het garantie-instituut van en voor zorginstellingen. Het WFZ biedt haar deelnemers een borgstelling waardoor een zorginstelling eenvoudiger een lening kan verkrijgen tegen gunstigere condities. Door de borging garandeert het WFZ aan de geldgevers de betaling van rente en aflossing op leningen aan zorginstellingen. Hierdoor lopen geldverstrekkers geen risico meer, zodat zij een lagere rente kunnen aanbieden. Daarnaast is een WFZ-geborgde lening voor banken solvabiliteitsvrij wat extra rentevoordeel oplevert. De aanwezigheid van een eventuele borging heeft geen invloed op de marktwaarde van het vastgoed.

Het WFZ voert daarnaast werkzaamheden uit voor de Rijksoverheid in verband met de in het verleden aan zorginstellingen verstrekte overheidsgaranties. Daarnaast wordt ze door enkele provincies ingeschakeld om de risicobewaking uit te voeren op de nog lopende provinciegaranties ten behoeve van zorginstellingen.

Rol van de Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is marktmeester in de zorg. In haar rol als regelgever stelt de NZa de tarieven, prestaties en budgetten voor zorgaanbieders. De NZa houdt toezicht op de drie publieke belangen in de zorg, namelijk:

- 1 transparantie van informatie over onder andere de inhoud van het zorgaanbod, de kwaliteit van de zorg en de prijs van het aanbod;
- 2 toegankelijkheid van de zorg zodat iedereen binnen redelijke reisafstand, binnen een redelijke tijd en onder redelijke voorwaarden toegang heeft tot de juiste zorg;
- 3 betaalbaarheid van de premie van de basisverzekering voor iedereen, zodat we de collectieve kosten in de hand houden.

De NZa adviseert de minister over de spelregels die nodig zijn in de zorg en signaleert mogelijke inconsistenties en belemmeringen.

3 Kenmerken zorgvastgoed

Exploitatievastgoed

De exploitatie die in zorgvastgoed kan plaatsvinden, heeft een belangrijke invloed op de waarde van het complex. De exploitatie bepaalt de inkomsten die door de zorgexploitant worden ontvangen vanuit bijvoorbeeld het pgb, de Wmo, de Wlz of de eigen bijdragen van de

cliënten. Een deel van deze inkomsten kunnen door de zorgexploitant worden ingezet voor het betalen van de kapitaallasten voor het specifieke gebouw of haar vastgoedportefeuille. Net als bij bijvoorbeeld benzinstations, hotels en vakantieparken is het vastgoed hierdoor het faciliterende omhulsel waarin de exploitatie gevoerd wordt. Afhankelijk van het succes van de exploitatie en de zorgexploitatie mogelijkheden van het complex, neemt de waarde van het object toe of af. De elementen die naast de exploitatie een essentiële rol spelen bij de waardering, worden in subparagraaf 5 besproken.

Zorgvastgoed onderscheidt zich vaak op diverse vlakken van andere vastgoedsectoren. Afhankelijk van de zorggerelateerde functie bezit het vastgoed vaak specifieke kenmerken. Een woonzorgcomplex voor lichte zorgbehoevenden heeft vaak veel daglichttoetreding en brede gangen om ervoor te zorgen dat bewoners elkaar eenvoudig met bijvoorbeeld een rollator kunnen passeren. Daarnaast is een goede liftstructuur noodzakelijk om ervoor te zorgen dat bewoners eenvoudig naar de verschillende verdiepingen toe kunnen gaan. De deuren zijn breder dan standaard en de sanitaire voorzieningen eenvoudig en drempelloos toegankelijk. Ook een gezamenlijke of zelfstandige buitenruimte is zeer gewenst. Afhankelijk van de zorgwaarde van de cliënten en het zorgconcept van de exploitant kan ook de omvang van de appartementen en de algemene ruimten aanzienlijk verschillen. Bij bijvoorbeeld ziekenhuizen zijn hele andere kenmerken gewenst. Hier dienen zeer hoogwaardige luchtbehandeling en klimaatinstallaties aanwezig te zijn en kan bijvoorbeeld parkeren een belangrijk onderwerp zijn. Zorgvastgoed is een zeer breed begrip, hetgeen ervoor zorgt dat ook de vastgoedkarakteristieken zeer uiteenlopend kunnen zijn.

Geen huurmarkt

Bij zorgvastgoed is er slechts in zeer beperkte mate sprake van openbaar huuraanbod. Er is immers geen ziekenhuis dat volledig te huur staat en nog geschikt is voor deze functie. Hetzelfde geldt bij klinieken en in mindere mate bij gezondheidscentra en woonzorgcomplexen. Er is bij zorgvastgoed geen huurmarkt aanwezig waarbij men vergelijkbare objecten kan huren. Het vaststellen van de huurwaarde gebeurt dan ook niet door middel van de vergelijkingsmethode. Omdat er simpelweg vrijwel geen vergelijkbare objecten in de markt aanwezig zijn. Bij woonzorgcentra zijn soms wel de individuele huurprijzen van kamers inzichtelijk. Dit is echter een andere huurprijs dan de zorginstelling kan betalen aan de vastgoedeigenaar. Dit is een ander bedrag omdat in deze huurprijs tevens het risico voor niet volledige bezetting, marketing en andere elementen zijn verwerkt.

Zorginstelling als eigenaar/gebruiker

Een groot deel van het zorgvastgoed in Nederland is in eigendom van de gebruiker van het vastgoed. Bij het waardenen wordt dan ook vaak gebruikgemaakt van de prognoses van de actuele gebruiker met betrekking tot de te voeren zorgexploitatie. De taxateur dient hierbij in te schatten of een vergelijkbare gebruiker eenzelfde exploitatie in het complex kan voeren en of het aannemelijk is dat de geprognosticeerde exploitatie wordt behaald. Indien dit aannemelijk is kan rekening worden gehouden met de geprognosticeerde exploitatie. Indien

dit niet aannemelijk is dient de taxateur zelf een voor de hand liggende exploitatie te bepalen, rekening houdend met de wet- en regelgeving, de locatie en markt en met het gebouw.

Zorginstelling als verhuurder

Net als woningcorporaties krijgen zorginstellingen ook te maken met de warmtewet en de verhuurdersheffing. Hierdoor worden zij energieleverancier voor de bewoners die bij hun huren en dienen ze jaarlijks verhuurdersheffing aan de overheid te betalen. Dit laatste is enkel van toepassing als er meer dan tien eenheden verhuurd worden waar minder dan tien uur zorg in de week geleverd wordt.

Alternatieve aanwending

Zorgvastgoed werd in het verleden vaak specifiek ontwikkeld voor een bepaalde gebruiker. Hierbij werd expliciet rekening gehouden met de wensen en eisen die deze gebruiker op het moment van de ontwikkeling van het vastgoed heeft. Voor deze gebruiker was het vastgoed, als het goed is, dan ook optimaal geschikt. Naar gelang de tijd verstrijkt zijn ook de bouwtechnische mogelijkheden, de behoefte van de cliënten en de manier waarop instellingen vinden dat er zorg geleverd dient te worden van belang. Dit heeft ook gevolgen voor het vastgoed. Door de tijdgeest is het vastgoed dat gebouwd is in het verleden dus vaak minder functioneel ten opzichte van nieuwbouw. Indien bestaand zorgvastgoed leeg komt te staan, hoeft het technisch nog niet afgeschreven te zijn maar is er vaak sprake dat het vastgoed (onvoldoende) geschikt is voor de gewenste exploitatie. Een andere reden kan zijn dat de exploitatie van de zorginstelling in zijn geheel terugloopt en er minder van dat type zorg geleverd gaat worden. Dit wordt bepaald door de behoefte van de maatschappij en de rol van de overheid bij het vaststellen van de vergoedingsstructuren en het bepalen van het beleid.

De complexen die leegkomen kunnen in sommige gevallen opnieuw binnen de zorgsector worden ingezet. Of dit succesvol kan zijn hangt mede af van de structuur van het object, de behoefte in de markt en de locatie. Om te transformeren naar een andere of vergelijkbare zorgfunctie is in de meeste gevallen echter wel een kapitaalintensieve verbouwing noodzakelijk. Het object kan in sommige gevallen ook geschikt worden gemaakt om weer langjarig functioneel te zijn binnen een andere doelgroep binnen de zorgsector. Afhankelijk van het vastgoed zijn ook andere alternatieve invullingen mogelijk. Er zijn reeds diverse woonzorgcomplexen in zijn geheel of gedeeltelijk getransformeerd naar gezondheidscentra, kliniek of studentenhuisvesting. Ziekenhuizen zijn in het verleden reeds getransformeerd naar kliniek, woonzorgcomplex, kantoorfunctie, hotelfunctie enzovoort. De omvang van veel ziekenhuizen en specifieke (incourante) bouw maakt transformatie vaak niet eenvoudig. Nieuwbouw zorgvastgoed wordt, in tegenstelling tot het vastgoed uit het verleden, vaak al ontwikkeld op een manier waarop rekening gehouden is met een eventuele toekomstige transformatie naar een andere functie.

4 Waardering voor de jaarrekening

Door de gewijzigde bekostigingssystematiek van zorgvastgoed dient ook het zorgvastgoed op de jaarrekeningen anders gewaardeerd te worden. Op de jaarrekening dient expliciet rekening te worden gehouden met de terugverdien capaciteit en de geprognosticeerde werkelijke gebruiksduur van het zorgvastgoed. Eventuele langdurige exploitatieverliezen moeten in beeld worden gebracht en krijgen invloed op de jaarrekening.

Zorgvastgoed moet sinds 2011 de impairment-test ondergaan. Dit dient ervoor om vast te stellen of de waarde in de boekhouding nog steeds een getrouw beeld geeft van de werkelijke waarde. De test is bedoeld om de boekwaarde te vergelijken met de realiseerbare marktwaarde. Indien de boekwaarde hoger ligt dan de realiseerbare waarde is een bijzondere waardevermindering noodzakelijk. Als de boekwaarde vergelijkbaar is met de realiseerbare waarde dan is er geen reden voor afwaardering naast de jaarlijkse afschrijvingen. Indien de realiseerbare marktwaarde hoger ligt dan de boekwaarde, dan mag de boekwaarde niet (naar boven) worden bijgesteld.

5 Aandachtspunten voor waardering

Voor het waarderen van zorgvastgoed zijn onder andere de volgende aandachtspunten van belang voor een waardering van zorgvastgoed:

- de efficiëntie en de kwaliteit van de zorgonderneming;
- de mate waarin de zorgonderneming in staat is om aan financiële verplichtingen te voldoen;
- de locatie en ligging van het vastgoed;
- geografische en specialistische concurrentie;
- de kwaliteit van het vastgoed qua leeftijd, functionaliteit en staat van onderhoud;
- risico's ten aanzien van de huurder(s) en het vastgoedobject;
- de huur ten opzichte van de geldende markt;
- de mogelijkheden en onmogelijkheden ten aanzien van groei of afname in huur en mogelijke huurverleningen;
- de waardevermindering van het vastgoedobject en de eindwaarde in relatie tot een mogelijke alternatieve aanwendbaarheid;
- de meerjaren onderhoudsbegroting van het vastgoedobject;
- de prognose ten aanzien van (mutatie)leegstand;
- een (mogelijk) uitpondscenario.

6 Taxatie van woonzorgcomplexen

Onder woonzorgcomplexen wordt verstaan de complexen waar mensen woonachtig zijn die zorg geleverd krijgen in de segmenten: Verzorging en verpleging (vv), Geestelijke gezondheidszorg (ggz), Lichamelijk Gehandicapt (LG), Verstandelijk gehandicapt (VG) enzovoort.

Zoals in eerdere paragrafen is benoemd is er geen openbare aanbod- en vraagmarkt van woonzorgcomplexen. Om die reden kan bij het waarderen van woonzorgcomplexen zeer beperkt gebruik worden gemaakt van vergelijkbare huurprijzen. De huurwaarde dient hierdoor op een andere manier te worden bepaald. De exploitatie die in een complex gevoerd kan worden, is leidend om de huur te bepalen die een zorgexploitant kan dragen om een gezonde bedrijfsvoering te kunnen voeren. Om een marktconforme huurprijs te berekenen wordt in de basis uitgegaan van de vergoedingsstructuur voor huisvesting zoals deze door de overheid is bepaald voor intramuraal vastgoed.

Vergoeding voor huisvesting per cliënt (indicatiestelling)

In de huidige bekostigingssystematiek vindt er per aanwezige cliënt een vergoeding per jaar plaats voor de huisvesting. De hoogte van deze vergoeding is afhankelijk van de specifieke zorgindicatie van de cliënt. Deze zorgindicatie wordt vastgesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De indicatie die van toepassing is hangt af van de zorgbehoefte van de cliënt en wordt uitgedrukt in zorgzwaartepakketten (zzp's). Een zorgzwaartepakket is een volledig pakket van intramurale zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en de zorg die de cliënt nodig heeft. Voor elk zzp is een gedetailleerde omschrijving van de prestatie die geleverd wordt tegen een vastgesteld zzp-tarief.

Normatieve huisvestingscomponent

Vanaf 2012 is aan elk zorgzwaartepakket een bedrag voor de huisvesting toegevoegd, de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Hierdoor is voor iedere zorgindicatie de huisvestingsvergoeding inzichtelijk. De door de Nederlandse Zorgautoriteit gehanteerde definitie van de NHC is als volgt:

Definitie

De normatieve huisvestingscomponent (NHC) is een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende nieuw) bouw en instandhouding. Deze vergoeding bestaat uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus van een nieuwbouw AWBZ-voorziening, rente, afschrijvings- en instandhoudingsuitgaven bij een bezettingspercentage van 97% en bij een vastgestelde investeringsnorm te dekken.

Hoogte van de NHC

De hoogte van de NHC varieert per zorgindicatie en is voor iedere zorgaanbieder gelijk. In 2014 zijn er 52 verschillende zorgindicaties. De hoogte van de NHC wordt door de NZa vastgesteld. De bedragen per NHC worden ieder jaar opnieuw vastgesteld door de NZa en zijn te downloaden vanaf hun website. Doordat de hoogte van de vergoeding (vooralsnog) voor iedere zorgaanbieder gelijk is ontstaat er een marktconforme huurwaarde per complex die

gebaseerd is op de zorgexploitatie die in het complex geleverd kan worden. De stichtingskosten hebben, in tegenstelling tot het voorgaande systeem, geen invloed meer op de hoogte van de vergoedingen die de zorginstelling voor haar huisvesting ontvangt. De hoogte van de NHC varieert tussen de € 8.800 en de € 16.500 per cliënt per jaar. Het eerste bedrag is voor licht zorgbehoevende in verzorgingshuizen (zpz 1 vv) en wordt niet meer opnieuw verstrekt (in verband met het scheiden van wonen en zorg). Het laatste bedrag is voor intensieve zorgbehoevende geestelijk gehandicapten in een gesloten behandelsetting (zpz 7 ggz-B). Voor deze laatste doelgroep cliënten zijn in complexen vaak ook extra ondersteunende ruimten nodig om deze zorgbehoevende goed te kunnen faciliteren. Actueel inzicht in de indicaties en de daaraan gekoppelde hoogte van de NHC is terug te vinden op de website van de NZa (vanaf CA-300-592). De kosten voor beheer (overhead medewerkers, belastingen, verzekeringen enz.) dienen betaald te worden uit de zpz en niet vanuit de NHC. De NHC is te splitsen in een specifieke component voor wonen, dagbesteding, behandeling en kantoren.

Bij het vaststellen van de hoogte van NHC-vergoeding is ervan uitgegaan dat een woonzorgcomplex in Nederland gerealiseerd wordt voor een exploitatieperiode van 30 jaar (zonder grootschalige renovatie), een gemiddelde instandhoudingsinvestering van 0,8% van de stichtingskosten en een indexatie van 2,5% per jaar.

Berekenen huurwaarde

Om de huurwaarde van een woonzorgcomplex waar mensen met een zorgzwaartepakket wonen te kunnen berekenen, dienen diverse correcties plaats te vinden op de bedragen die als NHC ontvangen worden. Deze correcties bestaan uit extra inkomsten of kosten die de zorginstelling moet betalen voor haar vastgoed en hierdoor niet aan huur en /of rentelasten kan uitgeven. Het totale NHC-bedrag dient voor meer besteed te worden dan enkel huur en/of kapitaallasten. De correcties die plaatsvinden om vanuit de NHC de huurwaarde te berekenen zijn hierna benoemd.

Bezetting

De bezetting in een complex is sinds de invoering van de NHC een belangrijk onderwerp. Bij het vaststellen van de hoogte van de NHC is ervan uitgegaan dat een complex 97% bezetting heeft. In een complex waar bijvoorbeeld 75% van de appartementen bezet is door cliënten, wordt ook slechts voor deze 75% van de cliënten een NHC ontvangen. De huur- of kapitaallasten van het complex zullen echter niet lager worden dan bij een volledige bezetting. De zorginstelling ontvangt bij een lagere bezetting echter minder NHC, hetgeen (net als bij alle overige vastgoedsectoren) op lange termijn kan leiden tot betalingsproblemen.

Overige huisvesting

Doordat de zorginstelling naast de NHC geen andere huisvestingsvergoeding ontvangt, dient uit de NHC ook de overige huisvesting van de zorginstelling betaald te worden. Een zorginstelling die bijvoorbeeld haar staffuncties huisvest op een los kantoor, kan hierdoor

minder betalen aan huur voor de wooncomplexen omdat vanuit de NHC ook de huisvestingslasten van het hoofdkantoor betaald dient te worden.

Onderhoudskosten

Indien een zorginstelling huurder is van een complex is in principe de eigenaar verantwoordelijk voor het onderhoud van het casco en de installaties. Om het gebouw echter aan de binnenzijde volledig geschikt te houden dient er ook onderhoud voor rekening van de huurder te worden uitgevoerd (denk aan het schilderen van de deuren, het vervangen van de kraanrubbertjes en het behangen van de muren). Deze kosten dienen, naast het instandhoudingsonderhoud, uit de NHC betaald te worden, om ervoor te zorgen dat ze niet ten koste gaan van het beschikbare bedrag voor het leveren van de zorg.

Mutatiekosten

Zodra een cliënt de huisvesting verlaat dient het appartement gereed gemaakt te worden voor de opvolgende bewoner. Deze mutatiekosten dienen door de zorgexploitant te worden gemaakt en zorgen ervoor dat de zorgexploitant minder aan huur opbrengen vanuit de NHC.

Overige huisvestingslasten

Vergoedingen voor onder andere de onroerendezaakbelasting en de opstalverzekering worden in een situatie waarin de zorginstelling huurt betaald door de verhuurder. Doordat de zorginstelling deze kosten niet heeft als zij huurt, kunnen deze bedragen bovenop de NHC worden afgedragen aan de verhuurder. De vergoedingen voor deze kosten komen uit het overige gedeelte van de zzp-vergoeding en zijn afhankelijk van onder andere de herbouwwaarde en WOZ-waarde van het complex. Deze extra kosten kunnen opgeteld worden bij de maximaal te betalen huur voor de zorginstelling.

Dagbesteding

Naast de vergoeding voor woonzorg kan er in een complex uit huisvesting worden geboden aan extramurale dagbesteding. Deze dagbesteding wordt aangeboden aan mensen die niet in het complex woonachtig zijn. Deze extramurale cliënten worden vaak met busjes opgehaald en naar het complex vervoerd. Omdat de huisvesting plaatsvindt in het complex wordt hiervoor een vergoeding verstrekt. Bij verzorging en verpleging is het gebruikelijk dat dagbesteding in het wooncomplex plaatsvindt. Deze vergoeding is afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënten en het aantal dagen dat iemand per jaar dagbesteding ontvangt in het complex. Deze vergoeding mag bij de huurwaarde worden opgeteld omdat deze kosten ook aan de huisvesting uitgegeven kunnen worden. Meer informatie over de huisvestingsvergoedingen van dagbesteding is te vinden in CA-300-592 van de NZa.

Diversen

Ieder woonzorgcomplex is uniek en om die reden zijn er ook in ieder complex afzonderlijke elementen die invloed hebben op de markthuur. Het kan bijvoorbeeld zijn dat er externe huurders in het complex aanwezig zijn die (in bijvoorbeeld een onderhuursituatie) huur

betalen aan de zorginstelling. Veelvoorkomende voorbeelden hiervan zijn de verhuur van ruimte voor pinautomaten en aan kappers en fysiotherapeuten. Deze extra inkomsten kunnen worden afgedragen aan de verhuurder. Daarnaast kunnen er elementen van invloed zijn op bijvoorbeeld de efficiëntie waarmee een zorginstelling zorg in het complex kan leveren. Indien de gangstructuren niet goed aansluiten bij de mogelijke exploitatie dienen hiervoor extra personeelsleden ingezet te worden. Deze extra kosten dienen in mindering te worden gebracht op de huur die kan worden opgebracht door de instelling. Op deze en andere voortschrijdende inzichten dient geanticipeerd te worden om het maximaal door een zorginstelling op te brengen bedrag voor een woonzorglocatie te kunnen bepalen.

Overgangsregime

Vanaf 2018 ontvangen de zorginstellingen de volledige NHC. Tot die tijd vindt er een overgangsregime plaats. Dit betekent dat voor zorginstellingen in de tussenliggende periode een vergoeding geldt die gedeeltelijk gebaseerd is op de oude en gedeelte op de nieuwe bekostigingssystematiek. Tabel 3 toont de verdeling tussen beide systematieken in de komende jaren.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kapitaallasten	90%	80%	70%	50%	30%	15%	0%
NHC	10%	20%	30%	50%	70%	85%	100%

Tabel 3: Verdeling tussen de systematieken in de komende jaren

Samengevat betekent dit dat een zorginstelling in 2016 een totaalbedrag van 30% van haar werkelijke huisvestingslasten en 70% van haar totale NHC-vergoeding (gebaseerd op de geleverde zorgproductie) als vergoeding voor het leveren van huisvesting ontvangt. Na 2018 gaat de NHC op in een integraal tarief per cliënt.

Vrije besteding NHC

Zorginstellingen mogen hun inkomsten vrij besteden. Dit betekent dat het bedrag dat wordt ontvangen en is toegekend aan de NHC niet volledig voor huisvesting hoeft te worden ingezet. De instelling die het bedrag ontvangt is vrij om dit te besteden zoals ze het willen. Dit betekent dat als zij een aantrekkelijk huurcontract onderhandelen met bijvoorbeeld de woningcorporatie en hierdoor niet hun volledige NHC hoeven in te zetten voor huur, ze geld overhouden om te besteden aan bijvoorbeeld het leveren van zorg. Indien een zorginstelling echter te groot en luxe heeft gebouwd kan het zijn dat de NHC-vergoeding ontoereikend is en de huisvestingslasten aangevuld moeten worden met inkomsten die eigenlijk voor het leveren van zorg besteed zijn. Door de huisvestingsvergoedingen vrij te laten wordt er een bijdrage geleverd aan de marktwerking in de zorg.

Belangrijkste gevolgen gewijzigde systematiek

Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk geworden voor hun vastgoed. Waar in het verleden de overheid de kosten voor huisvesting integraal vergoedde, dienen ze nu zelf ervoor te zorgen dat ze voldoende inkomsten hebben om de huisvesting langjarig te kunnen betalen. Doordat bezetting een essentieel element is geworden ontstaat er een toenemende mate van concurrentie tussen woonzorglocaties. Deze worden uitgedaagd om zich op het gebied van zorg of vastgoed te onderscheiden van andere aanbieders in de markt.

Stel: een zorginstelling heeft 24 appartementen. Deze cliënten zijn allen dementerend. Momenteel zijn er tien appartementen in gebruik door cliënten met zorgindicatie zzp 5 vv. Twaalf appartementen zijn in gebruik door cliënten met zorgindicatie zzp 7 vv. Twee appartementen staan leeg. De zorginstelling kan een indicatieve berekening uitvoeren om de huurwaarde te bepalen; zie tabel 4.

		Aantal cliënten	NHC per cliënt	Totaal NHC-inkomsten
Inkomsten				
Zorgindicatie	ZZP 5 VV	12	€ 10.135	€ 121.625
Zorgindicatie	ZZP 7 VV	12	€ 10.434	€ 125.218
Correcties				
Bezettingsgraad	91,7% van NHC inkomsten			-/- € 20.570
Mutatiekosten (gemiddeld) per wooneenheid per jaar	250	24		-/- € 6.000
Huurdersgebonden onderhoudslasten	5% van de NHC-inkomsten			-/- € 12.342
Overheadkosten	5% van de NHC-inkomsten			-/- € 12.342
Inkomsten dagbesteding	Aantal dagdelen: 50 (weken) X 5 (dagen p.w.)	24	€ 3,80 per dag	€ 22.800
Diversen	Afhankelijk per complex, vergoeding voor OZB, belastingen en verzekering			---
Maximale huursom door zorginstelling op te brengen aan huur vastgoed per jaar				€ 218.389

Tabel 4: Indicatieve berekening

De maximale huursom is het bedrag dat een zorginstelling aan huur per jaar kan betalen, gelet op de inkomsten die zij ontvangt voor huisvesting. In de praktijk is dit bedrag normaliter gelijk aan de huurwaarde, mits er aannemelijke redenen zijn om een afslag te hanteren op de maximale huursom.

Overige aandachtspunten

Aansluitend behandelen we twee overige aandachtspunten:

- scheiden van wonen en zorg
- particuliere woonzorg

Scheiden van wonen en zorg

In 2013 is 'scheiden wonen en zorg' van start gegaan. Met scheiden van wonen en zorg ontstaat een situatie waarin beide onderdelen, voor de lichtere zorgbehoevende cliënten, apart gefinancierd worden. Cliënten met een lichtere zorgvraag (o.a. zvp 1 en 2) ontvangen geen NHC-vergoeding meer als ze in een wooncomplex gaan wonen. Ze dienen het vastgoed uit eigen financiële middelen te gaan huren van bijvoorbeeld de zorginstelling. Dit sluit aan bij de wens van de doelgroep en de overheid om zo lang mogelijk thuis verzorgd te blijven wonen en pas als de zorgvraag intensiever wordt naar het woonzorgcomplex te verhuizen. Indien een cliënt met deze lichtere indicatie toch in het woonzorgcomplex wil wonen is dat vaak mogelijk, alleen dient de huur dan zelf betaald te worden. Deze huursom is gebaseerd op de WWS-puntensystematiek voor het bepalen van de maximale huur per appartement. Financieel heeft deze beleidswijziging aanzienlijke gevolgen voor de zorginstellingen. De huren die zij van bewoners ontvangen zijn immers aanzienlijk lager dan de vergoedingen van de NHC. Hierdoor kan een aanzienlijk gat ontstaan in de inkomsten. Doordat cliënten langer thuis blijven wonen kan er leegstand ontstaan. Bij onvoldoende bewoners en inkomsten kan het complex zelfs worden gesloten.

Scheiden van wonen en zorg geldt alleen voor cliënten met een nieuwe zorgindicatie. Voor de cliënten die reeds over de zorgindicatie beschikken blijven zorginstellingen recht houden op de NHC. Voor nieuwe cliënten die in de lichtere categorieën vallen, is geen NHC meer beschikbaar. Zij dienen zelf de kosten voor huisvesting te betalen.

De risico's omtrent scheiden van wonen en zorg zullen in afnemende mate door zorginstellingen worden gelopen. Het is niet voor de hand liggend dat zij nieuwbouwcomplexen gaan ontwikkelen voor deze doelgroep. Deze taak zal vermoedelijk opgepakt worden door corporaties door middel van (sociale) seniorenwoningen of marktpartijen die zich richten op de koop- of vrije sector huur (senioren) appartementen. Het waarderen van dit soort complexen kan plaatsvinden via de methodiek die wordt toegepast bij woningcomplexen. Echter, de geboden zorgservicecomponent kan (in zowel positieve als negatieve zin) aanzienlijke invloed uitoefenen op de huurprijs, de courantheid en de waarde van het complex.

Particuliere woonzorg

Naast de reguliere woonzorgcomplexen ontstaan er in Nederland ook steeds meer particuliere woonzorgcomplexen. Momenteel zijn er circa 175 locaties waar bewoners tussen de € 1.500 en € 5.500 per maand aan huisvestingslasten betalen. Deze bewoners zijn bereid deze relatief hoge huren te betalen omdat ze in een unieke, luxe omgeving verblijven en er een hoge mate van voorzieningen in het complex aanwezig is. Daarnaast wordt er goede intensieve zorg geleverd die qua aandacht en tijd hoogwaardiger is dan in een regulier verzorgingshuis. Doordat de doelgroep vermogende ouderen de komende jaren in Nederland aanzienlijk gaat stijgen en de basiszorg in verband met de oplopende kosten en het groeiende aantal zorgbehoevenden vermoedelijk verder zal worden ingeperkt, zal de groei van het particuliere woonzorgsegment ook de komende jaren nog aanzienlijk aanhouden. Bij het waarderen van dit type vastgoed is ook de exploitatie van essentieel belang. De huren die betaald worden, zijn vaak relatief hoog gelet op andere functies. Indien het concept aansluit op de vraag vanuit de markt en een succesvolle exploitatie draait kunnen ze echter vaak wel gedragen worden vanuit de bedrijfsexploitatie. De kosten om deze locaties volledig geschikt te maken voor de betreffende functie zijn vaak relatief hoog, hetgeen zich tevens vertaalt in een relatief hoge huursom.

Bepalen marktwaarde

Om de marktwaarde te bepalen kan gebruik worden gemaakt van de huurwaarde-kapitalisatiemethodiek en de DCF-methodiek. Deze eerstgenoemde kunnen we toepassen bij complexen waar de exploitatie nog een zeer lange periode op een vergelijkbare manier door zal gaan. De DCF-methodiek biedt de mogelijkheden om de toekomstige exploitatie van het complex omtrent bijvoorbeeld aantal jaren exploitatie, bezettingsgraden, renovaties enzovoort te prognosticeren. Daarnaast kan er in deze methodiek rekening worden gehouden met het feit dat de exploitatie over een bepaalde termijn wordt beëindigd. Indien je weet dat het complex over bijvoorbeeld zes jaar verlaten gaat worden door de zorgexploitant en een nieuwe zorgaanbieder dit complex niet gaat huren is het bij een huurwaarde-kapitalisatiemethodiek lastig om het rendement correct in te schatten omdat er geen sprake is van onbeperkte mogelijkheid tot het ontvangen van huurinkomsten. Bij de discounted cash flow-methode kan in dat geval de toekomstige exploitatie (en huurinkomsten van bijvoorbeeld zes jaar) inzichtelijk worden gemaakt. In het jaar erna kan worden gerekend met het opvolgende scenario van het vastgoed (grootschalige renovatie/grondwaarde minus sloopkosten/transformatie).

7 Taxatie van ziekenhuizen

Een ziekenhuis is een gebouw dat is ingericht voor behandeling, onderzoek en verpleging van zieken. In een polikliniek vindt medische consultatie en/of behandeling plaats van niet bedlegerige patiënten, hier vinden dus geen overnachtingen plaats. Een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) is een samenwerkingsverband tussen ten minste twee medische specialisten die (deels) verzekerde zorg leveren. Afhankelijk van de type behandeling vinden

hier wel of geen overnachtingen plaats. Particuliere klinieken (privéklinieken) leveren vaak alleen niet-verzekerde zorg.

Het taxeren van een ziekenhuis, ZBC of kliniek kan door middel van verschillende taxatiemethodieken. Het vastgoed is vaak erg specifiek en enkel voor de huidige functie te gebruiken. ZBC's en klinieken zijn in sommige gevallen te transformeren naar andere functies, alleen zijn de aanwezige installaties dan vaak niet of minder efficiënt in te zetten. Hierdoor kan er kapitaalvernietiging plaatsvinden. In de praktijk is het dan ook niet snel technisch en/of financieel aantrekkelijk om tot alternatieve aanwending over te gaan. Van welke taxatiemethodiek gebruik wordt gemaakt is mede afhankelijk van het doel van de taxatie en het te hanteren waardebegrip.

Net als bij bijvoorbeeld woonzorg is ook in een ziekenhuis, ZBC of kliniek de exploitatie bepalend voor de huur die de instelling kan betalen. Daarnaast zijn sommige ziekenhuizen geclusterd gebouwd waardoor ook het bepalen van de huurwaarde geclusterd kan plaatsvinden. Indien een marktconforme huurwaarde bepaald kan worden, kan vervolgens worden overgegaan op de kapitalisatiemethodiek. Een andere methodiek voor waardering is de gecorrigeerde vervangingswaarde. Hierbij worden de nieuwbouwkosten gecorrigeerd voor de technische en functionele veroudering van het complex.

Bepalen huurwaarde

Alle mogelijke behandelingen die plaatsvinden in een ziekenhuis of ZBC zijn benoemd in type Diagnose Behandelcombinaties (DBC's). Diagnostiek is de methode of techniek om een ziekte of probleem te kunnen vaststellen. De DBC is de unieke code en de declarabele prestatie die het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de behandeling die eruit volgt omvat. Het deel dat in de DBC bestemd is voor het betalen van je huisvestingslasten is niet inzichtelijk. Omdat er geen inzicht te verkrijgen is in de inkomsten voor huisvesting die een ziekenhuis of ZBC krijgt vanuit de geleverde zorg, dient aansluiting te worden gezocht met een andere exploitatiegedreven parameter.

Op basis van diverse onderzoeken en ervaringscijfers van diverse gerenommeerde accountants, taxateurs en bedrijfskundigen, blijkt dat een gemiddeld ziekenhuis circa 6 tot 12% van haar EBITDA kan afdragen aan jaarlijkse huurlasten. EBITDA staat voor Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortisation, of in het Nederlands: winst voor aftrek van interest, belastingen, afschrijvingen op activa en afschrijvingen op leningen en goodwill. Hierbij is 6% voor het ziekenhuis waar het vastgoed het minst bijdraagt aan een goede exploitatie en de kwaliteit te wensen over laat. De 12% van de EBITDA is voor het ziekenhuis dat in prima staat verkeerd en waarbij het vastgoed volledig bijdraagt aan het succes van het ziekenhuis. Meer uitleg over de EBITDA-methodiek is terug te vinden in het hoofdstuk 15 over business valuation in dit boek.

Geclusterde metrages

Door het College Bouw Zorginstellingen is in het verleden de 'schillenmethodiek' opgesteld voor de afweging bij investeringsbeslissingen. Deze methode verdeelt de functies in het

ziekenhuis in aan de hand van de specifieke gebouweisen in vier huisvestingstypologieën, schillen genaamd. Ieder deel van het ziekenhuis is aan een huisvestingstypologie toe te wijzen. De eerste schil, de hot floor, omvat de hoogtechnologische, kapitaalintensieve functies die specifiek zijn voor het ziekenhuis. De tweede schil, het hotel, omvat de functies die ingezet worden voor het verblijven van de patiënten. Het vastgoed horende bij de derde schil, het kantoor, wordt ingezet voor het houden van spreekuur en het verrichten van eenvoudige onderzoeken en behandelingen. Logischerwijs zitten hier ook de kantoorvoorzieningen, zoals stafaccommodatie, administratie en beheer. In de vierde functie, de fabriek, zitten alle medische ondersteunende en faciliterende functies gehuisvest.

Door aan iedere schil een eigen marktconforme huurwaarde te hangen, die bepaalt is op basis van referenties en dus het bedrag omvat waarvoor je deze schil (eventueel in- of exclusief transformatie naar een voor de hand liggende andere functie) zou kunnen verhuren, ontstaat er een huurwaarde.

Bepalen marktwaarde

Zoals hiervoor is toegelicht kan de waarde van een ziekenhuis, kliniek of ZBC op verschillende manieren bepaald worden. Indien de huurwaarde bepaald kan worden kan door middel van de huurwaarde-kapitalisatiemethodiek en/of de DCF-methodiek tot een marktwaarde worden gekomen. Deze laatstgenoemde biedt de meeste mogelijkheden om de toekomstige exploitatie (en dus de huurwaarde) van het complex omtrent bijvoorbeeld aantal jaren exploitatie, renovaties enzovoort te prognosticeren. Daarnaast kan er in deze methodiek rekening worden gehouden met het feit dat de exploitatie over een bepaalde termijn wordt beëindigd of dat er grootschalig wordt gerenoveerd.

Daarnaast kan een ziekenhuis gewaardeerd worden door middel van de gecorrigeerde vervangingswaarde. Deze methodiek wordt tevens toegepast bij het waarderen van een ziekenhuis voor de WOZ-waarde. Meer toelichting over deze waarderingmethodiek voor onder andere ziekenhuizen is terug te vinden in de 'Taxatiewijzer en kengetallen', opgesteld door de Vereniging Nederlandse Gemeenten, en in TLV1 9). Hierbij dient expliciet rekening gehouden te worden met de grote hoeveelheid installaties die in een ziekenhuis en met name in de hot floor, aanwezig zijn.

Samenvatting

De totale voorraad van maatschappelijk vastgoed in Nederland is enorm: de voorraad van maatschappelijk vastgoed met 98 miljoen m² is goed te vergelijken met de Nederlandse kantorenvorraad en de Nederlandse vastgoedvoorraad van de detailhandel samen.

Alleen al de 381 woningcorporaties verhuren 2,4 miljoen huurwoningen.

Gemeentelijk vastgoed wordt onderscheiden in drie categorieën: commercieel vastgoed, vastgoed voor eigen gemeentelijke organisatie en maatschappelijk vastgoed voor maatschappelijk doeleinden. Gemeenten zijn sinds het Besluit Begroting en Verantwoording (BBV) verplicht om hun vastgoed tegen kostprijs op te nemen in hun boekhouding. Dit dan minus de jaarlijkse afschrijvingen.

Zorgvastgoed in Nederland is een segment dat volop in ontwikkeling is. Gewijzigd overheidsbeleid zorgt ervoor dat zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn geworden voor hun huisvestingskosten. Mede hierdoor gaat vastgoed een steeds belangrijkere rol spelen binnen de bedrijfsvoering van zorgexploitanten. Zorgvastgoed omvat gebouwen met zeer uiteenlopende functies en karakteristieken. Hieronder vallen onder andere gezondheidscentra, klinieken, woonzorgcentra en ziekenhuizen. In de zorgsector wordt een belangrijk onderscheid gemaakt tussen de sectoren 'cure' (genezing) en 'care' (verzorging).

Om zorgvastgoed op de juiste manier te kunnen taxeren dient de taxateur op de hoogte te zijn van de wet- en regelgeving, trends en ontwikkelingen binnen de zorgsector en de samenleving. De (zorg)exploitatie bepaalt de inkomsten die door de zorgexploitant worden ontvangen vanuit bijvoorbeeld het pgb, de Wmo, de Wlz of de eigen bijdragen van de cliënten. Een deel van deze inkomsten kunnen door de zorgexploitant worden aangewend voor de huisvestingslasten voor het specifieke gebouw of haar vastgoedportefeuille. Net als bij bijvoorbeeld benzinestations, hotels en vakantieparken is het vastgoed hierdoor het faciliterende omhulsel waarin de exploitatie gevoerd wordt. Afhankelijk van het succes van de exploitatie en de mogelijkheden van de zorgexploitatie van het complex, neemt de waarde van het object toe of af. De waarde van zorgvastgoed wordt dus grotendeels bepaald door de zorgexploitatie die in het complex gevoerd wordt of gevoerd kan worden.

In de markt voor zorgvastgoed zijn nog weinig openbare referentietransacties te vinden. Dit komt omdat in het verleden veel zorgvastgoed in eigendom bleef van de woningcorporatie of de zorginstelling. Door veranderende marktomstandigheden komt er momenteel meer beleggingsaanbod beschikbaar. Daarnaast zijn er steeds meer beleggers die zorgvastgoed als kansrijke beleggingscategorie bestempelen. Er wordt dan ook verwacht dat het aantal transacties binnen de zorgvastgoedsector de komende jaren verder zal toenemen.

Dit artikel is een deel van het hoofdstuk 13 Maatschappelijk Vastgoed uit Taxatieleer 2 (Veuger, J 2015) onder redactie van T.M. Berkhout en P.C. van Arnhem. Uitgeverij Noordhoff. isbn 978 9001 832803

Estimating the market value

Intramural real estate assets in the care

Rob Röttscheid and Luuk Willems

The Dutch healthcare sector is subject to some major reforms. One of the most dominant arguments at the roots of these reforms is to keep the cost under control at an acceptable level. Two components of the reforms are of particular importance for the appraisal of the healthcare assets; the separation of the living and care component for the lighter forms of care and the integral and uniform compensation for the more intensive forms of care. The focus of this research is on the valuation of intramural care properties, and in particular a nursing home. The intensifying struggle of care institutions to obtain financing causes the necessity for proper market valuations of intramural real estate assets. Proper insight in the value will increase the transparency, which in turn can stimulate market functions.

Introducing risk into the compensation system

Before the reforms there was hardly any financial risk in financing healthcare assets. As the government would guarantee the interest payments on the mortgage, and the depreciation charges. Regulations directed that healthcare assets had to be depreciated at a 2 percent rate a year, with a residual value of zero¹. In other words the banks could provide a 50 year mortgage to a healthcare institution for which all the instalments and interest charges were paid for by the government. Within this system these assets were carried at book value minus depreciation in the books of care institutions and there was no incentive to know the market value. After the reforms the government would no longer guarantee payments based on the capacity of care assets, rather on the realized production. This change in compensation system causes care institutions to bear the (financial) consequence over their decisions. The interest charges and instalments on the mortgage for vacant properties would no longer be paid by the government and had to be paid by care institutions. This created an incentive to increase the occupancy rate of the properties that were not (fully) occupied, or sell them as these properties would no longer generate cash flows but the costs would not change. The so called 'impairment' test became mandatory clause in the annual report. It was devised to gain insight into whether the book value of the property was representative for the value in use, ergo, the discounted value of the expected future cash flows.

The constraints of appraising intramural care assets at market value

With the incentive to act on (vacant) care properties the necessity for new information arose, the market value of care properties. Appraisal techniques used to calculate (estimate) the market value can typically take two forms: comparison and discounted cash flow (DCF)

¹ NZa. (2009b). *Beleidsregel (CA-337): Afschrijving zorggebouwen* Nederlandse Zorgautoriteit.

techniques. The comparison technique is well suited for homogeneous properties with plenty of reference transactions available, such as residences. Care properties, however, are not homogenous and are therefore not suited for the comparison technique. Additionally, there are hardly any transactions of care property due to the absence of a market, which makes references scarce. This leaves the DCF method as most viable option to estimate the market value. There are however some constraints to this method when applying it to estimate the market value of intramural care properties.

Limited alternative uses of highly specialized properties

One of the input variables of a DCF method are net operating cash-flows. A dominant theory in appraisal literature dictates that the cash-flows should be the result of the highest and best use of the asset². Ergo, the market value should represent the value of the asset under the highest and best use. The first dilemma in this case is to determine whether the current use is the highest and best use, or whether potential other uses might generate higher cash-flows. Estimating the highest and best use can be rather trivial activity, especially if the potential highest use is quite differently from the current use of the asset. A common method to determine alternative uses of properties is to look at references, and intramural care assets are usually too heterogeneous to be compared. Problems like mentioned above have led to much discussion and controversy. There is another theory that has been gaining popularity, the most probable use. This theory overcomes the problem of speculating about potential uses as it assumes the most probable use of the property, and recognises that there might be other uses but assesses lower probabilities to them. This theory seems to work rather well for intramural care properties as for most properties the use seems limited to the current use. This is caused by inter alia the specificity of the assets. Properties have often been highly adapted to support their current use, housing the residents and delivering (health) care, this however limits potential other uses. For some healthcare assets redevelopment into for example student homes or short stay facilities is possible, this is, however, mostly an alternative to prevent vacancy.

Standardizing the method to estimate the future cash-flows

In the intramural healthcare, in our case an (VVT) nursing home, we can distinguish between various cash-flows. There are cash-flows that are the result of the care services, the 'care indication compensation' (ZZP). The cash-flows for the real estate costs the 'normative housing compensation' (NHC). And the cash-flows for the inventory costs, the 'normative inventory compensation', the (NIC). These are the three standardized compensations which an VVT institution will receive for intramural health care. There are more compensations, or cash-flows which the institution can lay claim to. For example when there is a large recreational area where activities can be organized or a kitchen from which 'meals on wheels' can be distributed. These cash-flows should be taken into account, however, for simplicity

² Lusht, K.M. (2001). *Real Estate Valuations: Principles and Applications*. State College, USA: KLM Publishing

reasons they have been disregarded for now. Although their numbers are still few, appraisers who appraise intramural care assets usually use the NHC compensation based on the current mix of ZZP's, minus an abatement to determine the cash-flows for discounting. This method only takes the NHC into consideration and disregards the other cash-flows. Currently the NHC is the cash-flow directly related to the real estate costs, and is used in the appraisal as a 'fictive' rent. From 2018, however, the three compensations (ZZP, NHC & NIC) are integrated into a single and uniform compensation. From this point on it is no longer possible to distinguish between the different compensations, and thus the NHC cannot be used anymore for appraisal purposes. One can argue that the specific nature of the real estate is the reason the services can be conducted inside, since the care services performed inside the asset (mostly) cannot be performed in regular residential assets. Continuing this reasoning, a part of the cash-flows from the services should be attributed to the real estate rather than the service. To estimate which part should be attributed to the real estate and which part to the care service a technique from the lodging appraising industry can be used. This technique only parts the cash-flows which are likely to change when the building would be operated by another user³. The rationale behind this theory is that above or below average performance should not be attributed to the value of the property, but rather to the value of the business. As one cannot assume that every manager/ business is able to generate similar earnings. The maximum compensation which an institution can receive are set by the 'Dutch healthcare authority' (Nza), these are, however, not the rates an institution will receive. As the rates an institution will receive are the result of negotiation between the institution and the insurer/ care office. The negotiations result in different compensations per institution, and to exclude individual institution effects an average can be used. This is also true for the occupancy rates. As the new compensation system is based on production rather than capacity an average occupancy rate can be used expressed as an percentage of the total capacity.

The height of the compensation an institution will receive for its clients depends on the 'type' of care a client requires. There are currently around ten different ZZP's a client can receive. In general, the highest ZZP receives the highest compensation rate, and the other way around. Higher ZZP's usually require more specialized personnel and facilities, hence more costs and a higher compensation. Institutions are mostly equipped to handle a range of different ZZP's, which is called the 'ZZP-mix'⁴. The proportion of each ZZP in the offered mix can vary over time as it is a dynamic process. Assuming the current ZZP-mix for estimating the cash-flows might therefore not provide complete inside in the cash-generating potential. To estimate the ZZP-mix over time it might therefore be better to take the proportion of ZZP's delivered in the geographical area of the institution, and apply it to the mix they are equipped to handle. By doing so one recognises that the local need for care rather than just the current occupation of the property. It is still difficult to estimate how the local need will develop over time, and

³ Rushmore, S. (2004b). Why the "Rushmore Approach" is a Better Method for Valuing the Real Property Component of a Hotel. *Journal of Property Tax Assessment and Administration*, 1(4), 15 - 28

⁴ van der Aalst, H. , Wissekerke van, N.E., & Verhoeff, O. (2010). Investeringskosten per zorgzwaartepakket, Basis voor een NHC in de Care. Utrecht: TNO, Centrum Zorg en Bouw

there is a limited availability of forecasts on the growth of each care indication over the long term.

Variables which influence the perceived risk and estimating the discount rate

Traditional methods of determining the discount rate for residential real estate use four main criteria: the risk free rate, a general sector increment, a location increment and an object related increment⁵. The impact each criteria has is to the discretion of the appraiser, and there are no uniform guidelines. When references are available, they can function as a guideline for estimating the discount rate. In the absence of a market, and no uniform guidelines, it is difficult to estimate an appropriate discount rate for intramural care properties. Adopting methods currently used for other types of real estate is problematic as well, since the discount rate should reflect the risks that are associated with the property. The cash generating capacity of intramural care properties depends greatly on the ability to maintain a high occupancy rate. The ability to maintain a high occupancy rate is for a large part determined by location and property characteristics. Location characteristics such as accessibility, regional demographics and facilities in the direct environment influence the attractiveness of an intramural care asset for its residents. Research⁶ has indicated that from all the facilities a general practitioner, a convenience store and parks are the preferred ones to have in the vicinity of the intramural care property, from the perspective of their residents. Continuing this reasoning, one can see that having these facilities in the direct vicinity can contribute to realizing and maintaining a high occupancy rate as these facilities are preferred by the residences. Similar arguments can be made regarding the accessibility, regional demographics and competition in the environment. Additionally characteristics from the property itself can contribute to the risk of the property. The presence of communal rooms, the size of the property and the size of the rooms. Communal rooms are preferred by the residences, and so they positively contribute to realizing a high occupancy rate. For the size of the property, that is number of places available in the building, one could argue that a certain size is needed to realize scale advantages, and therefore allow a more efficient use of the property. There are many more variables that might add or decrease to the risk associated with the intramural healthcare asset, such as governmental influences, which are hard to quantify. The care sector is particularly vulnerable to governmental influences. Changes in the height of the compensation can have a huge impact on the value of the property. This system risk might be somewhat underestimated. It is not an easy task to estimate the height of the discount rate without any references or transactions for comparison. There might, however, be possibilities in looking at the variables which influence the occupancy rate, and thus the cash generating capacity of the property. Current methods for estimating the discount rate for intramural care assets often use a variant of the 'weighted average cost of capital' (WACC). The proportion of debt often lies around the 75 percent and is mostly made up out of (state) guaranteed- and regular bank loans, with roughly a 50/50 ratio between them. The required

⁵ ROZ/IPD. (2007). *Taxatierichtlijnen* (Vol. Maart, 2007): Stichting ROZ vastgoedindex

⁶ Castelijns, E., van Kollenburg, A., & Meerman, W. (2013). *De vergrijzing voorbij*.

return on equity is often set equal to the cost of debt or slightly higher, although some care institutions set it at 8 - 10 percent. This can result in discount rates of 5 percent which have been used for the impairment or appraisal and have been approved by accountants.

Necessity for transparent and uniform appraisal practices

From the everyday practice we can see that it becomes increasingly difficult for care institutions to finance their real estate with funds from banks. The lack of proper insight in the market value causes reluctance with respect to the financing of intramural care assets from within banks. Appropriate risk assessments are required for banks and covenants such as loan to value ratios are common in loan contracts from banks and require insight in the market value of the property. Proper insight in the market value will increase transparency and uniformity in the healthcare sector. Not only, will this ease attracting funds from banks, it will also pave the way for alternative financing sources into the sector. However, more insight into the perceived risk and expected direct and indirect return of intramural care assets is required. Market valuations will contribute to the transparency and information availability within the care sector.

Perspectief voor beleggen in zorgvastgoed

Aanbevelingen voor het bevorderen van investment grade

Martin van Elp

De omstandigheden om in zorgvastgoed te beleggen verbeteren, en zorgvastgoed kan uitgroeien tot een volwaardige categorie in de portefeuilles van institutionele beleggers. Dit blijkt uit onderzoek door EIB en MSCI in opdracht van de Vereniging van Institutionele Beleggers in Vastgoed, Nederland (IVBN). In het onderzoek is de markt voor zorgvastgoed afgebakend en verder verkend. Dit is een samenvatting van Van Elp & Konings (2015).

Uit het onderzoek volgt dat de markt voldoende massa heeft, maar dat veel bestaand zorgvastgoed onaantrekkelijk is om in te beleggen. Institutioneel zijn de omstandigheden recent verbeterd, en bovendien is het gebruikersperspectief door de vergrijzing aantrekkelijk. Deze ontwikkelingen zorgen er mede voor dat er voor Nederland zelf nog geen betrouwbare (rendements)reeks van voldoende lengte voor ALM studies is. Ervaringen uit het buitenland wijzen voor zorgvastgoed desalniettemin in de richting van relatief weinig marktrisico en stabiele rendementen.

Buitenlandse ervaringen

In het buitenland¹ wordt het onderscheid naar cure (genezing) en care (verzorging) net als in Nederland gemaakt. In sommige landen wordt vooral in de cure belegd en in andere landen vooral in de care. Beleggers in het buitenland willen vooral beleggingen waarbij eigen betalingen door zorgcliënten groot zijn. Beleggers beleggen vaak weinig in het door de overheid gedomineerde deel van de zorg. De UK is hierop een uitzondering.

Segmentering van zorgvastgoed

Cure bestaat in Nederland uit eerstelijns zorg, tweedelijns zorg, en derdelijns zorg. De cure draait vooral om genezing. Eerstelijns zorg is direct toegankelijk zoals de tandarts of de huisarts. Tweedelijns zorg is na verwijzing toegankelijk. Derdelijns zorg betreft zeer specialistische zorg zoals laboratoria bij academische ziekenhuizen. Tot slot is er een categorie privéklinieken om te onderscheiden van de reguliere zorg. Cure wordt vooral vanuit de Zorgverzekeringswet bekostigd.

Care is onderverdeeld in woonzorgvastgoed, vastgoed met zorgfunctie, maatschappelijke dienstverlening² en privétehuizen. Woonzorgvastgoed is sprake van wanneer het wonen

¹ De markten voor zorgvastgoed in het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten, België, Australië en Nieuw-Zeeland zijn hierin betrokken.

² Maatschappelijke dienstverlening komt hierna niet meer in detail aan bod.

onlosmakelijk is van de verleende zorg, bijvoorbeeld een verpleeghuis of tehuis voor zwaar gehandicapten. Vastgoed met zorgfunctie is sprake van wanneer de woonruimte, los van de zorg, gehuurd wordt. Tot slot is er een categorie privétehuizen om ook deze private zorg te onderscheiden. De care wordt vooral bekostigd vanuit de AWBZ (vanaf 2015: Wet langdurige zorg), Wmo en huur.

Definitie zorgvastgoed

Op basis van voorgaande en een algemene definitie van een *asset class* (Greer, 1997) is in samenwerking met de werkgroep Strategie & Research van de IVBN een belegging in zorgvastgoed van hoge kwaliteit (*investment grade*) gedefinieerd. Deze moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

Voorwaarden zorgvastgoed

1. Vastgoed gerelateerd aan de **zorg**.
2. Onderdeel van een markt met een zekere omvang waarin gebouwen **vergelijkbare kenmerken en economische blootstelling** (dezelfde wet- en regelgeving) hebben. Het is onderscheidend ten opzichte van andere beleggingen (in vastgoed).
3. **Grote (potentiële) markt** draagt bij aan courantheid: beter verhandelbaar.
4. Het object (of de portefeuille van objecten) moet op zichzelf **voldoende volume** hebben.
5. Het huisvestingsregime moet (fysieke en beleidsmatige) **vrijheidsgraden** bieden om, enigszins, te kunnen ondernemen en transformeren.
6. **Niet een te groot object** omdat dit (voorlopig) gauw te dominant is en extra risico's rondom bijvoorbeeld transformatie geeft.
7. Beperkte overheidsinvloed op de kasstroom door **consistent beleid**, bijvoorbeeld door meer eigen betalingen.
8. Tot slot is een **solide huurder** gewenst. Dit verlaagt het leegstandsrisico; is daarmee aantrekkelijker voor beleggers.

Risico's en onzekerheden van beleggen in zorgvastgoed

Beleggen in zorgvastgoed brengt bovendien specifieke risico's en onzekerheden met zich mee. De markt is minder ontwikkeld dan die voor woningen, winkels en kantoren. Door het lage aantal transacties zijn vraagtekens te zetten bij de inzichtelijkheid en transparantie van de zorgvastgoedmarkt. Beleggers geven in relatie tot liquiditeit en marktomvang de voorkeur aan grotere steden vanwege relatief lagere informatiekosten en een beter langjarig gebruikersperspectief. Voorts grijpt nationaal beleid sterker in op zorgvastgoed dan op winkels en kantoren. Door recente ontwikkelingen hebben veel zorginstellingen een verzwakte financiële positie.

Zorgvastgoed in kaart voor beleggers

Er is 34 miljoen m² zorgvastgoed van de gewenste grootte (2.000-100.000 m²) in Nederland, zie tabel 1. Circa 37% van het zorgvastgoed valt buiten deze grootteklasse, bijvoorbeeld door kleine eerstelijnszorg en grote ziekenhuizen. Circa 22% van de voorraad zorgvastgoed is relatief nieuw met een bouwjaar van 2000 of later. Het Nederlandse vastgoed³ is hiervoor gebouwd op basis van de voorgaande voorwaarden gesegmenteerd. Zie Van Elp & Konings (2015) voor een nadere toelichting.

Tabel 1: Zorgvastgoed naar segmenten, grootteklasse 2.000-100.000 m²

	Metrage (1.000 m ²)	Aandeel in totaal segment (%)
Cure		
- Eerstelijns	6.297	39
- Tweede-/derdelijns	6.285	62
- Privéklinieken	368	55
Care		
- Woonzorgvastgoed	14.251	87
- Vastgoed met zorgfunctie	5.386	95
- Maatschappelijke dienstverlening	1.637	32
- Privétehuizen	41	50
Totaal	34.266	63

Bron: BAG, EIB

Liefst 45% van het zorgvastgoed, van de gewenste grootteklasse, staat in de grotere steden (G4 en G32), zie tabel 2. In totaal gaat het dan nog altijd om 15 miljoen m² zorgvastgoed.

³ Basisregistraties Adressen en Gebouwen (BAG), van de Nederlandse gemeenten en het Kadaster.

Tabel 2: Zorgvastgoed in grotere steden, grootteklasse 2.000-100.000 m²

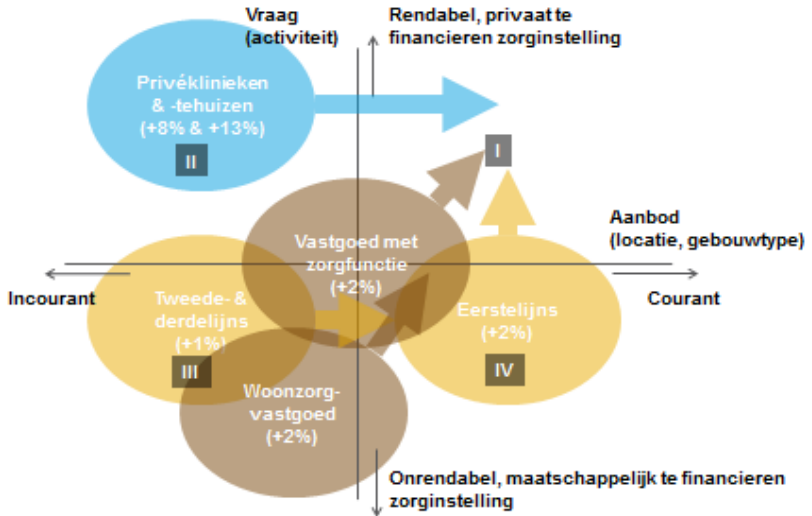
	Metrage (1.000 m ²)		Aandeel (%)	
	G4	G32	G4	G32
Cure				
- Eerstelijns	1.452	1.788	23	29
- Tweede-/derdelijns	974	2.111	16	35
- Privéklinieken	135	131	37	36
Care				
- Woonzorgvastgoed	1.571	3.682	11	26
- Vastgoed met zorgfunctie	917	1.497	16	26
- Maatschappelijke dienstverlening	326	757	18	42
- Privéthuizen	23	7	56	16
Totaal	5.397	9.973	16	29

Bron: BAG, EIB

Investment grade zorgvastgoed matrix

Op basis van de beschikbare informatie over courantheid en gebruikerskenmerken zijn de onderscheiden segmenten in een kwadrantenmodel tentatief gepositioneerd, zie figuur 1. Per segment is tussen haken de verwachte groei van de voorraad in dat segment per jaar tot 2030 gegeven, mede op basis van Van Elp et al. (2012). De omvang van de bollen heeft geen betekenis. Het gaat hierbij om het algemene beeld, en niet om een precieze kwantitatieve positionering. Temeer afwegingen op objectniveau genuanceerder liggen. Bovendien is indicatief de richting van het perspectief per segment weergegeven met pijlen. Alle segmenten krijgen meer massa en worden zo couranter.

Figuur 1: Investment grade zorgvastgoed matrix, groei cijfers per jaar tot 2030



- Kwadrant I: kredietwaardige instellingen in courant vastgoed = *investment grade*
- Kwadrant II: kredietwaardige instellingen in incurant vastgoed = vraagteken
- Kwadrant III: onrendabele instellingen in incurant vastgoed = niet *investment grade*
- Kwadrant IV: onrendabele instellingen in courant vastgoed = vraagteken

Bron: EIB

Vastgoed voor **eerstelijns** zorg heeft voldoende massa in de aantrekkelijke grootteklasse. Er is enige vrijheid om invulling te geven aan de bedrijfsvoering. Er zijn slimme combinaties met andere zorgverleners mogelijk. Cure wordt wel terughoudend aan de markt overgelaten. Meer marktwerking, en toenemende welvaart, zullen privéklinieken meer van profiteren. Een belangrijk deel van het eerstelijns zorgvastgoed staat buiten de grotere steden. Dit maakt privaat financieren lastiger. Het eerstelijns segment verschuift naar verwachting voorzichtig van vraagteken naar *investment grade*.

In de **tweede- en derdelijns** zorg worden vaak monofunctionele grote gebouwen (ziekenhuizen) gebruikt. Er is massa in, maar het aantal individuele objecten is beperkt. De overheidsinvloed is groot. In het nieuwe zorgstelsel worden de kapitaallasten de komende

jaren ondergebracht in de tarieven via de normatieve huisvestingscomponent. Zorginstellingen worden zo risicodragend voor hun vastgoed. Zo worden vastgoedbeslissingen zakelijker genomen. Hiermee zou het segment voorzichtig opschuiven van niet *investment grade* naar een vraagteken.

Woonzorgvastgoed wordt gebruikt voor kwetsbare zorgcliënten, zoals dementerende en gehandicapten. Zorg moet op afroep beschikbaar zijn. Woonzorgvastgoed is relatief functiespecifiek door de specifieke inrichting voor deze groep (bredere gangen, extra veiligheidsmaatregelen). Op termijn komt waarschijnlijk onder druk van de wensen van vermogender gebruikers ruimte voor meer eigen betalingen. Rationalisatie van investeringen zal ook voor woonzorgvastgoed gelden. Vooral de bestaande voorraad is niet *investment grade*. Op termijn is een beweging naar *investment grade* te voorzien, zeker voor wat betreft nieuwbouw, omdat rekening gehouden wordt met transformatie.

Vastgoed met zorgfunctie, veelal verzorgingshuizen, heeft het moeilijk. Voorheen was voor een grote groep ouderen de zogeheten woon- en verblijfscomponent onderdeel van de AWBZ. Inmiddels zijn de minst intensieve indicaties afgeschaft en in 2016 volgt nog een groep die dan geen recht meer heeft op een pakket inclusief wonen en verblijf (BZK, 2014). Verzorgingshuizen die voorheen wonen en zorg als pakket leverden, zien nu ouderen een andere huisvestingskeuze maken. Het bestaande vastgoed is hier niet op ingesteld. De uitgangssituatie past daarmee in het hart van het kwadrantenmodel en met enige groei gedreven door de vergrijzing is de verwachting dat dit segment meer *investment grade* wordt.

Privéklinieken en -tehuizen zijn vanuit de kenmerken van de zorgverlener aantrekkelijk als belegging: kleinere overheidsinvloed, eigen betalingen dominant, en gunstige schaal. In het buitenland wordt hier ook voorkeur aan gegeven. Het perspectief is gunstig; een hoge groei van beide segmenten is plausibel. Toenemende welvaart en ontwikkelingen richting meer marktwerking hebben hoge groeicijfers voor privéklinieken en -tehuizen tot gevolg. Zo verschuiven privéklinieken en -tehuizen op termijn van een vraagteken naar *investment grade*.

Rendement op Nederlands zorgvastgoed

Vervolgens is door MSCI onderzoek gedaan om zicht te krijgen op de historische rendementen van zorgvastgoed in Nederland en buiten Nederland. De eerste vraag is: wat zijn de behaalde rendementen op het Nederlandse zorgvastgoed en hoe verhouden zich deze rendementen met de rendementen op andere beleggingscategorieën van Nederlands vastgoed? Hiervoor is een database opgebouwd met zorgvastgoed, conform de eerdere segmentering. In tabel 3 staat hoe deze verzameling objecten is verdeeld over de segmenten.⁴

⁴ Nadere toelichting op de kenmerken van de database staat in Van Elp & Konings (2015).

Tabel 3: Samenstelling verzameling zorgvastgoed in rapport naar segment

	Aantal objecten	Kapitaalswaarde in miljoenen
Cure		
Eerstelijns	25	40,1
Tweedelijns, Derdelijns, Privéklinieken & Gemengd	5	61,2
Care		
Woonzorgvastgoed	21	89,9
Vastgoed met zorgfunctie	41	195,1
Maatschappelijke dienstverlening	1	0,1
Privéthuizen & Gemengd	50	262,8
Gemengd & Onbekend	35	171,2
Overig niet-Zorgvastgoed	0	0.0
Alle segmenten	178	820,4

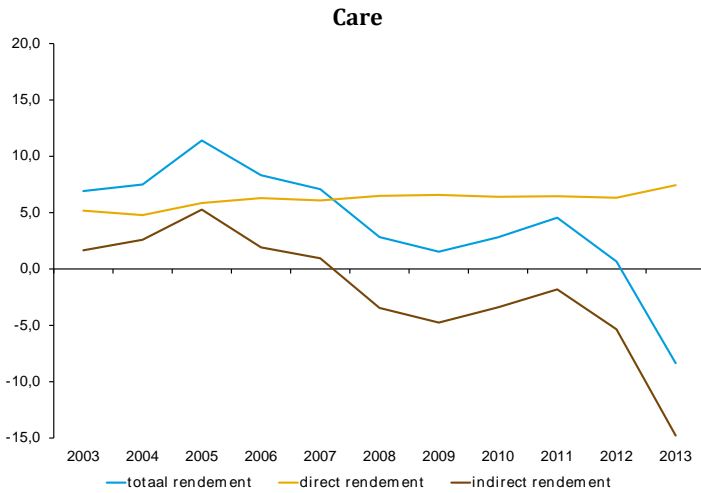
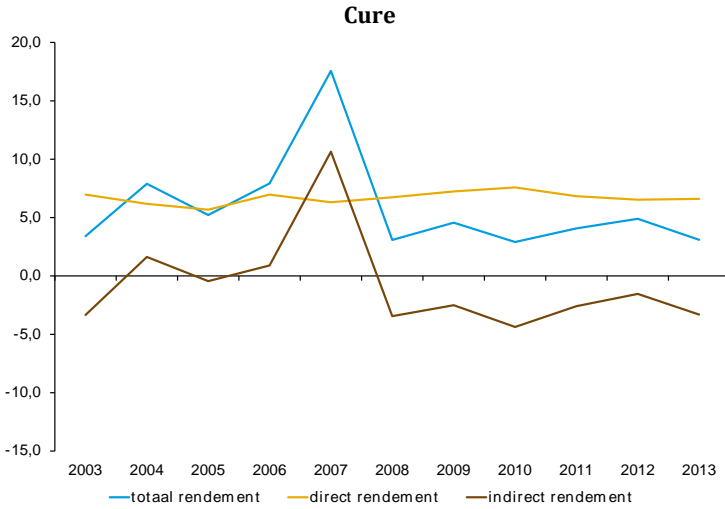
Bron IPD

Het rendement op vastgoed (totaal rendement) bestaat uit twee componenten:

- het directe rendement, dat de netto inkomsten weergeeft als een percentage van de waarde;
- het indirecte rendement, dat de waardeverandering (gecorrigeerd voor (des-)investeringen) uitdrukt als een percentage van de waarde.

In figuur 2 staan het totaal, direct en indirect rendement voor zowel de cure als de care over de periode 2003–2013 naast elkaar. Zowel cure als care tonen een stabiel direct rendement over deze periode. Het totaal rendement op zorgvastgoed wordt de laatste jaren wel gedrukt door het negatieve indirecte rendement vanaf 2008.

Figuur 2: Totaal, direct en indirect Nederlands zorgvastgoed 2003-2013



Bron: MSCI/IPD indices

Om een beeld te krijgen hoe deze rendementen zich verhouden tot de vastgoed rendementen in Nederland wordt in figuur 3 het totaal rendement van deze verzameling zorgvastgoed vergeleken met de IPD Nederlandse jaar vastgoedindex. In de periode 2003 tot en met 2012 blijken de rendementen van zowel het care als het cure vastgoed de index redelijk te volgen,

met als opvallende uitzondering het jaar 2013 waar het totaal rendement van het care vastgoed een stuk lager ligt dan de benchmark. De reden hiervoor is dat een groot deel van het care vastgoed in deze verzameling bestaat uit traditionele, door de AWBZ gefinancierde verzorgingshuizen. De recente ontwikkelingen in de AWBZ veroorzaken leegloop en sluiting van bestaande verzorgingstehuizen omdat ze hiervoor niet geschikt zijn.

Figuur 3: Direct en totaal rendement Nederlands zorgvastgoed care en cure afgezet tegen Nederlandse vastgoed index, 2003-2013



Bron: MSCI/IPD indices

Correlaties en risico van zorgvastgoed met andere beleggingen

In hoeverre correleren de rendementen op zorgvastgoed met andere sectoren in het vastgoed en met ander soorten beleggingen, aandelen en obligaties? Voor een goede beoordeling van zorgvastgoed als belegging is dit van belang. De reeks rendementen over zorgvastgoed is wel aan de korte kant is voor dergelijke statistieken.⁵ De correlatiecoëfficiënten lijken het nut van de verdeling naar cure en care te bevestigen. De correlatiecoëfficiënt tussen twee rendementsreeksen drukt uit in hoeverre het verloop van de reeksen samenhangt. Bij een coëfficiënt van 1 is het verloop van de reeksen identiek, bij 0 volstrekt verschillend en bij -1 volstrekt tegengesteld. Een coëfficiënt van 0,47 zoals tussen care en cure is nagenoeg de laagste correlatie tussen twee vastgoedsectoren in tabel 4. Dit is eigenlijk de meest verrassende uitkomst in deze correlatiematrix.⁶

Tabel 4 Correlaties van de rendementen op zorg vastgoed met rendementen op andere beleggingen

	Alle zorgvastgoed	Cure	Care
Binnen zorgvastgoed			
NL Zorgvastgoed	1.00		
Cure	0.41	1.00	
Care	0.86	0.47	1.00
Binnen vastgoed			
All Property	0.79	0.64	0.79
Industrial	0.62	0.64	0.62
Office	0.78	0.71	0.79
Other	0.81	0.62	0.78
Residential	0.79	0.58	0.77
Retail	0.80	0.58	0.81
Met ander type beleggingen			
Aandelen	(0.15)	(0.07)	(0.29)
Obligaties	0.16	(0.23)	0.40

Bron: MSCI/IPD indices

⁵ In Van Elp & Konings (2015) zijn ook de Sharpe ratio's weergegeven.

⁶ Voor de berekening van de correlatie met de aandelen is de MSCI Netherlands Index gebruikt en voor de obligaties de J.P. Morgan Netherlands index in EUR, 7-10 Years.

In Nederland bestaat geen aparte index voor de rendementen op zorgvastgoed, in tegenstelling tot enkele andere landen. In Australië ligt het totaal rendement op Healthcare gedurende de periode 2007-2013 boven de algemene Australische vastgoedindex. Voor de UK geldt dat niet, maar het rendement op Healthcare is minder volatiel dan op UK vastgoed in het algemeen. Alle drie de landen tonen voor het zorgvastgoed een stabiel en relatief hoog direct rendement. In tabel 5 is het gemiddelde totale rendement per jaar voor alle vastgoed, en op Healthcare in Australië en de UK en zorgvastgoed in Nederland weergegeven.

Tabel 5 Gemiddeld jaarrendement alle vastgoed, Healthcare en de correlatie in Australië, UK en Nederland 2007-2013

Land	Totaal rendement vastgoed (%)	Totaal rendement Healthcare (%)
Australië	7.5	11.1
UK	1.5	5.5
Nederland	3.4	2.2

Bron: MSCI/IPD indices

Betekenis rendementen en risico's

De rendementen op zorgvastgoed blijken in lijn met de rendementen op ander vastgoed en zijn redelijk stabiel met in verhouding weinig marktrisico. De reden hiervoor is dat de invloed van de overheid op de zorg in deze landen, en daarmee op het zorgvastgoed, vrij groot is. Dit vormt echter ook een belangrijk risico als het overheidsbeleid wijzigt. Dit zien we in de Nederlandse care sector waar wijzigingen leiden tot een verandering in de vraag naar dit type vastgoed. De huidige beschikbare reeksen zijn te kort om voldoende inzicht te geven in de volatiliteit van het rendement op zorgvastgoed. Dat is dan ook de belangrijkste reden waarom deze reeksen (nog) niet geschikt zijn om toe te passen in ALM studies.

Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek en inventarisatie van knelpunten bij beleggers⁷ zijn aanbevelingen te geven voor beleid en het creëren van randvoorwaarden om het ontstaan van een markt voor *investment grade* zorgvastgoed te bevorderen.

⁷ Werkgroep Strategie & Research van IVBN.

Het kan van belang zijn dat investeringen **voldoende schaal** hebben, omdat in kleine gebouwen weinig wordt belegd. Dit speelt bij de inzet van het Rijk op “zorg en maatschappelijke ondersteuning dichtbij” (in de wijk).⁸ Gezondheidscentra in de wijken moeten zelfstandige praktijken binnentrekken om een voor beleggers interessante schaal en exploitatievoordelen te bereiken. Ter nuancering, beleggers kunnen deels zelf schaal organiseren door portefeuillevorming.

Het **bevorderen van meer privéklinieken en -tehuizen** kan aantrekkelijk zijn omdat deze voor beleggers qua gebouw- en gebruikerskenmerken aantrekkelijk zijn om in te beleggen: bijvoorbeeld gunstige schaal en goede kansen voor alternatief gebruik.

Transparantie in de markt moet verbeterd worden door gegevens over zorggebruik en vastgoed op landelijk en regionaal niveau te verbinden. Meer inzicht in de concrete marktomstandigheden maakt het onderbouwen van beleggen in zorgvastgoed richting stakeholders (verzekeraars en pensioenfondsen) kansrijker.

Het **doorvoeren van de normatieve huisvestingscomponent en scheiding van wonen en zorg** maakt het zorgvastgoed meer *investment grade* omdat vastgoedbeslissingen dan meer marktconform (en voorspelbaar) zijn. Beleggers geven de voorkeur aan een belangrijk deel eigen betalingen in de kasstroom.

De **doorwerking op zorgvastgoed van verschillende decentralisaties en beleidsingrepen moet voorspelbaar en transparant zijn**, ook op lange termijn, om beleggen in zorgvastgoed aantrekkelijker te maken. Gemeenten krijgen door de decentralisaties daarom de rol beleggers (desgevraagd) te informeren.

Bronnen

BZK (2014). Transitieagenda Langer zelfstandig wonen, kamerbrief 4 juni 2014. Den Haag: BZK.

EIB (2015). *Investeren in Nederland*. Amsterdam: EIB.

Greer, R.J. (1997). What is an Asset Class, Anyway? *The Journal of Portfolio Management*, 23(2), Winter 1997, 86-91.

Rli (2014). Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn, Advies. Den Haag: Rli.

Van Elp, M., Van Zaal, M. P. J. & Zuidema M. V. (2012). *Bouwen voor de zorg – Perspectief voor de Nederlandse bouw*. Amsterdam: EIB.

Van Elp, M., Konings, P. (2015). *Beleggen in zorgvastgoed – Perspectief voor beleggers*. Amsterdam: EIB

⁸ Ministerie van VWS (2013), Kamerbrief ‘Zorg en ondersteuning dichtbij’, 17 december 2013.

Financierbaarheid van zorgvastgoed

Risico's nemen toe

Derk Jan Postema

Door de majeure stelselwijzigingen in het zorgstelsel zijn de risico's voor banken bij het financieren van zorgvastgoed sterk toegenomen. Er is een nieuw krachtenveld waarbij partijen vanuit eigen belang en perspectief invulling geven aan hun rol in het nieuwe stelsel. Door de stapeling van overheidsmaatregelen zijn de financiële onzekerheden belangrijk toegenomen. Banken zijn terughoudender geworden in het beschikbaar stellen van krediet. Er is meer ruimte voor alternatieve vormen van financiering.

Om de zorg in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden heeft de overheid het zorgstelsel ingrijpend gewijzigd. De eerste stappen werden in 2006 gezet met de invoering van de Zorgverzekeringswet. Sluitstuk was de hervorming van de langdurige zorg (AwbZ) in 2015. In het nieuwe zorgstelsel heeft de overheid gereguleerde marktprikkels geïntroduceerd. Dit moet veldpartijen uitdagen vraag en aanbod beter op elkaar af stemmen. Dit moet leiden tot een efficiëntere bedrijfsvoering en een betere kwaliteit. Zo kunnen de almaar stijgende zorguitgaven beheersbaar blijven. Met een betere zorg voor hetzelfde aantal euro's, of dezelfde zorg voor minder euro's.

De keerzijde hiervan is dat de bancaire financierbaarheid van de zorgsector hierdoor is verminderd. De vanzelfsprekend van de beschikbaarheid van bancair krediet is vervallen nu de overheid de financiële risico's voor een belangrijk deel heeft neergelegd bij de veldpartijen. Financiële hulp is alleen nog mogelijk als de continuïteit van cruciale zorg in het geding is. In alle andere gevallen zijn zorgaanbieder, bank, zorgverzekeraar en andere betrokken veldpartijen geheel op elkaar aangewezen. Twee recente faillissementen van ziekenhuizen (Ruwaard van Putten en De Sionsberg) tonen aan dat dit een reële mogelijkheid is geworden.

Onder het nieuwe zorgstelsel maakt de bank bij financieringsaanvragen een adequate risicobeoordeling en stelt voorwaarden aan de business case. Daarbij moet rekening worden gehouden met de diverse belangen bij de betrokken stakeholders in het zorgveld. Nu de overheid alleen nog in de regierol zit, is het aan de veldpartijen om handelend vanuit de eigen belangen te komen tot een zodanige allocatie van premiegelden waarbij zorgvraag en – aanbod tot een nieuw evenwicht komen waarbij de zorg betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit blijft.

Bancaire financiering zorgsector

De zorginstellingen die BNG Bank bedient hebben in de afgelopen jaren gemiddeld jaarlijks een kredietbehoefte van ongeveer EUR 2 miljard. Dit bedrag was in de afgelopen jaren

overigens aan grote schommelingen onderhevig. In de jaren 2010-2012 vond een piek plaats aan nieuwbouw van zorgvastgoed met een kredietbehoefte ver boven de EUR 2 miljard. Door het uitbreken van de kredietcrisis in combinatie met de door de overheid aangekondigde wijzigingen in het zorgstelsel is een groot aantal plannen uit de jaren 2006-2009 vertraagd. Uiteindelijk zijn deze voor het overgrote deel alsnog gerealiseerd. De universitaire medische centra hebben op grote schaal nieuwbouw gepleegd. Dit was ook het geval bij de algemene ziekenhuizen. In 2014 wordt een duidelijke terugval zichtbaar in de investeringsactiviteiten door zorginstellingen. Het ligt in de lijn der verwachting dat de kredietvraag de komende jaren op een gemiddeld lager niveau zal liggen. Daarnaast spelen andere factoren een rol. Door het beleid van concentratie en spreiding van zorg zijn de onzekerheden toegenomen, bijvoorbeeld ten aanzien van de toekomst van de spoedeisende hulp. Door steeds verdergaande verkorting van de ligduur en voortgaande medische innovaties is het besef toegenomen dat er in de toekomst kleinschaliger moet worden gebouwd.

Voor de caresectoren gelden weliswaar andere omstandigheden maar ook daar is het niet waarschijnlijk dat de groei uit de afgelopen jaren daar zal aanhouden. Eerder zal de kredietvraag afvlakken. Voor bestaand overtollig vastgoed zal eerst geprobeerd worden een alternatieve aanwending te vinden. Waar mogelijk vindt transitie plaats binnen de bestaande voorraad. Hieronder wordt nader ingegaan op het daarbij actuele krachtenveld voor een aantal belangrijke partijen uit het zorgveld.

Volgens de meest recente cijfers van het CBS hebben deze zorginstellingen ultimo 2013 in totaal voor EUR 21,4¹ miljard aan langlopende bankleningen op de balans staan. Het aandeel daarin van BNG Bank bedraagt in de afgelopen jaren gemiddeld 34%. Daarmee speelt BNG Bank een belangrijke rol in deze sector.

Grofweg de helft van de lange bancaire kredietverstrekking vindt plaats onder borging van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) waardoor de bank zelf geen kredietrisico loopt. Het WfZ draagt in belangrijke mate bij aan de beschikbaarheid van bancaire financieringsmiddelen met een relatief lange looptijd en een rente die momenteel ruim 2%² lager ligt dan bij ongeborgde bancaire financiering. In een recent door Deloitte³ uitgevoerd evaluatieonderzoek naar het WfZ is deze meerwaarde bevestigd. Per 31 december 2014 bedraagt het totaal aan uitstaande lange garanties EUR 8,5⁴ miljard. De terugval van investeringsactiviteiten in 2014 is ook zichtbaar bij het WfZ. Het geborgde volume lange leningen daalde van EUR 754 miljoen in 2013 naar EUR 436 miljoen in 2014. In 2010 was dat nog meer dan het dubbele daarvan.

De zorgsector is voor de financiering van zorgvastgoed afhankelijk van slechts een handvol Nederlandse banken. Deze vormen bij relatief grote projecten ook nog eens consortia. Private investeerders en institutionele beleggers hebben wel belangstelling maar spelen voorsnog

¹ CBS, statline, "Zorginstellingen; kerncijfers, financiën en personeel" laatst bijgewerkt 24 april 2015

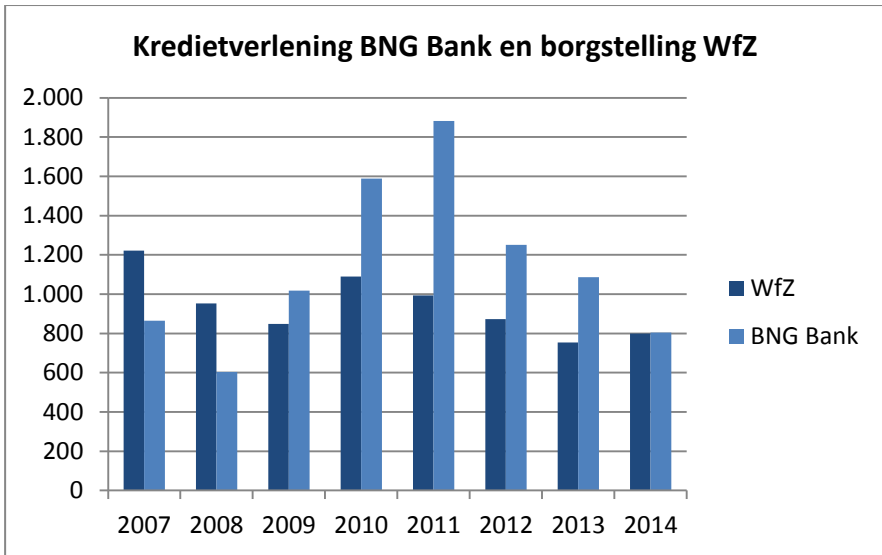
² Zie jaarverslag 2014 WfZ, pag 5

³ Evaluatieonderzoek Waarborgfonds voor de Zorgsector, i.o.v. ministerie VWS maart 2015

⁴ Zie jaarverslag 2014 van het Waarborgfonds voor de Zorgsector, pag 5

een beperkte rol. Een aantal grote zorginstellingen is bezig met het verkrijgen van een creditrating waarmee zij rechtstreeks toegang willen krijgen tot de kapitaalmarkt.

Uit onderstaande grafiek zijn de activiteiten van BNG Bank en Wfz weergegeven voor de afgelopen jaren. Grofweg kan gesteld worden dat de kredietverlening door BNG Bank in de afgelopen jaren voor de helft onder borging van het Wfz heeft plaatsgevonden.



Figuur 1: Kredietverlening BNG Bank en borgstelling Wfz

In 2015 zijn verschillende initiatieven gelanceerd om via de uitgifte van obligaties financieringsmiddelen op te halen voor investeringen in zorgvastgoed. Doel is een alternatief te bieden voor de schaars beschikbare bancaire middelen. Voorbeelden hiervan zijn "Zorgobligatie.nl" en de "NL Zorgobligatie" van ActiZ. Daarnaast hebben private investeerders en institutionele beleggers concreet belangstelling getoond

Na het uitbreken van de kredietcrisis in 2008 hebben een aantal commerciële grootbanken hun activiteiten in de ongeborgde kredietverstrekking aan zorginstellingen door omstandigheden aanvankelijk deels op een lager pitje moeten zetten. Inmiddels kan worden vastgesteld dat zij hun rol weer hebben opgepakt. Wat niet wegneemt dat de bancaire sector terughoudend is in het beschikbaar stellen van financieringsmiddelen.

Dit houdt enerzijds verband met de toegenomen risico's zoals hierboven al uiteen is gezet. Anderzijds hebben de banken te maken met maatregelen die toezichthouders in reactie op de kredietcrisis hebben genomen op het bankwezen. De mogelijkheden tot kredietverstrekking worden daardoor beperkt. Op grond van demografische ontwikkelingen zal de behoefte aan

zorgvastgoed weer gaan toenemen. De banken hebben herhaaldelijk zorgen geuit over de toekomstige financierbaarheid van de sector. Zij kunnen de voorzienbare kredietvraag op termijn niet meer aan. In die zin is een ruimere rol voor alternatieve financieringen een welkome ontwikkeling. Waarbij de aanname wordt gemaakt dat ondanks de complexiteit van het stelsel en de inherente financiële risico's de betrokken veldpartijen uiteindelijk hun rol goed weten op te pakken en het nieuwe zorgveld uiteindelijk efficiënt en effectief functioneert.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben een cruciale rol toebedeeld gekregen in het nieuwe zorgstelsel. Zij moeten de countervailing power gaan uitoefenen in de strijd tegen de alsmaar stijgende zorguitgaven. Inmiddels kan worden vastgesteld dat zij de hun toebedeelde rol met verve hebben opgepakt. Zij hebben in juli 2013 het zorgakkoord voor de curatieve zorg ondertekend waarbij partijen zich hebben gecommitteerd om in 2014 de zorguitgaven met maximaal 1,5% te laten groeien, en vanaf 2015 met maximaal 1%. Voor zorgverzekeraars is dit bepalend voor de contractonderhandelingen die zij voeren met ziekenhuizen. Hierdoor zetten zij druk op de tarieven, en zetten zij in op het realiseren van meer efficiency en hogere kwaliteit van zorg. Belangrijk onderdeel hiervan is het beleid ten aanzien van concentratie en spreiding van zorg. Dit leidt niet alleen tot bedrijfsmatige efficiencyverbetering maar bevordert ook de kwaliteit van zorg. Immers, minder hersteloperaties betekent evengoed een besparing op zorguitgaven.

De inkoop lijkt zich tot op heden vooral nog toe te spitsen op de prijs. Het blijft lastig om de zorginkoop op basis van kwalitatieve criteria vorm te geven. Er zijn wel degelijk eerste stappen gezet, maar zorgverzekeraars geven zelf aan dat er nog een lange weg te gaan is. Dit heeft niet zozeer met de zorgverzekeraars zelf te maken, maar eerder met het gebrek aan informatie uit de sector. Er wordt heel veel geregistreerd en gemeten, maar de vertaling naar bruikbare informatie blijft een uitdaging. Ook privacy regels (welke binnenkort nog worden verscherpt) spelen hierbij een rol. Verder hebben de verschillende veldpartijen ieder weer eigen belangen bij de informatievoorziening over kwaliteit van zorg. Toch mag niet onvermeld blijven dat er reeds veel initiatieven zijn voor verbetering. Minister Schippers van VWS heeft in dat kader het jaar 2015 betiteld als "het jaar van de transparantie".

De contractonderhandelingen duren vaak nog te lang. Wettelijk is bepaald dat de nieuwe premie voor de basisverzekering uiterlijk 1 november van het voorafgaande jaar bekend moet zijn. In 2012 is in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord afgesproken dat de onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar over de inkoop van zorg uiterlijk 1 april van het lopende jaar moeten zijn afgerond. Begin november 2014 blijkt volgens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) dat een groot deel van de ziekenhuizen in Nederland nog geen contract heeft afgesloten. Op hoofdlijnen hebben de meeste ziekenhuizen en zorgverzekeraars wel een akkoord, maar over de precieze invulling is men nog volop in onderhandeling.

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen proberen momenteel in nauw overleg afspraken te maken om de contractonderhandelingen te versnellen.

Dit heeft nadelige gevolgen voor de liquiditeitspositie van de ziekenhuizen. Zij kunnen de reeds geleverde zorg nog niet declareren en moeten deze voorfinancieren. De voorfinanciering door zorgverzekeraars (onderhanden werk) en banken (debiteuren) is niet vanzelfsprekend, waarbij banken en zorgverzekeraars al geruime tijd in discussie zijn over de daarbij te stellen voorwaarden ten aanzien van de zekerheden. Banken vestigen doorgaans een pandrecht op debiteuren en voorraden, terwijl zorgverzekeraars in de contractvoorwaarden het recht opnemen om de verstrekte voorschotten te kunnen salderen met het onderhanden werk. Dit betekent dat het pandrecht van de banken in de praktijk nauwelijks tot geen dekkingswaarde heeft, wat weer tot uitdrukking komt in een hoger rentetarief. Banken en zorgverzekeraars hebben te maken met regels die de toezichthouder stelt aan de beklemming van zekerheden en proberen daar nu gezamenlijk een oplossing voor te vinden.

In de praktijk vindt de contractering voor het overgrote deel plaats in de vorm van jaarcontracten. Inmiddels zijn zorgverzekeraars en ziekenhuizen overtuigd geraakt van het belang voor banken van meerjarencontracten. Meerjarencontracten zullen waar mogelijk steeds vaker toegepast gaan worden.

De activiteiten van de zorgkantoren worden onder licentie uitgevoerd door de zorgverzekeraars. Bij de zorginkoop geldt een min of meer vergelijkbare ontwikkeling als bij de ziekenhuizen. Zorginkoop vindt alleen nog maar plaats tegen de beste prijs/kwaliteit verhouding. Ook voor de care wordt verwacht dat zorgkantoren en zorginstellingen in toenemende mate meerjarencontracten zullen gaan afsluiten.

Zorgaanbieders

De zorginstellingen zijn afhankelijk van banken en zorgverzekeraars die voorwaarden stellen bij zorginkoop en beschikbaar stellen van financieringsmiddelen. Zij worden uitgedaagd om een strategische visie te overleggen die als duurzame basis ligt aan de business case.

Zorginstellingen te hebben te maken met de gevolgen van de stapeling van een groot aantal ingrijpende overheidsmaatregelen op diverse terreinen. Daarbij is het politieke risico manifest, waarbij overheidsmaatregelen niet alleen voortdurend weer kunnen wijzigen maar maatregelen soms ook met terugwerkende kracht worden doorgevoerd. Dit werd pijnlijk duidelijk toen accountants in het voorjaar na herhaalde eerdere waarschuwingen een audit-alert afgaven voor de controle van de jaarrekeningen 2013 van ziekenhuizen. Een in allerijl met betrokken partijen overeengekomen herstelplan moet hiervoor nog dit jaar een structurele oplossing bieden.

Bij vastgoedambities moeten zij voldoen aan de door banken gestelde voorwaarden om financiering los te krijgen. Met zorgverzekeraars moeten zij onderhandelen over prijs en kwaliteit van de te leveren zorgproductie. In veel gevallen is pas aan het einde van het jaar duidelijk welke prijzen er voor dat jaar kunnen worden gerekend.

In de caresectoren zijn de omstandigheden op hoofdlijnen vergelijkbaar. Leegstand is een reëel risico geworden met vergaande negatieve financiële consequenties. Door de momenteel door te voeren hervorming in de AwbZ zijn de onzekerheden toegenomen. Net als bij de ziekenhuizen zal missie en strategie van de bedrijfsvoering opnieuw moeten worden afgestemd op het nieuwe zorgstelsel.

Rijksoverheid

Het ministerie van VWS heeft in de aansturing van de zorgsector vooral de regierol ingenomen. De uitvoering wordt binnen de gestelde kaders en randvoorwaarden overgelaten aan de veldpartijen. De beoogde stelselwijzigingen in de cure en care zijn inmiddels voor een belangrijk deel vormgegeven en gerealiseerd. In die zin is de beleidsmaker wat betreft de vormgeving van de transities nu zo goed als klaar, er rest hooguit onderhoud en aanpassing aan nieuwe politieke ontwikkelingen.

Binnen de gestelde kaders is er vrijwel geen ruimte voor financiële compensatie van nadelen die als gevolg van de transities blijken, bijvoorbeeld ten aanzien van vastgoed boekwaardeproblematiek.

Lakmoesproef is de toekomstige ontwikkeling van de zorguitgaven, en de daarmee samenhangende vraag of de zorg in Nederland betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit behouden blijft. Als de zorguitgaven ondanks alle inspanningen blijven stijgen, en ook nog eens in een harder tempo dan de groei van de economie dan zullen nieuwe ingrijpende maatregelen noodzakelijk blijven.

Accountants

De accountants hebben herhaaldelijk publiekelijk grote zorgen geuit over de complexiteit waarmee het zorgstelsel is vormgegeven. In 2014 zijn audit alerts uitgebracht ten aanzien van de ziekenhuizen en curatieve GGZ. Onlangs heeft de beroepsorganisatie NBA in een open brief aan de Tweede Kamer haar zorgen geuit over de complexiteit in de regelgeving en het grote aantal direct betrokken partijen. Zij pleit voor een steviger regie vanuit de Rijksoverheid om de partijen met uiteenlopende belangen weer bij elkaar te krijgen.

Banken

De banken hebben te maken met de maatregelen die de internationale toezichthouders op het bankwezen hebben genomen in reactie op de gevolgen van de financiële crisis die vanaf oktober 2008 ook Nederland trof. Banken moeten aan strengere kapitaal-eisen voldoen en dienen daarvoor o.a. hun vermogen te versterken. Dit beperkt de beschikbare kredietruimte. Daarnaast zijn maatregelen genomen die zorgdragen voor een nog scherpere focus hebben op de risico's, welke door de stelselwijzigingen in de zorgsector juist ook zijn toegenomen.

Dit betekent dan ook dat banken een gedegen analyse uitvoeren van de risico's die zich voordoen. Dat geldt zowel voor nieuwe financieringsaanvragen als voor de revisie van uitstaande leningen. Financieringsaanvragen dienen solide te zijn onderbouwd in een businesscase. De bank zal een brede analyse maken waarbij niet alleen financiële ratio's maar ook zaken als de governance en relaties met stakeholders een belangrijke rol spelen. Uiteindelijk moet de bank overtuigd zijn dat de kredietrisico's in voldoende mate beheersbaar zijn en moet de bank vertrouwen hebben in het management om een duurzame bedrijfsvoering te realiseren. BNG Bank verschilt in dat opzicht niet van andere banken. Banken dragen op deze wijze net als zorgverzekeraars door hun disciplinerende werking bij aan het bevorderen van de efficiency in de bedrijfsvoering van de zorgaanbieders.

BNG Bank probeert haar rol te spelen binnen de voor haar geldende randvoorwaarden. Een bank die streeft naar maximale winst kan zich naar believen op termijn wat gemakkelijker terugtrekken uit een klantensector. BNG Bank zal daarentegen een duurzame rol willen spelen in haar klantsectoren. Voor goed onderbouwde business cases is in beginsel bancaire financiering beschikbaar.

Beleggingen Cofinimmo in zorgvastgoed uitgebouwd

Investeren in zorgvastgoed: bevlieging of bewuste keuze?

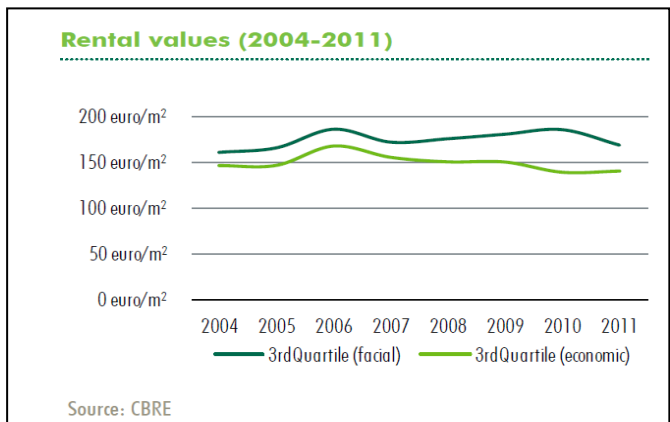
Sebastien Berden en Wim van de Velde

Investeren in zorgvastgoed, het lijkt wel de hype te zijn van de voorbije jaren in Nederland. Geen maand gaat voorbij of er is wel ergens ten lande een congres, studienamiddag of seminarie die dit onderwerp van voor naar achter wil doorlichten en welke druk bezocht wordt door projectontwikkelaars, adviseurs, zorggroepen et cetera. Alleen staat de buzz nog lang niet in verhouding met het investeringsvolume bij de beleggers. Misschien is het toch nog niet zo evident voor een belegger om gisteren nog te onderhandelen over de huurprijs van een m² kantoor en vandaag het risicoprofiel van een zorgaanbieder en zorgmarkt te moeten inschatten. Want in essentie komt het in zorgvastgoed niet in eerste instantie aan op de locatie of type vastgoed maar vooral op de kennis en het inschatten van de zorgmarkt en op de kwaliteit en duurzaamheid van de zorgaanbieder.

Nederland staat dus nog maar aan het begin van een booming zorgvastgoedmarkt. Deze evolutie naar een volwaardige investeringsmarkt kent overigens dezelfde fases en problemen die Cofinimmo een tiental geleden al heeft ontmoet in België.

Cofinimmo is al 30 jaar een vaste waarde in het Belgische vastgoedlandschap. Als vastgoedfonds (BEVAK statuut, vergelijkbaar met het FBI statuut in Nederland) staat het in de top 20 van de Belgische beursgenoteerde bedrijven en heeft een vastgoedportefeuille van meer dan 3 miljard euro. Samen met de groeiende vraag van Europese instellingen, administraties en bedrijven naar kantoorruimte groeide het uit tot het leidende vastgoedfonds in België en was het 100% gericht op kantoren

De oversaturatie van de Brusselse kantoormarkt leidde echter een tiental jaar terug tot de strategische reflectie dat er nog weinig groei te verwachten was op de kantoormarkt en dat er nog weinig opwaartse evolutie was van de huurprijzen.

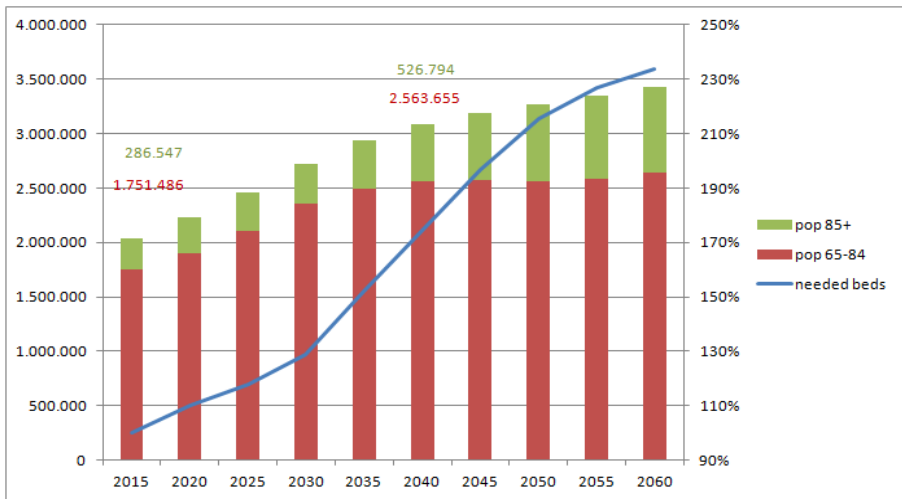


Figuur 1: Rental Values 2004-2011. Source: CRBRE

Het was het moment om een diversificatiestrategie aan te vatten en in te zetten op andere vastgoedmarkten. Een van de potentiële groeipolen bleek al snel de binnenlandse markt voor zorgvastgoed te zijn. De vergrijzing zorgt voor een sterke vraag naar zorginfrastructuur, zowel in de care als cure. Het bestaande zorgvastgoed was verouderd en niet aangepast aan de moderne noden die ouderzorg vraagt en er was ook onvoldoende capaciteit om iedereen een plaats te geven. Het vastgoed werd ook nog grotendeels nog gefinancierd door de overheid.

Tevens was de zorgmarkt een zeer versnipperd landschap van zorgaanbieders en was er weinig tot geen focus op efficiëntie en klantgerichtheid. Het scheiden van wonen en zorg was echter al lang ingeburgerd, dit in tegenstelling met Nederland waar dit pas in 2013 beslist werd, en de motor werd van de evolutie naar consolidatie van de aanbieders en de vernieuwing van de infrastructuur.

De zorgaanbieders en overheid waren echter niet voorbereid op de grijze tsunami die er aan kwam. De overheid, die de hele zorgmarkt stuurt en financiert, heeft net zoals in alle andere landen budgettaire restricties en kan amper nog het zorgdeel financieren, laat staan voor de nodige zorginfrastructuur instaan.



Figuur 2: Needed beds. Source: Cofinimmo.

De zorgaanbieders zelf waren lokaal gericht en weinig bezig met kostenefficiëntie. Met de stijgende vraag naar geschikt zorgvastgoed kwam er ook de start van de consolidatie van de zorgaanbieders. Professionele partijen, zoals Armonea, Senior Living Group, groeiden zeer sterk door de overname van bestaande kleine aanbieders alsook door de groei in het aantal vergunde bedden. Hun grootte stelde hen in staat om kostenefficiënties door te voeren en de centrale kosten en overhead sterk te reduceren zonder hierbij in te boeten aan kwaliteit of hogere dagprijzen te moeten in voeren. Hun expansie was gericht op de zorgactiviteiten en

niet zozeer op het zorgvastgoed, wat men liever overliet aan professionele vastgoedpartijen. Het is in dit momentum dat Cofinimmo zijn investeringspolitiek is beginnen te heroriënteren naar zorgvastgoed en als vastgoedpartner te fungeren voor deze partijen.

De markt was echter nieuw en en zorgaanbieders onbekend met sale en leaseback constructies en de bestaande contracttypes en afspraken tussen huurder en verhuurder die gangbaar waren voor kantoren of retail bleken weinig bruikbaar voor deze markt. Cofinimmo en zorgaanbieders dienden dus een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen op het vlak van type van huurcontracten, duurtijd onderhoudsverplichtingen, huurtermijnen, e.d. wat uiteindelijk resulteerde in een op maat gemaakte standaardformat voor de zorgmarkt die huidig door alle beleggers gebruikt wordt (lange termijn 27 jaar, triple net, etc.).

Gedurende de laatste jaren is de zorgvastgoedmarkt (voor wat betreft care) in België uiteindelijk uitgegroeid tot een stabiele en volwaardige investeringsmarkt waarin al heel wat spelers actief zijn en die een aantal aantrekkingspolen heeft:

- Rendementen die vergelijkbaar zijn met deze van de kantoormarkt.
- Lange termijn contracten (27 jaar of meer) die de zorgaanbieder de zekerheid geeft om zijn activiteiten op lange termijn te kunnen uitoefenen en zich in de gemeenschap te verankeren. De belegger heeft de zekerheid op een langjarige huur en een lager risico om achter te blijven met het vaak zeer specifiek vastgoed.
- Vaste, jaarlijks geïndexeerde huren die het inflatierisico beperkt.
- Duurzame en langjarige partnerships met zorgpartijen. Door het uitbouwen van een gevarieerd en gespreid aantal locaties met zorgpartijen bekomt men een diversificatie en beperkt men het risico op een bepaalde locatie van een zorgpartij.
- Veelal nieuwbouwprojecten die beantwoorden aan de huidige noden, duurzaam zijn en de operationele kosten beperken, voldoen aan de wettelijke normen en minder onderhoud vergen.
- Gebouwen die gelegen zijn in residentiële buurten wat hun inbedding in de lokale gemeenschap bevordert maar ook meer herontwikkelingsmogelijkheden biedt in het geval dat een gebouw leeg komt te staan.
- De zorgsector wordt gedreven door demografie en niet door de economie wat betekent dat deze minder correleert met de economische cycli en recessies.
- Hoge bezettingsgraad: de overheid, die het zorgdeel financiert, moet beleidsmatig de kosten beheersen en zet een rem op het aantal nieuw vergunde bedden wat maakt dat er minder kans is op onderbezetting

Maar de zorgmarkt heeft ook zijn risico's

De overheid is niet alleen een stabiliserende factor: door zijn focus op regulering en uitgavenbeheersing is het ook een risico factor. Wijzigende regelgeving kan een impact hebben op het inkomen van de zorgaanbieder door het verlagen of beperken van de financiering maar ook op de uitgavenkant door het wijzigen van exploitatienormen of bouwregelgeving. Bijvoorbeeld in Vlaanderen (de zorgwetgeving in België is een regionale bevoegdheid) dienen heel wat verpleeghuizen tegen 2019 aangepast te worden op het vlak van veiligheid, grootte van kamers et cetera, wat een grote impact heeft op de kosten voor de zorgaanbieder die zich geconfronteerd ziet met ofwel obsoleete gebouwen ofwel met zeer hoge infrastructuurkosten die hij moeilijk kan recupereren bij de residenten.

Wijzigende regelgeving creëert tevens onzekerheid naar het duurzame karakter van de investeringen en heeft als resultaat dat beleggers een afwachtende houding aannemen. Dit is huidig nog steeds het geval in Nederland waar de korte opeenvolging van de wijzigingen in de zorgwetgeving, het doorzetten van zorgopdrachten naar de gemeentes en het talmen met het al dan niet doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg ook voor de hogere ZZP's voor onzekerheid zorgt.

Ook deregulering en privatisering kan zijn impact hebben. Kijk maar naar de deregulering in Nederland in de Cure sector. Voor heel wat medische behandelingen kan je nu ook terecht bij private spelers (ZBC's: Zelfstandige Behandelcentra) die voor dezelfde behandelingen een snellere en betere kwaliteit kunnen aanbieden en het model van de traditionele ziekenhuizen onder druk zetten.

Een tweede belangrijke factor is natuurlijk ook de zorgaanbieder zelf. Het zorgvastgoed is vaak specifiek en bij eventuele leegstand zijn er niet direct alternatieve huurders beschikbaar. Het is in essentie de zorgaanbieder die de waarde van het vastgoed uitmaakt en de keuze hiervan is dus zeer belangrijk.

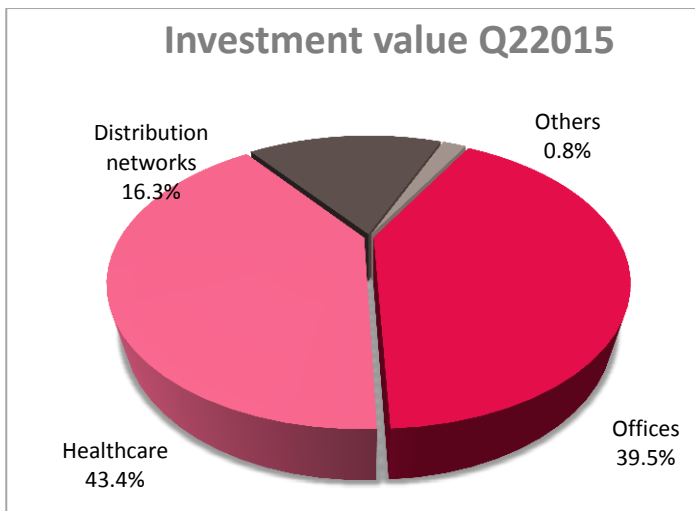
De belegger sluit langjarige contracten af en wenst zekerheid te hebben dat zijn investering terugverdiend wordt. Hiervoor dient er een degelijke screening gemaakt te worden van de zorgaanbieder op zijn track record, solvabiliteit en financiële gezondheid. Samen met een strategische visie op de toekomst en een gestructureerd en sterk managementteam zijn dit de sleutelfactoren die maken of een zorgaanbieder kansen biedt om mee samen te werken.

Wat is uiteindelijk de win win situatie voor beide partijen. Een sale&leasback constructie heeft voor de belegger het voordeel om een langjarig rendement te hebben en voor de zorgaanbieder de mogelijkheid om te groeien door zijn financiële capaciteit niet te moeten stoppen in zijn vastgoed maar in zijn activiteiten. Hij kan zijn financieringskosten beter spreiden over de levensduur van het vastgoed en hij krijgt toegang tot de kapitaalmarkt waardoor hij niet meer alleen afhankelijk is van bankfinanciering.

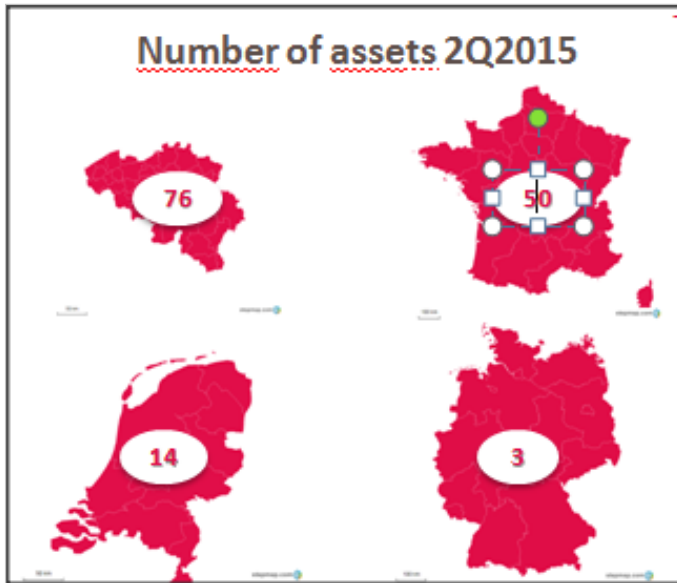
Het investeren in zorgvastgoed is dus het afwegen van de risico's en opzichte van de voordelen. Voor Cofinimmo is het de belangrijkste investeringspool voor de komende jaren en is het de bedoeling om zich te diversifiëren zowel geografisch als qua type vastgoed (care en cure). Dit zorgt voor een indekking op wijzigende overheidsregulering in de verschillende landen en op de verschillende evoluties in de care als cure zorgmarkt en subsectoren. Elke transactie is het resultaat van het afwegen van de diverse risico's en specifieke eigenschappen van elke markt, sector en land ten opzichte van de mogelijke prijszetting en rendement.

Deze strategie resulteert in een portfolio van 143 assets verspreid over 4 landen en die al 43,4% uitmaakt van de totale vastgoedportefeuille van Cofinimmo (komende van 100% kantoren 10 jaar terug). Het grootste deel is geïnvesteerd in vastgoed voor ouderenzorg maar de andere deelmarkten (revalidatie, psychiatrie, klinieken) kenden de laatste jaren een steeds groeiend aandeel.

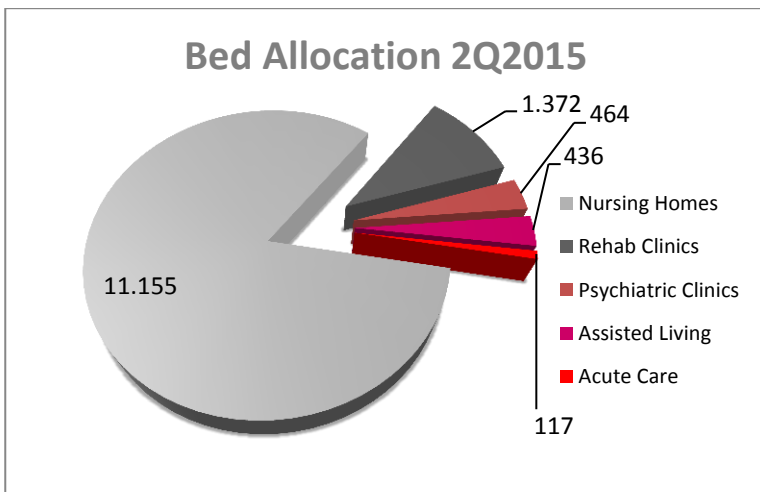
Het is het doel om dit aandeel te komende jaren nog verder uit bouwen en tot een gespreide portefeuille te komen zowel geografisch als per sector.



Figuur 3: Investment value Q2-2015. Source: Cofinimmo



Figuur 4: Number of assets 2Q-2015. Source: Cofinimmo.



Figuur 5: Bed Allocation 2Q-2015. Source: Cofinimmo.

Zorgvastgoed internationaal volwassen beleggingsmarkt

Internationale voorland inspiratiebron zorgorganisaties en beleggers

Joost de Baaij

Historisch gezien hebben institutionele beleggers in Nederland weinig geïnvesteerd in maatschappelijk vastgoed zoals zorgvastgoed. Van oudsher was dit het terrein van de zorginstellingen zelf of van corporaties. In dit artikel wordt uiteengezet wat de meerwaarde van vastgoed voor institutionele beleggers is en dat de drempels die het investeren in zorgvastgoed in de weg stonden aan het verdwijnen zijn. Om de perspectieven van het beleggen in zorgvastgoed te duiden wordt in dit artikel een vergelijking gemaakt met internationale beleggingen in zorgvastgoed. Internationaal bestaan er grote verschillen in typen zorgvastgoed waarin wordt belegd. Een vooruitblik laat zien dat internationale zorgmarkten steeds meer naar elkaar toegroeien en dat in Nederland meer private inmenging in zorgvastgoed verwacht kan worden.

Er zijn de afgelopen jaren veel geluiden te horen geweest dat beleggers sterker moeten participeren in het oplossen van maatschappelijke problemen. Beleggers zouden daarbij de financieringsrol moeten oppakken die banken als gevolg van de financiële crisis hebben laten liggen. De markt zit immers grotendeels op slot en zonder financiering van consumenten of bedrijven stopt het economische proces met alle maatschappelijke consequenties van dien. Nu is dat laatste ten dele waar, maar beleggers zijn natuurlijk niet dé oplossing voor maatschappelijk problemen. Evenmin ontlenen zij bestaansrecht aan het oplossen van die problemen. Primair gaat het institutionele beleggers zoals pensioenfondsen om het realiseren van een fatsoenlijk pensioen voor hun deelnemers. Wel staat het maatschappelijke oogpunt steeds nadrukkelijker in de belangstelling. Investeren in zorgvastgoed kan beide doelen dienen. Voor een goed begrip van de overwegingen van beleggers wordt eerst uiteengezet op welke manier het beleggen in vastgoed een meerwaarde heeft.

De meerwaarde van vastgoed

Beleggers zoals pensioenfondsen willen op lange termijn graag een aantrekkelijk rendement uit hun investering halen om hun klanten (pensioengerechtigden) hun een goed pensioen uit te kunnen keren. Hiertoe beleggen zij de verkregen pensioenpremies in verschillende assetclasses zoals obligaties, aandelen en vastgoed. Hoewel de afwegingen voor elke belegger verschillend zijn, schommelt de gemiddelde allocatie van vastgoed in een beleggingsportefeuille, ook internationaal, al 30 jaar rond de 10%. Bij gebrek aan langjarige reeksen was het lange tijd lastig de ideale portefeuillevordering te berekenen. Nu deze cijfers in toenemende mate meer voor handen zijn, blijkt uit verschillende studies dat de ideale beleggingsportefeuille in ieder geval voor een aanzienlijker groter deel uit vastgoed bestaat (Wetten, 2014). Hoewel een exact percentage niet is te geven, varieert het ideale aandeel

vastgoed in de portefeuille in studies tot 25%. Een allocatie van 10% wordt daarom door Hoesli & Lizieri (2007) als zeer conservatief aangeduid. Het potentieel van vastgoed als investeringscategorie wordt daarmee ook gelijk duidelijk. Maar waarom is vastgoed in de basis nu zo interessant? Pensioenfondsen gebruiken vastgoedbeleggingen tweeledig. Een belangrijke beweegreden is dat vastgoed relatief hoge rendementen combineert met relatief lage risico's. In de afgelopen 20 jaar leverde vastgoed een rendement, dat vergelijkbaar was met het rendement op aandelen, terwijl het risico vergelijkbaar was met dat van obligaties. Daarnaast heeft vastgoed als belangrijke eigenschap dat de onderliggende rendementen afkomstig zijn uit huurcontracten. Dat levert niet alleen een aantrekkelijk rendement op uit voorspelbare huurinkomsten, maar belangrijker, de huurcontracten zijn gekoppeld aan de inflatie. Dat wil zeggen dat een huurcontract jaarlijks met de werkelijke inflatie wordt geïndexeerd. Vastgoed kan dus gebruikt worden om toekomstige pensioenuitkeringen geïndexeerd uit te keren ('te matchen'). Omdat voor zorgvastgoed ook inflatiegerelateerde huurcontracten van toepassing zijn met aantrekkelijke rendementen en overzienbare risico's, kan zorgvastgoed zich uitstekend als beleggingscategorie kwalificeren. Het maakt daarbij niet uit of de huurcontracten zijn afgesloten met zorginstellingen, (eerstelijns of anderhalvelijns) zorgfuncties of bewoners van zorgwoningen.

Drempels bij investeren in Nederlands zorgvastgoed nagenoeg verdwenen

In Nederland wordt bij vastgoedbeleggingen voornamelijk geïnvesteerd in kantoren, woningen, winkels en industrieel vastgoed. Zorgvastgoed is tot op heden slechts een zeer kleine beleggingscategorie. Er zijn relatief weinig partijen in Nederland die investeren in zorgvastgoed en vergeleken met andere beleggingscategorieën gaat het om beperkte bedragen. Er zijn meerdere redenen aan te voeren die het beperkte investeringsniveau tot op heden konden verklaren (Gijp, 2014):

- Zorgvastgoed is een relatief nieuwe beleggingscategorie. Het gebrek aan langjarige reeksen die 'bewijslast' leveren voor rendementen en risico's houdt investeerders tegen;
- De overheid en corporaties maken een terugtrekkende beweging op het gebied van (financiering van) zorgvastgoed en door de terughoudendheid van banken zijn beleggers een 'nieuwe' samenwerkingspartner van zorginstellingen. Er bestaat echter vaak nog een flinke kennis- en cultuurkloof tussen beide werelden;
- Het meest courante zorgvastgoed is vaak niet beschikbaar voor beleggers omdat zorginstellingen dit vaak graag in eigen beheer houden. Daarnaast zijn rendementscriteria van beleggers vaak hoger dan zorginstellingen gewend waren;
- De politieke stelselwijzigingen betekenden enerzijds onzekerheid richting de toekomst, anderzijds hebben wijzigingen (een negatief) effect gehad op de financiële positie van zorginstellingen.

In de afgelopen jaren zijn er diverse ontwikkelingen geweest die de drempel tot het investeren in zorgvastgoed verlaagd hebben. Het politieke risico bij zorgvastgoed is met de

inwerking getreden wetwijzigingen in de zorg niet langer groter dan bij andere vastgoedcategorieën. Ondanks problemen bij de invoering (zoals de pgb-uitkeringen) is er consensus bij alle stakeholders dat de ingeslagen politieke weg de juiste is. Ook zien zorginstellingen steeds vaker in dat het bezit van vastgoed niet noodzakelijk is om de primaire taak van zorgverlening uit te voeren. Een tweetal transacties in Amsterdam illustreren dit. Hier heeft een zorginstelling het bestaande vastgoed verkocht aan belegger Syntus Achmea Real Estate & Finance om in een nieuwbouwsituatie een deel van het vastgoed terug te huren voor zorgactiviteiten. De eerder beschreven kennis- en cultuurovergang tussen zorginstellingen en beleggers wordt ook steeds kleiner, alhoewel dit vooral van toepassing is op een 'toegewijde' groep beleggers en zorginstellingen die elkaar opzoeken. Voor een grote groep beleggers en zorginstellingen is 'de kloof' er nog wel degelijk. Voor wat betreft de omissie in de financiële bewijslast of zorgvastgoed aantrekkelijk is voor investeerders, zijn recentelijk flinke vorderingen gemaakt. In april 2015 is het onderzoek 'Beleggen in Zorgvastgoed' verschenen (van Elp & Konings, 2015). Dit is een waardevolle bijdrage aan de literatuur voor zorgvastgoed. Op een eenduidige manier is inzicht verkregen in de markt van zorgvastgoed en welk deel daarvan 'investible' is voor institutionele beleggers. De markt blijkt voldoende groot en de beleggingskansen voor alle afzonderlijke typen vastgoed nemen in de toekomst verder toe. Het onderzoek verlaagt een deel van de 'drempel' op het gebied van rendementen en risico's in zorgvastgoed omdat voor het eerst een meerjarige rendementsreeks is bepaald. Hierbij moet opgemerkt worden dat een groot deel van het onderliggende zorgvastgoed in het onderzoek verouderd en in corporatiebezit is. Hierbij valt te denken aan verzorgingstehuizen waar voor bewoners geen verblijfsindicatie meer van toepassing is en zorgwoningen voor bewoners in het gereguleerde segment. Dit zijn niet de zorgvastgoedproducten waarin institutionele beleggers nu interesse in tonen.

Zorgvastgoed internationaal een bewezen beleggingscategorie

In Nederland zijn de investeringen in zorgvastgoed beperkt. Maar wat is beperkt? Naar schatting van Syntus Achmea Real Estate & Finance is circa €500 miljoen aan zorgvastgoed in handen van Nederlandse institutionele beleggers. Op een totaal belegd vermogen in vastgoed van circa €50 miljard is dat slechts 1%. Ter vergelijking: In de Verenigde Staten hebben de twee grootste openbare zorgvastgoedfondsen (Healthcare REITs) alleen al een gezamenlijke marktkapitalisatie van circa \$50 miljard. De totale zorgvastgoedmarkt bedraagt zelfs \$1 biljoen (HCP, 2015). En in het Verenigd Koninkrijk is in de eerste 5 maanden van 2015 al voor circa £460 miljoen aan zorgvastgoed verhandeld (CBRE, 2015). Voor Nederland schatten makelaars als CBRE en DTZ in dat het beleggingsvolume op jaarbasis in 2020 pas circa €650 tot €825 miljoen omvat. Een andere referentie die de mate van volwassenheid in andere landen aangeeft, is dat er in Australië bijvoorbeeld al 10 jaar een professionele rendementsreeks van zorgvastgoed bestaat (MSCI Healthcare index). In Nederland is daar nog geen sprake van. Deze cijfers geven aan dat zorgvastgoed in Nederland in vergelijking met het buitenland slechts een zeer bescheiden onderdeel uitmaakt van de focus van institutionele beleggers. Hoe groot het potentieel is, blijkt uit onderzoek van EIB: 34 miljoen m² van het zorgvastgoed heeft een voor investeerders aantrekkelijke omvang van 2.000 tot 100.000 m² (EIB, 2015). Dat

is bijvoorbeeld groter dan de gehele Nederlandse markt van winkelveastgoed. De markt voor zorgvastgoed heeft dus alles in zich om te kunnen groeien.

Grote internationale verschillen in typen zorgvastgoedbeleggingen

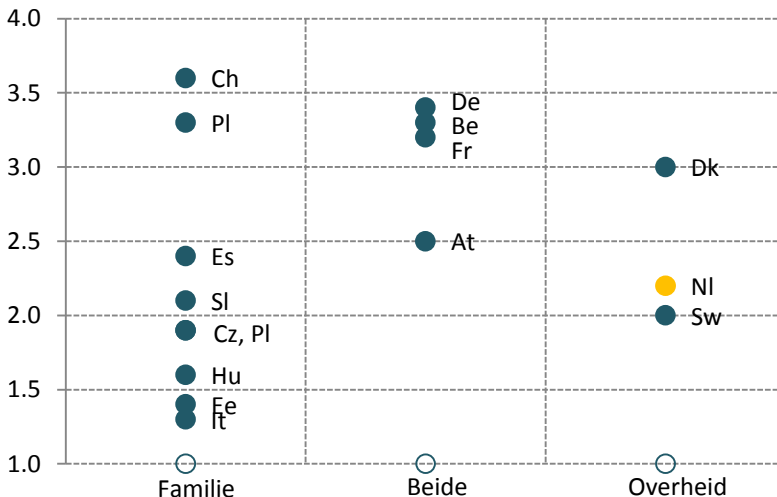
Zorgvastgoed is een containerbegrip. Het bestaat uit diverse typen vastgoed die weliswaar allemaal zorggerelateerd zijn, maar toch flink van aard en omvang kunnen verschillen. Investeerders in Nederland beleggen voorsnog in een beperkt aantal typen zorgvastgoed. De focus ligt op het 'care-segment'. Het gaat dan bijvoorbeeld om intramurale zorgwoningen voor mensen die zware zorg nodig hebben waarbij de zorginstelling de hurende partij is. Maar het zijn vooral ook zorgwoningen of levensloopbestendige woningen waarbij de aanwezigheid van zorg gegarandeerd is maar waar de bewoners zelf de woonruimte huren. Beleggingen in het 'cure-segment' met ziekenhuisgerelateerde of eerstelijnsfuncties zijn in Nederland voorsnog beperkt. Dit in tegenstelling tot een aantal Angelsaksische landen waar de zorg langer en in veel grotere mate geprivatiseerd is. In de Verenigde Staten is naast 'senior housing' en langdurige zorg ook een belangrijk aandeel weggelegd voor ziekenhuizen, ziekenhuisgerelateerde behandelcentra en 'medische kantoren' waar bijvoorbeeld medisch onderzoek plaatsvindt. In het Verenigd Koninkrijk wordt daarnaast ook nog veel belegd in eerstelijns gezondheidszorg, terwijl in Australië de grootste nadruk juist ligt op ziekenhuizen als zorggerelateerd beleggingsobject.

De verschillen tussen investeringen in zorgvastgoed in verschillende landen moeten met name worden gezocht in cultuurverschillen tussen de verschillende landen. Ten eerste kent de beleggingscultuur in landen als de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk een langere historie. Hierdoor zijn alternatieve beleggingscategorieën zoals zorgvastgoed in deze landen al langer gemeengoed. Als tweede argument kan worden aangedragen dat in Nederland de zorgverlening tot recentelijk nauw verbonden was met het huisvesten van zorg. Zorginstellingen en ziekenhuizen konden via de overheid hun huisvesting regelen. In de eerder besproken Angelsaksische landen is het veel gebruikelijker de zorgdienst en de zorghuisvesting los van elkaar te koppelen. Dat heeft er met name in de Verenigde Staten toe geleid dat eigenaren van zorggebouwen niet per definitie gelieerd zijn aan zorginstellingen of overheid. De aanwezigheid van private zorgverlening heeft daarnaast bijgedragen aan een meer bedrijfsmatige kijk op het zorgproces met een daarbij horende commerciële huur van gebouwen waar zorg verleend wordt. Vanuit Amerikaans investeringsperspectief wordt met name gekeken naar de onderliggende investeringscase van het vastgoed. Een goede locatie met een goede businesscase is belangrijker dan de specifieke financiële situatie van de huurder op dat moment. Daarnaast zijn Amerikaanse vastgoedeigenaren vaak sterk betrokken met de bedrijfsvoering van het zorgproces om risico's te minimaliseren (CBRE, 2012).

Nederland op weg naar meer private inmenging

De zorg verandert. In Nederland neemt via de herstructurering van de langdurige zorg de invloed van de overheid langzaam af. De overheid schaft via het scheiden van wonen en zorg de huisvestingsvergoeding van licht zorgbehoevenden af. Tegelijkertijd doet zij een beroep op de naaste omgeving om te ondersteunen in het zorgproces. In Europees perspectief zien we dat er historische flinke verschillen zijn tussen landen en tegen welke achtergrond de langdurige zorgvoorziening is geregeld (zie figuur 1). In Zuid- en Oost-Europese landen is de rol van familie in de zorg groot terwijl in Noord-Europa juist de rol van de overheid dominant is. In meer Centraal-Europees gelegen landen is er een combinatie. Tussen landen bestaan ook grote verschillen als gekeken wordt naar het procentuele aandeel van het nationaal inkomen dat aan langdurige zorg wordt gespendeerd. Er is voor steeds meer landen sprake van een convergentie naar een zorgsysteem waar overheid en familie gezamenlijk een belangrijke rol spelen.

De Nederlandse zorgtransitie met minder overheidsbemoediging heeft onder meer tot gevolg dat de huisvesting van licht zorgbehoevenden niet langer door de overheid gefinancierd wordt. Deze groep moet voortaan in hun eigen huisvesting voorzien. Als dat niet in een eigen koopwoning is, dan zijn er steeds meer oplossingen om woningen van beleggers te huren in de directe nabijheid van zorgvoorzieningen. Ook krijgen huisartsen in de eerstelijns zorgvoorzieningen een grotere rol toebedeeld om de duurdere tweedelijns te ontlasten. We zien steeds vaker dat eerste en anderhalvelijns voorzieningen zich clusteren in gezondheidscentra. Dit kunnen aantrekkelijke investeringsproposities voor beleggers zijn.



Figuur 1: Verantwoordelijkheid langdurige zorg per land en uitgave thuiszorg als % van het BBP (Bron: SCP (2014), bewerking Syntrus Achmea Real Estate & Finance)

Conclusie

In het voorgaande is duidelijk geworden dat de zorgmarkt in Nederland steeds minder afhankelijk is van de overheid en meer in aanraking komt met 'de markt'. Zowel veranderend overheidsbeleid als algemene trends en ontwikkelingen zijn hier drijvende krachten achter. Tegelijkertijd ontwikkelt de beleggingsmarkt van zorgvastgoed zich. In tegenstelling tot enkele Angelsaksische landen is de beleggingsmarkt voor zorgvastgoed in Nederland nog jong. Voor institutionele beleggers wordt Nederlands zorgvastgoed als propositie steeds aantrekkelijker. Waar nu nog slechts enkele Nederlandse partijen actief zijn, staat inmiddels ook de deur voor buitenlandse investeerders open. Om een echt volwassen beleggingsmarkt te worden voor nationale en internationale beleggers zal de Nederlandse zorgmarkt nog marktgericht moeten worden. Het gaat dan met name om duidelijke businesscases ten aanzien van het gebruik van het betreffende zorgvastgoed. Voor investeerders blijven vragen ten aanzien van rendement en risico namelijk altijd relevant: 'Wat zijn de perspectieven op een stabiele kasstroom?' En: 'Wat zijn de opties voor een alternatieve invulling van het vastgoed als de huurder wegvalt?' Het internationale voorland kan daarbij als inspiratie dienen voor zowel zorgorganisaties als beleggers.

Bronnen

- CBRE (2012). Healthcare Real Estate. A new era for investors. CBRE Healthcare UK
- CBRE (2015). UK Healthcare marketview Q2 2015. CBRE UK
- Gijp, B. van der (2014). Investeren in zorgvastgoed. Amsterdam: Syntus Achmea Real Estate & Finance.
- HCN (2015). Corporate presentation may 2015. Health Care REIT, Inc.
- Hoesli, M & C. Lizieri, (2007). Real Estate in the investment portfolio.
- Elp, M. van & P. Konings (2015). Beleggen in zorgvastgoed – perspectief voor beleggers. Amsterdam: Economisch Instituut voor de Bouw i.s.m. MSCI.
- SCP (2014). Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research (SCP)
- Wetten, P. van (2014). De meerwaarde van vastgoed in de beleggingsportefeuille. Amsterdam: Syntus Achmea Real Estate & Finance.

Stilte voor de storm met zorgvastgoed

Alle hens aan dek!

Eric Scheijgrond, Guido Anker en Geertje Besier

Zorgvastgoed is een veelbesproken onderwerp. Vele partijen spreken hun interesse uit naar zorgvastgoed en zien nieuwe kansen ontstaan die welkome aanvullingen zijn binnen de verder ontwikkelde vastgoedmarkt. Rond 2008 stond zorgvastgoed al in de schijnwerpers bij veel vastgoedpartijen. In de afgelopen twee jaar zien we de interesse snel groeien. De zorgsector heeft inmiddels een grote transformatie doorgemaakt. De gevolgen van deze transformatie worden met de dag duidelijker zichtbaar en aanvullende maatregelen worden in hoog tempo genomen en doorgevoerd. Wellicht is de zorgsector wel de snelst veranderende sector in ons land. Deze ontwikkelingen maken het uitdagend om een lange termijn visie te ontwikkelen en bindende keuzes te maken.

Eén zekerheid is dat de behoefte aan geschikte huisvesting voor ouderen en zorgbehoevenden door de vergrijzing enorm gaat toenemen. Om te kunnen voldoen aan de toekomstige vraag naar zorgvastgoed/huisvesting voor zorgbehoevenden dienen de verschillende spelers in de zorgmarkt hun krachten te bundelen en hun activiteiten beter op elkaar af te stemmen. Momenteel signaleren we echter dat de verschillende partijen grotere afstand nemen van de maatschappelijke opgave om te voorzien in adequate (zorg)huisvesting voor de toekomst.

Inzicht in de huidige positie en visie op deze hoofdactoren op de zorgmarkt is essentieel om aan de toekomstige vraag te kunnen voldoen. Door alle wijzigingen vervagen de grenzen en zoeken we nieuwe contouren. Uitgangspunten vragen om heroverweging. Tegelijkertijd is er geen moment te verliezen, de uitdagingen rond zorgvastgoed zijn legio, en de impact is groot. Vanuit de praktijk ervaren we zorgvastgoed vanuit verschillende perspectieven. Met dit artikel geven we graag ons perspectief op de uitdagingen vanuit de positie van de zorginstellingen, de corporaties, de beleggers en de financiers.

Vervagende Grenzen

Net zoals op veel andere terreinen binnen het vastgoed ontbreekt het binnen het segment zorgvastgoed aan heldere definities, waarmee helder onderscheidt kan worden gemaakt tussen verschillende types en vormen vastgoed. Ook organisaties laten zich steeds moeilijker identificeren binnen heldere segmenten en sectoren. Zo zijn er zorgorganisaties die zich op steeds grotere schaal toeleggen op het verhuren van (zorg) woningen. Anderzijds zijn er vastgoedbeleggers die naast uitgebreide dienstverlening ook zorg leveren aan hun huurders. Patiënten noemen we liever bewoners of huurders. Een verpleeghuis is bij voorkeur een appartementencomplex. Alles gericht op het optimaal bedienen van de zorgconsument.

Daar tegenover staat een behoefte om specifieke elementen te kunnen benoemen en in hokjes te kunnen plaatsen zodat er waarde aan toegekend kan worden en risicoprofielen vastgesteld kunnen worden.

Schattingen over de omvang van zorgvastgoed lopen uiteen van 25 miljoen m² tot 75 miljoen m². De schattingen lopen zo uiteen vanwege de vele verschillend gehanteerde definities en tegelijkertijd snel vervangende grenzen tussen de verschillende (Zorg) vastgoed categorieën. Bijvoorbeeld: Wordt ambulante zorg vanuit kantoor geleverd of vanuit zorgvastgoed? Woont mevrouw Jansen van 85 in een regulier appartement met wat aanpassingen voor haar zorgbehoefte of woont ze in een zorgcomplex? Een volledig beeld ontbreekt. Misschien is dat ook wel typerend voor de ontwikkelingen binnen het marktsegment.

Zorginstellingen

Zorginstellingen zijn in de afgelopen jaren geconfronteerd met radicale wijzigingen in de wetgeving en vergoedingen structuren.

Inmiddels maakt een gemiddelde instelling jaarlijks met vele verschillende contractpartijen afspraken over de zorg die zij levert en vergoed krijgt. Waar dat tot 5 jaar geleden vaak slechts met 1 partij het geval was en ook nog eens volledig gereguleerd. Afspraken over groei en krimp van een organisatie of wijzigingen in de vorm van zorg werden vaak weloverwogen en gepaard met dempende maatregelen doorgevoerd.

Doordat er met zoveel verschillende partijen contractafspraken worden gemaakt worden ook steeds meer verschillende eisen gesteld aan het vastgoed. De bezettingsgraad van de gebouwen fluctueren dan ook sneller en organisaties bewegen meer tussen verschillende gebouwen.

Met name rond vastgoed vraagstukken was de situatie dusdanig gereguleerd dat zorgorganisaties nagenoeg geen risico liepen op het vastgoed. Tegelijkertijd was ook de invloed op het vastgoed zeer gering. Het bouwregime schreef zeer bindend voor waar nieuw te realiseren aan moest voldoen en wat dat mocht kosten om te realiseren. Hierdoor waren de mogelijkheden om je te onderscheiden beperkt waren. Anderzijds werd er in het verleden door de overheid integraal gestuurd op de beschikbaarheid van voldoende zorgvastgoed, waarmee ultimo forma in de maatschappelijke behoefte werd voorzien.

Eenzijds hebben we het vooruitzicht dat de zorgbehoefte in de komende decennia enorm zal toenemen, Daarnaast is er ook een behoefte naar betere aansluiting van de zorg op de behoeften van de zorgconsument. Dit vraagt naast een ondernemende instelling van zorgorganisaties ook groeiende flexibiliteit in vastgoed.

Anderzijds voelen veel zorgorganisaties inmiddels de effecten van de wijzigingen in de financiering en zien de druk toenemen om ingrepen te doen in hun vastgoedportefeuille. Niet

in de laatste plaats ingegeven door verscherpte verslagleggingsregels rond de waarde van het vastgoed in de jaarrekeningen. Instellingen ontwikkelen inzicht in de bedrijfswaarde van het vastgoed en sturen op basis daarvan op optimale inzet van hun gebouwen. Niet presterend vastgoed wordt versneld afgeschreven en waar mogelijk afgestoten.

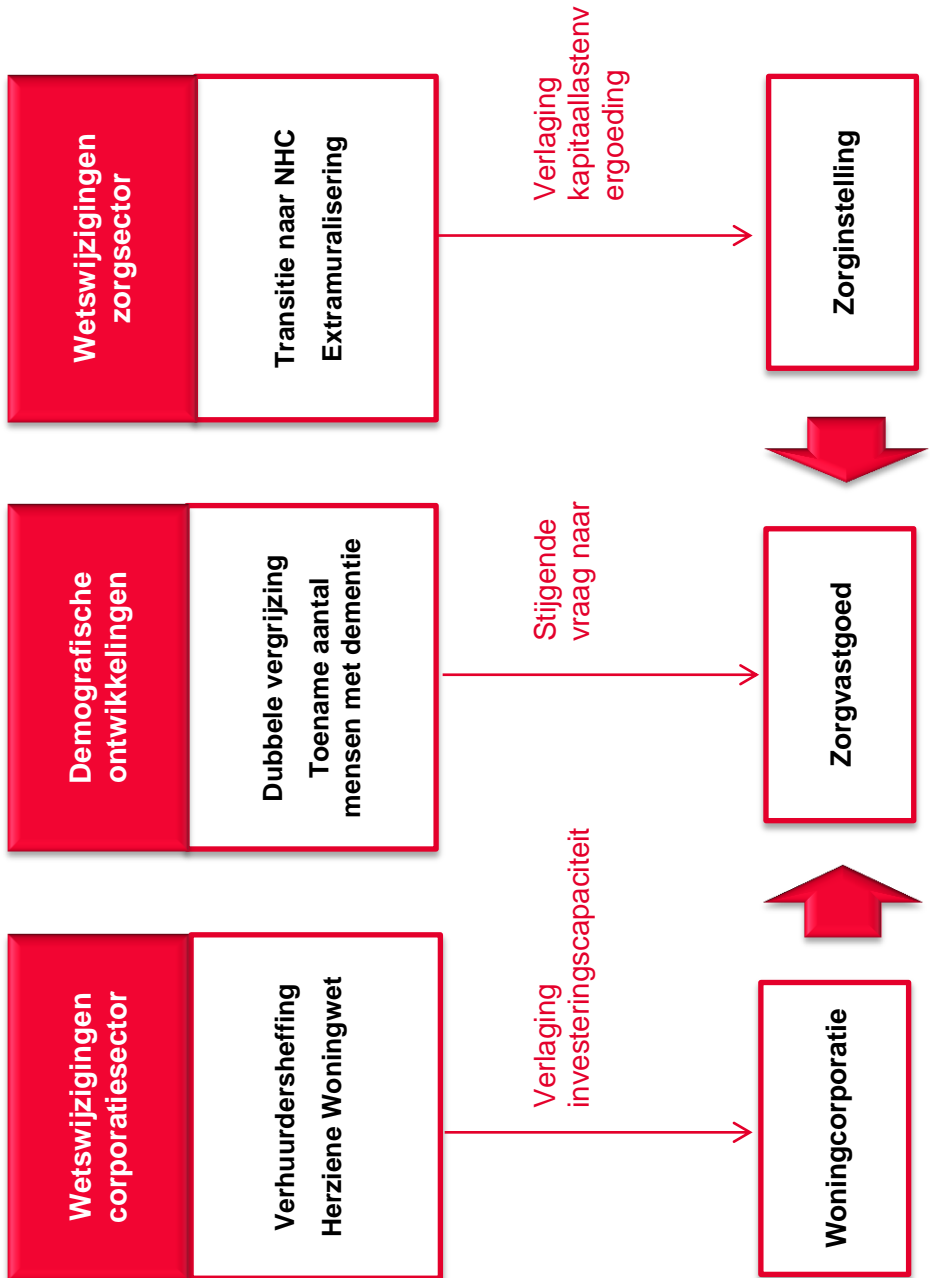
Corporaties

Ruim driekwart van de woningcorporaties is in het bezit van zorgvastgoed. De rol van woningcorporaties op het gebied van zorgvastgoed staat onder druk door stelselwijzigingen in de corporatiesector en in de zorgsector. Met de verhuurdersheffing en de invoering van de herziene Woningwet medio 2015 beoogt de overheid marktverstoringen in de vrije sector weg te nemen en de risico's voor maatschappelijk bestemd vermogen te beperken. In het kader hiervan wil de overheid dat corporaties zich gaan richten op hun kerntaak, het huisvesten van sociale doelgroepen.

Daarnaast staan corporaties die in het bezit zijn van zorgvastgoed ook onder druk door de stelselwijzigingen in de zorgsector. Door bezuinigingen veranderen de financiële stromen rondom zorgvastgoed. De kapitaallasten vergoeding aan zorginstellingen verschuift van aanbodgericht naar prestatiegericht door de geleidelijke overgang op de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Daarnaast worden ouderen met een lichte zorgbehoefte door de extramuralisering zelf verantwoordelijk voor hun huisvestingslasten. Ondertussen zet de vergrijzing in Nederland gestaag door, waarbij het aantal 80-plussers in 2040 zal verdubbelen. Een trend die hiermee samenhangt, is een groeiend aantal mensen met een chronische ziekte. Door deze demografische ontwikkelingen stijgt de vraag naar geschikte ouderenhuisvesting en verpleeghuizen.

Al deze veranderingen zorgen ervoor dat corporaties hun rol op het gebied van zorgvastgoed heroverwegen. Woningcorporaties spelen een belangrijke rol bij de vraag naar geschikte huisvesting, die ontstaat door de 'dubbele vergrijzing'. Steeds meer ouderen met een lichte zorgbehoefte blijven langer zelfstandig wonen. Hiervoor zijn extra aanpassingen in woningen nodig. De kosten hiervoor kunnen hoog oplopen en worden niet volledig vergoed vanuit de overheid. Verhuizen naar een levensloopbestendige woning of andere geschikte locatie wordt daardoor aantrekkelijker.

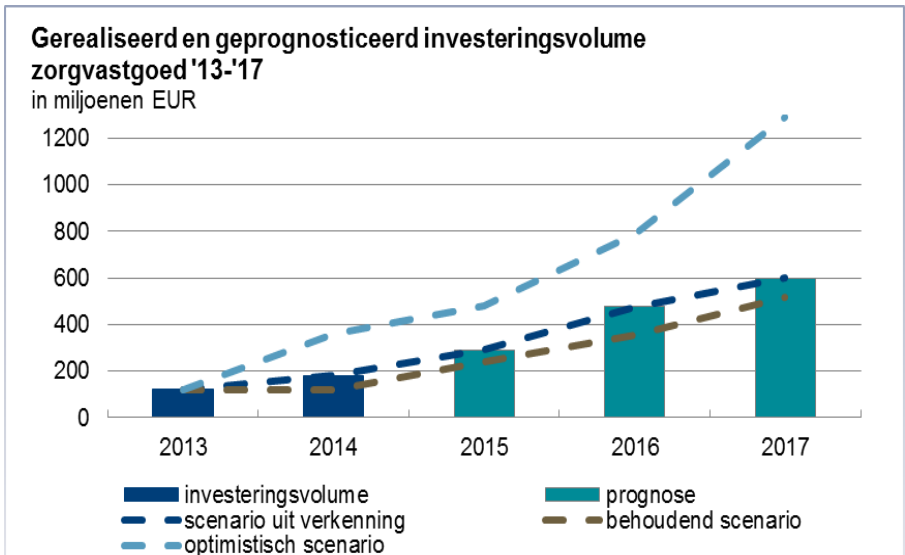
Door de vaak lange procestijd bij het ontwikkelen van (zorg)vastgoed is het van belang dat corporaties nu al inspelen op de toekomstige behoefte aan zorgvastgoed en de ontwikkelingen in de markt. Het is daarom essentieel dat woningcorporaties, zorginstellingen, gemeenten en beleggers samenwerken om vraag en aanbod beter op elkaar aan te laten sluiten. Door het vaststellen van specifieke beleggingscriteria in het beleggingsbeleid kunnen corporaties richting geven aan de rol die ze willen innemen op het gebied van zorgvastgoed. Hierbij dienen corporaties rekening te houden met wijzigende wet- en regelgeving, demografische ontwikkelingen en de veranderende woonwensen van ouderen.



Figuur 1: schematische weergave van wijzigingen rond zorgvastgoed in corporatiehanden

Beleggers

De beleggingsmarkt van zorgvastgoed krijgt steeds meer aandacht. Een steeds groter aantal institutionele beleggers hebben hun ambitie uitgesproken om een apart fonds op te richten voor zorgvastgoed of doen onderzoek naar de haalbaarheid hiervan. Ook particuliere beleggers tonen steeds meer interesse in dit segment. In 2013 heeft DTZ Zadelhoff ca 120 miljoen euro aan beleggingstransacties geregistreerd en in 2014 is dat opgelopen naar ca 180 miljoen euro. Het betreft een fractie van het totaal aantal beleggingsvolume in 2014 van ca 10 miljard euro. Wel is duidelijk zichtbaar dat deze beleggingscategorie snel groeit.



Figuur 2: gerealiseerd en geprognosticeerd investeringsvolume zorgvastgoed 2013-2017 (bron: DTZ)

De ambities van verschillende beleggers liegen er niet om er is de komende jaren ruim 2,5 miljard euro beschikbaar om in zorgvastgoed te beleggen. Waarbij wel gesteld moet worden dat de beleggingsprofielen en de randvoorwaarden behoorlijk in beweging zijn.

De meest voorkomende kenmerken zijn:

- a. (ver)nieuwbouw, jonger dan 2 jaar in exploitatie / belegging of een nieuw huurcontract (sale & leaseback constructies);
- b. langjarig huurcontract (minimaal 10 jaar);
- c. goede alternatieve aanwendbaarheid (zowel financieel als functioneel);
- d. bewezen track record van de exploitant;
- e. gelegen op een aantrekkelijke locatie;
- f. omvang minimaal EUR 5 miljoen (waarbij slechts enkele partijen proposities groter dan EUR 100 tot EUR 150 miljoen aankunnen);
- g. bruto aanvangsrendement tussen 6,5% en 8,0%.

Wanneer proposities niet aan deze criteria voldoen, geldt dat het risicoprofiel stijgt en daarmee de interesse van beleggers afneemt. Zoals bij alle beleggingscategorieën wordt een transactie bepaald door het object, de gebruiker en het verwachte rendement. Zo ook bij zorgvastgoed. Omdat het aantal referenties in deze markt beperkt is, geldt het vertrouwen in een (bewezen) concept en de kwaliteit van de exploitant vaak als een doorslaggevende factor.

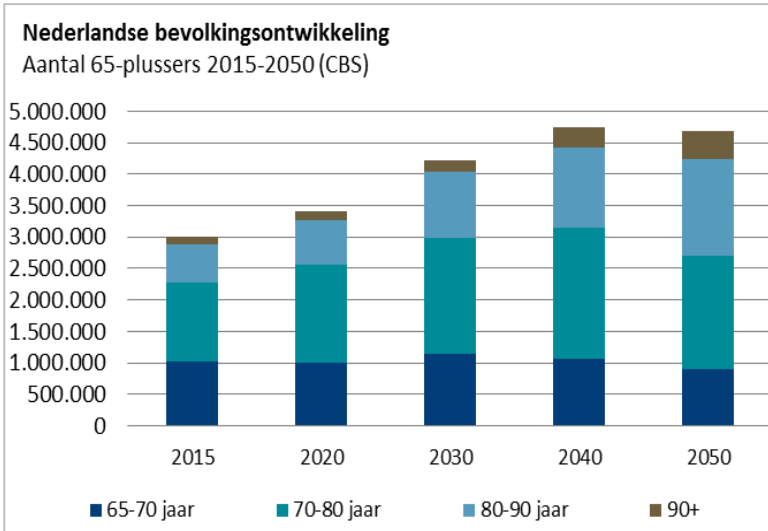
Financiers

Banken stellen zich in het algemeen steeds kritischer op ten opzichten van krediet verstrekking. Specifiek gericht op zorgvastgoed is dat niet anders. Zorg instellingen hebben veel vastgoed gefinancierd middels borging van het Waarborgfonds voor de Zorgsector. Een collectief garantie fonds waarmee de risico's voor banken sterk worden beperkt. De veranderingen in de zorg zijn voor veel zorginstellingen risico verhogend. Tevens vallen steeds meer activiteiten in de zorg buiten de werkingssfeer van het WFZ. Banken moeten zich dan ook steeds verder verdiepen in financieringsaanvragen om een juiste afweging te kunnen maken. Dat resulteert in verhoogde eisen aan zorgorganisaties bij het aangaan van financieringen. Zorg organisaties worden geacht een deel van de opgave met eigen vermogen te financieren en de rente percentages zijn hoger dan voorheen. Steeds vaker voldoen de bouwplannen en onderliggende business cases niet aan de gestelde eisen waarmee plannen worden terug verwezen naar de tekentafel.

Nieuwe contouren

De wetswijzigingen in de corporatiesector, de wetswijzigingen in de zorgsector en de demografische ontwikkelingen hebben direct invloed op de markt voor zorgvastgoed. Het is duidelijk dat hierdoor het speelveld sterk aan verandering onderhevig is en zal zijn. De consument komt steeds meer centraal te staan in de zorg markt. Bovendien kunnen we met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid stellen dat de zorgbehoefte ook fors zal stijgen. Onafhankelijk van de ontwikkelingen in de financiering en wetgeving staan we allemaal voor een uitdaging om op een adequate manier te voorzien in deze groeiende populatie zorgbehoevenden.

Deze consumenten verwachten een hoge standaard van zorg en zullen alles in het werk stellen om in hun behoefte te voorzien. We moeten in onze ontwikkelingen dan ook rekening houden met die opgave en ons niet laten beperken tot onzekerheden op de korte termijn. De tijd dringt, we hebben "alle hens aan dek" nodig om de nieuwe zorgconsument optimaal te bedienen en alle kansen te benutten.



Afbeelding 3: Nederlandse bevolkingsontwikkeling: aantal 65-plussers 2015-2050 (bron:cbs)

Verbind de business case van vastgoed met die van zorg

Met een integraal tarief financieel blijven sturen op zorgvastgoed

Sake van den Berg, Karin van Dijk en Peter Vlek

In 2018 krijgt u te maken met de definitieve stelselwijziging in de zorgvergoeding. Als zorgaanbieder krijgt u één integrale vergoeding voor het leveren van zorg, dit is inclusief de huisvesting. Het vastgoedbedrijf¹ van de zorginstelling ontvangt nu nog een specifieke vergoeding voor de huisvesting (NHC). In 2018 is deze vergoeding niet meer geoormerkt. Welke vergoeding gaat u dan toerekenen als “huurinkomsten”? In dit hoofdstuk beantwoorden wij de vraag hoe u met een integraal tarief financieel kan blijven sturen op de prestatie van uw zorgvastgoed. Hierbij schetsen wij onze visie op de ontwikkeling van het vastgoedbedrijf in relatie tot het zorgbedrijf door de invoering van integrale tarieven. Dit begint met sturen op de portefeuille door het afstemmen van de vastgoedstrategie op het primaire proces. Hierbij is inzicht in de kasstromen van het vastgoed essentieel, zodat u vervolgens uw vastgoedafweging kan maken in relatie tot de zorgexploitatie. Wij sluiten af met een beschouwing van de methodes voor de feitelijke verrekening tussen het zorg- en vastgoedbedrijf. Waarbij u met de kostprijsdekkende huur (KPDH) het beste financieel kan sturen op de prestatie van het vastgoed.

De nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) is voortaan de basis voor de bekostiging van de zorg voor mensen die langdurig én 24 uur per dag intensieve zorg en toezicht dichtbij nodig hebben. De vergoeding voor de zorginstelling hangt af van de zorgzwaartepakketten (ZZP) van de cliënten, waarbij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) een beleidsregel in het leven riep om het voor zorgaanbieders mogelijk te maken één integraal tarief te declareren. Een integraal tarief betekent dat de zorgaanbieder één vergoeding krijgt voor het leveren van zorg waaruit zowel de zorg- als de huisvestingskosten worden gedekt. De invoering van de integrale bekostiging maakt de prestaties van het vastgoed voor de zorgexploitatie steeds belangrijker. Hoe benut u uw vastgoed zo optimaal mogelijk?

In de huidige overgangssituatie ontvangt u de normatieve huisvestingscomponent (NHC) als vergoeding voor de huisvesting. Vanaf 2018 wordt de NHC onderdeel van het integraal tarief. In de aanbiedingsbrief van de wet marktordening zorg, definieert de minister integrale tarieven als volgt: “tarieven waarin naast de vergoeding voor het zorgzwaartepakket ook een vergoeding voor de huisvesting passend bij dat ZZP zit”. Het staat u als zorginstelling vrij hoeveel van het tarief u bestemt voor loon, materieel en huisvesting. De integrale vergoeding stimuleert daarmee zorginstellingen om te sturen op de toegevoegde waarde van het

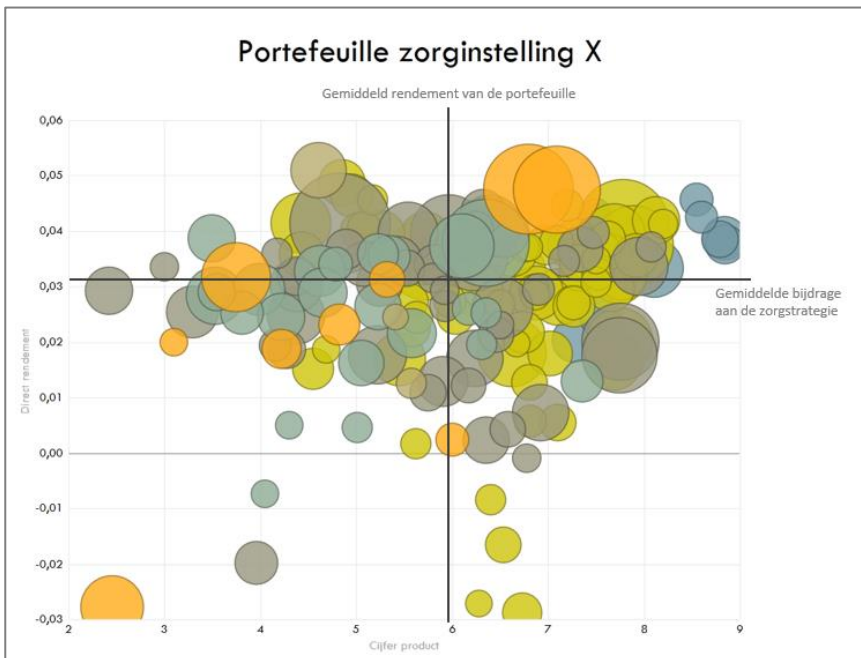
¹ Wij gebruiken de generieke term vastgoedbedrijf in dit hoofdstuk. De term kan ook staan voor een afdeling Vastgoed.

vastgoed voor het zorgproces. Immers, hoe efficiënter uw huisvesting, hoe meer geld u beschikbaar heeft voor het leveren van goede zorg.

Bij veel zorginstellingen is het vastgoedbedrijf ondergebracht in een aparte entiteit. In de overgangssituatie brachten veel zorgvastgoedbedrijven de NHC in rekening bij het zorgbedrijf als vergoeding voor de huisvestingslasten. In de praktijk merken wij dat door de invoering van de integrale tarieven veel zorginstellingen voor de vraag staan hoe zij hun relatie met het zorgbedrijf gaan vormgeven om zo optimaal mogelijk te kunnen blijven sturen op de prestaties van het vastgoed. Bovendien staan veel zorginstellingen voor de vraag welke vergoeding zij als vastgoedbedrijf uiteindelijk in rekening moeten brengen bij het zorgbedrijf.

Financieel sturen begint met het bepalen van de strategie op portefeuille niveau

Belangrijke criteria voor het maken van vastgoed keuzes zijn gericht op de toegevoegde waarde voor de zorg. U bereikt dit door op portefeuilleniveau uw zorg- en vastgoedstrategie af te stemmen. Wij merken dat met de invoering van de integrale tarieven deze afstemming essentiëler wordt. Immers, de zorg ontvangt een vergoeding voor de zorg waaruit ook de huisvesting gedekt dient te worden. Vastgoed dient hierdoor ingezet te worden als bedrijfsmiddel ter ondersteuning van het primaire proces.



Figuur 1: Portefeuille zorginstelling X financieel en bijdrage aan zorgstrategie

Met een portefeuilleanalyse stemt u het vastgoedaanbod af op de behoefte van het primaire proces. Dit noemen wij Corporate Real Estate Management (CREM). CREM heeft als doel het creëren van maximale toegevoegde waarde van het vastgoed voor de onderneming, om daarmee optimaal bij te dragen aan de algehele prestatie van de zorginstelling. In bovenstaande grafiek ziet u de portefeuille van een zorginstelling, waarbij op de verticale as de score staat voor de financiële bijdrage en op de horizontale as de bijdrage aan de zorgstrategie. Voor de financiële bijdrage hanteerden we hier het direct rendement. Voor de bijdrage aan de zorgstrategie vertaalden we de kwaliteit van de complexen naar een cijfer product. Dit geeft een eerste indicatie van de huidige portefeuille.

Het primaire doel van CREM is niet het behalen van een hoog rendement op vastgoed, maar een marktconform rendement dat de continuïteit van het vastgoed waarborgt en de risico's afdekt. Ondanks dat zorginstellingen maatschappelijke bedrijven zijn, is het maken van rendement noodzakelijk om te voldoen aan de rente en aflossingsverplichtingen. Daarnaast is het rendement nodig om het eigen vermogen van de zorginstelling in stand te houden, zodat het verlenen van zorg ook in de toekomst mogelijk blijft.

Inzichtelijk maken van de kasstromen essentieel bij sturen op prestatie vastgoed

Om financieel te blijven sturen bij de invoering van de integrale vergoeding is het inzichtelijk maken van de kasstromen essentieel. Wij adviseren om de exploitatie van het vastgoed per zorglocatie inzichtelijk te maken. Op lokaal niveau krijgen de zorgcollega's inzicht in de gehele exploitatie en zijn zij medeverantwoordelijk voor het optimaal presteren van zowel de zorg- als de vastgoedexploitatie. Dit inzicht helpt een zorginstelling beter te sturen op de opbrengsten en uitgaven, met als doel het optimaal inzetten van de beperkte middelen. Prestatiebepoorting en bezuinigingen in de zorg maken dat financiers, het waarborgfonds en toezichthouders steeds kritischer kijken naar uw projecten. Het is ten behoeve van interne en externe stakeholders des te belangrijker om exploitatiestrategieën en investeringsbeslissingen transparant te onderbouwen.

De exploitatie van het vastgoed heeft directe consequenties voor het primaire proces. De zorgproductie, en daarmee de feitelijke bezettingsgraad, bepalen de inkomsten voor de zorginstelling. De business case van een zorginstelling heeft hierdoor een aantal kenmerkende overeenkomsten met die van een hotel. Bij een hotel is het optimaliseren van de bezetting in relatie tot de beschikbare plaatsen ook erg belangrijk, het sturen op de benodigde bezetting voor een rendabele vastgoedexploitatie.

Voorbeeld: Voor diverse zorginstellingen ontwikkelden wij een model waarmee financieel inzicht werd verkregen in het vastgoed. Het model schept inzicht in de exploitatie- en financieringskasstroom en het effect van extra investeringen. Dit helpt de zorginstelling om de beperkte middelen op de meest efficiënte en verantwoorde manier in te zetten. Dit biedt het management uitstekend inzicht waar financieel resultaat geboekt wordt of waar financieel mogelijke 'lekken' zitten. Zodra een locatie financieel slechter scoort, kan achterhaald worden waarom het complex slechter scoort en hoe de hoge huisvestingslasten mogelijk beperkt kunnen worden. Zonder dit inzicht is efficiënte sturing en continuering van de het vastgoed vrijwel niet mogelijk.

Voorheen had het vastgoed geen financieel belang bij de zorgexploitatie. Het vastgoed werd gedekt vanuit gegarandeerde bekostiging. Met de invoering van de integrale bekostiging wordt de prestatie van het vastgoed voor de zorgexploitatie steeds belangrijker. Juist in de zorg is de prestatie van het vastgoed belangrijk, omdat het de leefomgeving betreft van een kwetsbare groep mensen. De toegevoegde waarde van het vastgoed in de zorg wordt ook wel Healing Environment genoemd. Dit wil zeggen dat het vastgoed mede bijdraagt aan het zorgproces.

Een integrale business case maakt de kosten en baten van een bepaald zorgconcept inzichtelijk in relatie tot het vastgoedconcept. De jaarlijkse kasstromen moeten zodanig in balans zijn dat er een continue evenwicht is tussen financiële verplichtingen en financiële baten.

Vastgoedafwegingen in relatie tot de zorgexploitatie vanuit integrale business case

Wij zijn ervan overtuigd dat samenwerken vanuit een integrale business case het beste aansluit bij de belangen van de zorgcliënten en de zorgverleners. Bij de integrale business case zet u uw vastgoed in als bedrijfsmiddel en beschouwt u het vastgoed integraal met de zorg. U krijgt aan de opbrengstenkant één tarief binnen per cliënt. Tegen deze opbrengsten zet de u zowel de zorgkosten als de huisvestingskosten af. Essentieel is dat u onderaan de streep voldoende overhoudt voor het langdurig duurzaam verlenen van zorg. U kunt de kosten voor huisvesting niet meer los zien van de zorgexploitatie. Doordat u beide exploitaties in relatie tot elkaar beschouwt, kunt u vanuit dit integrale perspectief uw afwegingen maken. Vanuit de integraliteit beoordeelt en stuurt u op de financiële prestatie per locatie.

Bovendien kunnen uw vastgoedmensen vanuit de integrale business case het beste hun zorgcollega's adviseren ten behoeve van het gezamenlijke belang: het leveren van goede zorg. U geeft een expliciete prikkel aan de gebruikers om het vastgoed optimaal te exploiteren en te gebruiken. Heeft u op een locatie bijvoorbeeld twintig procent aan overtollige ruimtes, dan blijft er minder geld over voor het personeel, omdat leegstand immers geld kost. Anders gezegd: benutten uw collega's de ruimtes optimaal, dan blijft er wellicht geld over om bijvoorbeeld een extra verpleegkundige in te zetten of de verblijfs- en werkomgeving te verbeteren.

Voorbeeld: een verzorgingstehuis in Noord-Holland waar ouderen gestimuleerd worden om naar buiten te gaan doordat hun kamer bijvoorbeeld direct grenst aan een privé buitenruimte. Wetenschappelijk is bewezen dat mensen die meer bewegen langer gezond blijven. Dit kan tot een besparing in de zorg leiden: de instelling besloot om 1 fte minder voor fysiotherapie aan te nemen.

Ook bij de keuze voor het al dan niet (her)ontwikkelen van een locatie of project speelt de financiële haalbaarheid een cruciale rol in samenhang met de verwachte zorgexploitatie. Het opstellen van een business case geeft u een objectief en realistisch beeld van de integrale financiële haalbaarheid van uw project. Het financieel resultaat is een samenstel van de vastgoedexploitatie, maar zeker ook van de zorgexploitatie! Vanuit het vastgoedperspectief kan nieuwbouw niet rendabel lijken. Neemt u bij deze overweging het effect op de zorgexploitatie mee, dan kan het resultaat er heel anders uit zien. Bijvoorbeeld omdat de looproutes voor het personeel aanzienlijk verkorten met de nieuwbouw óf doordat de kamers overzichtelijker gepositioneerd zijn waardoor er minder nachtverpleging aanwezig hoeft te zijn.

Wij adviseren om te starten met één of twee locaties om op lokaal niveau de integrale business case inzichtelijk te maken en te bespreken. Bij aanvang is het daarbij misschien nodig te rekenen met kengetallen voor de zorg. In de loop der tijd kunt u deze kengetallen vervangen door aan de locatie of zorgconcept specifieke verbonden gegevens.

Voorbeeld: voor een Nederlands zorgfonds maakten wij de integrale business case inzichtelijk van diverse zorgconcepten aan de hand van kengetallen en ervaringscijfers. Voor de inkomstenkant gingen wij uit van de PGB voor ZZP 5 (destijds €4.221,- per persoon per maand). Voor de kostenkant gingen wij voor dit zorgconcept uit van 37 uur begeleiding, 24 uur verpleging en 37 uur verzorging per maand. De gemiddelde personeelskosten voor de zorg bedroegen circa €40,- per uur, inclusief werkgeverslasten. Rekening houdend met een efficiëntiefactor berekenden wij de totale personeelskosten.

In het concept waren maaltijden inclusief. Aan de hand van ervaringscijfers rekenden wij hier € 6,- per persoon per dag voor. Op deze manier maakten wij snel de zorgexploitatie transparant. Deze zorgexploitatie combineerden wij met de vastgoedexploitatie om te toetsen of het concept haalbaar was.

Deze manier om van “grof” naar “fijn” te werken, is onderdeel van een transitie proces. Hiermee kan een zorginstelling vanuit de zorgverlening en zorgexploitatie de kosten en baten van een bepaald zorgconcept in beeld brengen en toetsen of het bedrijfsresultaat aansluit op de vastgoedfinanciering en -exploitatie.

Verreken met de kostprijsdekkende huur uw vastgoedkosten met de zorggebruiker

Het zorg- en vastgoedbedrijf zijn vaak twee aparte entiteiten, daarom beschouwen wij drie mogelijkheden om de (financiële) verrekening met het zorgbedrijf vorm te geven: markthuur (1), kapitaallasten (2) en kostprijsdekkende huur (3). Heldere afspraken over service, kosten en opbrengsten van het vastgoed en taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden kan het verschil maken in een markt waarin sprake is van toenemende marktwerking.

Bij maatschappelijk vastgoed is een verrekensystematiek zeer gebruikelijk. In zulke systemen brengt het vastgoedbedrijf kosten voor de huisvesting in rekening bij de gebruiker via een huur of een gebruiksvergoeding. In de meeste gevallen is het vastgoedbedrijf dan niet alleen verantwoordelijk voor aankoop, verkoop, sloop, nieuwbouw en verbouw, maar ook voor alle aan de exploitatie verbonden kosten, zoals beheer en onderhoud.

Drie basisvarianten voor verrekening: markthuur, kapitaalslasten en kostprijsdekkende huur

De systematiek voor verrekening is een variant, of soms een combinatie, van één van de drie basisvarianten:

a) Markthuur variant

De gebruiker betaalt het vastgoedbedrijf een marktconforme huur. Een marktconforme huur is vaak afhankelijk van de locatie, de kwaliteit van het gebouw en de vraag en aanbod in de omgeving.

b) Kapitaalslasten variant

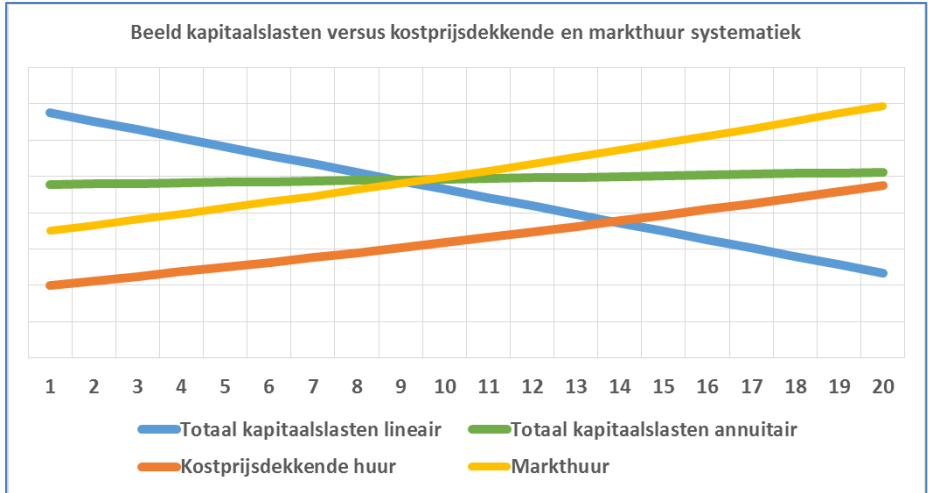
De vergoeding die een gebruiker betaalt aan het vastgoedbedrijf bestaat uit de som van de volgende componenten: de jaarlijkse afschrijving op de investering/boekwaarde, de jaarlijkse rente op de boekwaarde en de jaarlijkse kosten van exploitatie.

c) Kostprijsdekkende huur variant

De gebruiker betaalt in deze variant de kostprijsdekkende huur. De kostprijsdekkende huur is de aanvangshuur, die gegeven een rendementseis, indexatie van de huren, een aanvangsinvestering, een raming van de kosten van exploitatie over de exploitatieperiode en een aanneme voor de restwaarde aan het eind van die periode, de kosten dekt. Anders gezegd: de netto contante waarde van de kasstromen van exploitatie, tegen de genoemde rendementseis, is bij deze huur gelijk aan de investering.

Verschil tussen de drie basisvarianten voor verrekening

In navolgende grafiek geven wij het beeld weer van de gebruikersvergoeding bij de drie varianten in een fictieve casus.



Figuur 1 drie varianten voor verrekening vastgoed

Kenmerkende verschillen van de drie varianten zijn:

1. Bij aanvang is een gebruikersvergoeding op basis van kostprijsdekkende huur altijd aanmerkelijk lager dan die van de kapitaalslasten variant.
2. Bij de kapitaalslasten variant, op basis van lineaire afschrijving, dalen de lasten jaarlijks en komen op een gegeven moment uit op een niveau onder de kostprijsdekkende huur.
3. De kapitaallasten variant, op basis van een annuitaire afschrijving, leidt tot een vrijwel constante gebruikersvergoeding omdat de som van rente en afschrijving in elke periode gelijk is en alleen de exploitatielasten toenemen. De exploitatielasten vormen echter maar een klein onderdeel van de totale lasten.

Voor- en nadelen van de basisvarianten voor verrekening

In onderstaande tabel vermelden wij in het kort de voor- en nadelen van de drie varianten.

Variant	Nadelen	Voordelen
Markthuur	<ul style="list-style-type: none"> • Beperkte relatie met de kosten van het gebouw. • Vastgoedbedrijf maakt een relatief hoog rendement op haar vastgoed • Huur sterk afhankelijk van de locatie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Marktconforme huur voor de panden.
Kapitaalslasten	<ul style="list-style-type: none"> • Hoge aanvangslasten voor gebruiker weerhoudt gebruikers te kiezen voor nieuwbouw. • Bij lineaire afschrijving op termijn zijn er lagere lasten voor de gebruiker: gebruiker is geneigd te blijven zitten. • Geen benchmark, vergelijking met markt of andere partijen is niet mogelijk. • Via lasten nauwelijks prikkel voor gebruiker om optimaal gebruik van vastgoed te maken omdat kapitaalslasten vast staan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sluiten aan bij de door het BBV² voorgeschreven begrotingssystematiek voor lagere overheden Daarom kiezen gemeenten vaak voor deze variant. • Kapitaallasten worden via gebruikersvergoeding volledig gedekt, dus geen winst- en of verlies in de jaarrekening.
Kostprijsdekkende huur	<ul style="list-style-type: none"> • Leidt op jaarrekeningen (conform BBV) bij aanvang tot “verliezen”. • Vereist meer inzicht in, en informatie over de exploitatie van vastgoed (is ook voordeel). 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatief lage aanvangslasten voor gebruiker en dus geen belemmering voor nieuwbouw. • Verloop gebruikersvergoeding is marktconform en stijgt jaarlijks met index. • Gebruikersvergoeding is te benchmarken. Beoordeling van huuraanbiedingen is mogelijk door een contractuur af te zetten tegen kostprijsdekkende huur. • Prikkel voor optimaal gebruik door benchmarken gebruikersvergoeding aan markthuren. • Lange termijn onderhoud en vervanging kunnen in de huur verwerkt worden.

Tabel 1: Voor- en nadelen van de twee basis varianten

Kostenprijs dekkende huur stimuleert de gebruikers om het vastgoed optimaal te benutten

² BBV staat voor Besluit Begroting en Verantwoording en bevat de regels waaraan begroting en boekhouding van gemeenten en provincies moeten voldoen

Voor de markthuur en kapitaallasten verrekening geldt dat ze géén expliciete prikkels bevatten voor de gebruikers om het vastgoed optimaal te exploiteren en te gebruiken. De vergoedingen worden immers door het vastgoedbedrijf opgelegd en bepaald. Bovendien is er met name bij de kapitaalslasten variant nauwelijks ruimte voor optimalisatie omdat de vergoeding grotendeels wordt bepaald door afschrijving en rente, en niet door de exploitatie of de restwaarde van het gebouw.

Wij adviseren om voor maatschappelijke functies de kosten van het vastgoed te verrekenen middels een kostprijsdekkende huur. De kostprijsdekkende huur variant maakt transparant wat de daadwerkelijke kosten zijn voor het vastgoed. Bij nieuwe investeringsafwegingen verrekent het vastgoedbedrijf de 'extra' lasten met het zorgbedrijf. Bovendien houdt de kostprijsdekkende huur rekening met de gewogen gemiddelde kosten van het vermogen (de WACC) van de zorginstelling. Hierin zit een vergoeding voor de rentelasten en voldoende rendement om de risico's van het zorgvastgoed af te dekken en daarmee de portefeuille van zorginstelling langdurig in stand te houden.

Het voordeel van de kostprijsdekkende huur is dat het de gebruikers een prikkel geeft om het vastgoed optimaal te benutten. Gaat een locatie efficiënt om met haar vastgoed, dan ziet zij dit terug in een lagere (kostprijsdekkende) huur. Bovendien faciliteert de kostprijsdekkende huur het integraal beoordelen van de zorg- en vastgoedexploitatie. Vanuit de integrale business case kan er 'residueel' bepaald worden wat een locatie over heeft voor haar huisvesting. Van de totale zorginkomsten trekken wij de kosten voor de zorgexploitatie af, wat overblijft kan een locatie betalen voor haar huisvesting. Vanuit dit bedrag moeten zorgmanagers van een locatie de kostprijsdekkende huur kunnen betalen.

De business case van een zorginstelling kent hiermee, zoals al eerder aangegeven, een aantal kenmerkende overeenkomsten met die van een hotel. Een hotel bepaalt op een vergelijkbare wijze wat zij kan betalen voor haar huisvesting. De zorginstelling kent daarentegen geen winstoogmerk. Anders dan bij een hotel kan vanuit de portefeuille bepaald worden dat sommige locaties 'extra' subsidie ontvangen omdat zij niet uitkomen met de integrale tarieven. Belangrijk hierbij is dat er gestuurd blijft worden op een zo rendabele mogelijke zorg- én vastgoedexploitatie. Het residuele bedrag dat beschikbaar is voor huisvesting moet afgestemd worden met de kostprijsdekkende huur.

Voor commerciële functies adviseren wij om een marktconforme huur te vragen, ook als deze functies intern gebruikt worden. Dit om eventuele subsidies aan commerciële functies transparant te maken. Voor de maatschappelijke functies past een kostprijsdekkende huur beter dan een markthuur, omdat het vastgoed een bedrijfsmiddel betreft. Het primaire doel is niet het behalen van een hoog rendement op vastgoed, maar een marktconform rendement dat de continuïteit van het vastgoed waarborgt en de bijbehorende risico's afdekt. De markthuur kan wel gebruikt worden om de kostprijsdekkende huur te toetsen op marktconformiteit. Is de markthuur lager dan de kostprijsdekkende huur, dan is huren als

alternatief het overwegen waard. Bovendien is het belangrijk om het vastgoedbedrijf voldoende prikkels en taakstelling te geven om tegen een zo passend mogelijke kwaliteit, zo laag mogelijk kosten te realiseren. Benchmarken aan de markthuur kan hier aan bijdragen.

Financieel sturen op de prestatie van zorgvastgoed bij een integrale vergoeding

Met de invoering van de integrale vergoeding is de huisvestingsvergoeding niet meer voorgeschreven. U kunt financieel blijven sturen op de prestatie van uw zorgvastgoed door te starten met de strategie. Op portefeuilleniveau stemt u uw vastgoedstrategie af op de zorgvisie, zodat u uw vastgoed inzet als strategisch bedrijfsmiddel ter ondersteuning van het primaire proces. Hierbij is inzicht in de kasstromen van het vastgoed essentieel. Begin met het inzichtelijk maken van de zorg- en vastgoedexploitatie voor één zorglocatie, zodat u vervolgens uw vastgoedafweging integraal kan maken in relatie tot de zorgexploitatie. De integrale business case faciliteert de samenwerking tussen de vastgoed- en zorgcollega's. Met de kostprijsdekkende huur kunt u de feitelijke verrekening verzorgen.

DEEL III

Assetmanagement Zorgvastgoed

Inspelen op veranderingen vereist strategisch sturen op ontwerp en beheer van zorgvastgoed

Wie loopt zich warm?

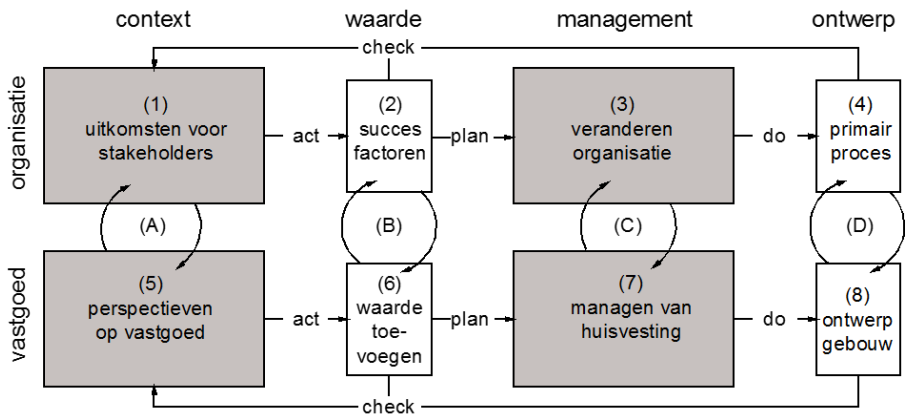
Theo van der Voordt en Johan van der Zwart

De zorgsector is continu aan veranderingen onderhevig. Dat leidt tot veel onzekerheid. Wat betekenen de vele veranderingen voor de fysieke zorginfrastructuur? Hoe vertaal je nieuwe visies op zorg, schuivende organisatiedoelstellingen en technologische innovaties in strategische oplossingen voor de veranderende vraag naar zorgvastgoed? Zet een stel experts bij elkaar en je krijgt veel antwoorden. Het levert ook veel nieuwe vragen op voor beleidsmakers en ontwerpers.

De vele wijzigingen in de zorg hebben niet alleen grote gevolgen voor de organisatie van het zorgaanbod, maar ook voor de fysieke zorginfrastructuur. Het scheiden van wonen en zorg in de care sector en extramuralisering van de lichtere zorgzwaartepakketten naar thuiszorg en mantelzorg leidt tot forse leegstand. Dit dwingt bestuurders om strategische plannen te maken hoe hierop in te spelen. Wat gaan we doen: afstoten, in eigendom houden of blijven huren? Sloop, transformatie en herbesteding naar nieuwe functies, of hergebruik voor andere woon/zorg/welzijnspakketten? In de cure sector is in toenemende mate sprake van samenwerking in netwerkorganisaties, specialisatie, concentratie en deconcentratie. Medisch-technologische innovaties maken nieuwe behandelingen mogelijk, terwijl de financiële middelen zwaar onder druk staan. Ook dit vraagt om een grondige heroriëntatie op zowel de organisatie van de zorg als de huisvesting van zorg. In dit hoofdstuk bespreken we hoe zorgorganisaties hierop kunnen sturen en welke thema's er spelen in het strategisch plannen, ontwerpen en beheren van zorgvastgoed.

Aansturen van de afstemming tussen organisatie en gebouw

Het aansturen van organisaties vraagt om kennis van bedrijfskunde, organisatieleer, arbeids- en organisatiepsychologie en andere sociale disciplines. Plannen, bouwen en beheren van zorgvastgoed is het vakgebied van planologen, bouwkundigen, ontwerpers, vastgoedbeheerders en facility managers. Om het financieel rond te krijgen zijn financieel specialisten nodig. Het is niet eenvoudig om deze werelden en andere expertise samen te brengen en alle kennis en kunde te integreren in een optimaal ontwerp van de zorginfrastructuur, (inter)nationaal, regionaal, en op gebouw- en complexniveau. In figuur 1 is geprobeerd enkele kernbegrippen uit de literatuur over zorgmanagement en vastgoedmanagement met elkaar te verbinden (Van der Zwart, 2014). Dit meta-model voor huisvestingsmanagement in de zorg is generiek gehouden, zodat het ook voor andere sectoren toepasbaar is (figuur 1).



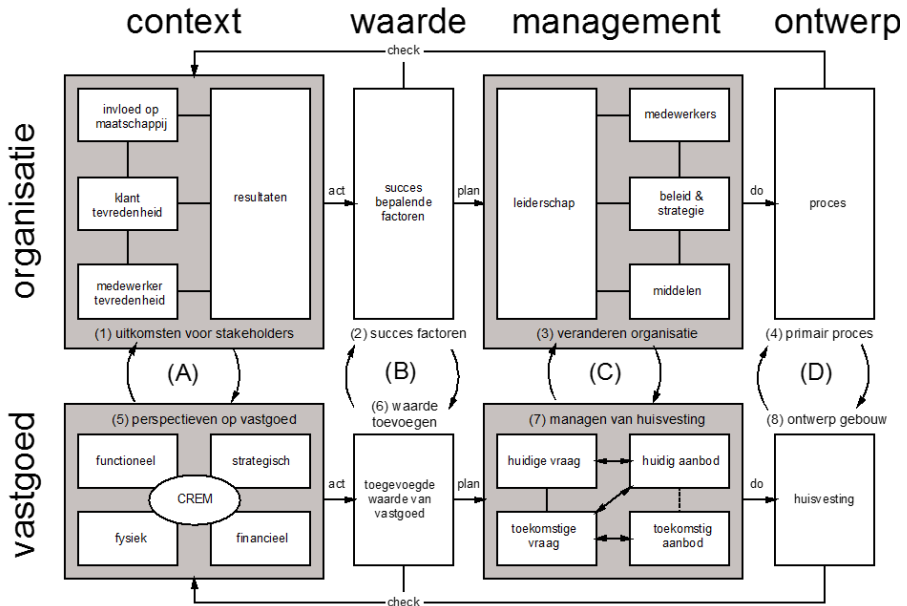
Figuur 1: Metamodel voor huisvestingsmanagement in de zorg

Het model toont de interactie tussen organisatie en gebouw en is te gebruiken als een stappenplan.

Stappenplan

1. Stel helder en SMART de doelstellingen vast, zowel voor de organisatie als voor de huisvesting, en houd daarbij rekening met de wensen en belangen van alle stakeholders en met de veranderende context.
2. Bepaal de kritische succesfactoren voor de organisatie en de toegevoegde waarden die het gebouw moet opleveren c.q. hoe het gebouw de organisatiedoelen kan ondersteunen.
3. Stel vast welke organisatorische maatregelen en vastgoedmaatregelen nodig zijn om de doelstellingen te realiseren, nu en in de toekomst, bewaak de onderlinge afstemming, en bepaal hoe de organisatiestrategie en huisvestingsstrategie het beste kunnen worden geïmplementeerd.
4. Voer de veranderingen door in een (her)ontwerp van de organisatie en van de huisvesting.

Dit metamodel is uitgewerkt in een integraal raamwerk (Van der Zwart, 2014), zie figuur 2. Hierin zijn bestaande modellen uit de organisatietheorie (toegespitst op kwaliteitsmanagement) en vastgoedtheorie (toegespitst op CREM: Corporate Real Estate Management) geassembleerd tot een geïntegreerd model. Een parallelle assessment van organisatie en huisvesting laat zien hoe de organisatie presteert, in welke mate het vastgoed deze prestaties ondersteunt, en welke ingrepen nodig zijn in de organisatie en het vastgoed om de prestaties van beide te verbeteren.



Figuur 2: Geïntegreerd model voor een parallelle analyse van een organisatie en haar vastgoed

In het integrale raamwerk is de aansturing van de organisatie ingevuld met de stappen uit het INK model, in aangepaste volgorde: 1) beoordeling van de resultaten vanuit het oogpunt van de klant, de medewerkers en de maatschappij; 2) vaststellen van kritische succesfactoren; 3) veranderingen invoeren in de organisatie; en 4) verbeterde bedrijfsprocessen. De aansturing van het vastgoed is eveneens onderverdeeld in vier stappen: (5) analyse van het vastgoed vanuit vier perspectieven (strategisch, financieel, functioneel en fysiek); (6) check op toegevoegde waarde van het vastgoed op negen mogelijke toegevoegde waarden; (7) de stappen uit het DAS-frame - *Designing an Accommodation Strategy* – van de TU Delft (De Jonge e.a., 2009) voor het afstemmen van vraag en aanbod van huisvesting, nu en in de toekomst, en; (8) input voor het (her)ontwerp van de huisvesting. De verbinding tussen bestaande managementmodellen kan gebruikt worden ter ondersteuning van een integrale aanpak van organisatie- en huisvestingsmanagement door de afstemming tussen organisatie van zorg en de huisvesting op vier punten te toetsen:

- (A) toets op de bijdrage van het vastgoed (5) aan de resultaten van de organisatie (1), beide vanuit het perspectief van verschillende stakeholders;
- (B) toets op toegevoegde waarde van vastgoed (6) en de bijdrage hiervan aan succesfactoren van de organisatie (2);
- (C) toets op consequenties van veranderingen in de organisatie (3) voor het managen van de huisvesting (7);

(D) toets op ondersteuning van primaire proces (4) door (her)ontwerp van gebouw (8).

Kort samengevat is de redeneerlijn achter het geïntegreerde model: gebruik het INK model (of een ander kwaliteitsmanagement model zoals de Balanced Scorecard) om de organisatie door te lichten en verbeteringen door te voeren. Vertaal de conclusies in prestatie-eisen voor de huisvesting. Gebruik scenarioanalyse om de toekomstige vraag naar zorgvastgoed te verkennen. Onderzoek de (mis)match tussen het huidige aanbod aan zorgvastgoed en de huidige en toekomstige vraag, en stel vast welke vastgoedingrepen nodig zijn om het vastgoed optimaal af te stemmen op de huisvestingsvraag, nu en in de toekomst. Doorloop dit proces vanuit het perspectief van verschillende stakeholders: beslissers (directie, managers, politici, verzekeraars), eindgebruikers (zorgpersoneel, patiënten en bezoekers), financiers en controllers, en gebouwbeheerders. Houdt rekening met de politieke context, veranderende wet- en regelgeving, financiële randvoorwaarden en de technische mogelijkheden van de bestaande vastgoedvoorraad.

Omdat al heel veel zorgvastgoed beschikbaar is, ligt de grootste opgave niet zozeer in nieuwbouw van zorgvastgoed maar in het zorgvuldig beheren, aanpassen, renoveren, uitbreiden en inkrimpen van de bestaande voorraad. Het is van belang om al in het ontwerpstadium van nieuwbouw of verbouw te kunnen toetsen of de plannen beantwoorden aan de behoefte en doelstellingen van de verschillende stakeholders. Tegenwoordig redelijk toegankelijke technieken zoals Space Syntax analyse maken het mogelijk om plattegronden zodanig te visualiseren dat thema's zoals patiënttevredenheid, ruimtelijke oriëntatie, privacy, daglicht en uitzicht al in de tekenfase zichtbaar en bespreekbaar gemaakt kunnen worden (Van der Zwart, 2014).

Vier experts aan het woord

In oktober 2014 is naar aanleiding van het proefschrift van Van der Zwart (2014) een symposium georganiseerd met verschillende experts, gevolgd door twee rondetafelgesprekken. Hierin kwamen diverse thema's naar voren, die van invloed zijn op het ontwerpen en beheren van zorgvastgoed (Van der Voordt, 2014; Kloeze, 2014). Christine Nickl-Weller, hoogleraar aan de Technische Universiteit Berlin en partner in een eigen architectenbureau, presenteerde haar "10 Thesen" over daglicht, groen, identiteit, ruimtelijke oriëntatie, keuzevrijheid, esthetiek, ethiek en het ziekenhuis als een stad. Haar visie is uitgewerkt in het recent verschenen boek *Healing Architecture*.

Roland Bal van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, vroeg om meer aandacht voor *Place for Space*. Wat betekent "displacement" van intramurale zorg naar zorg op wijk- en buurtniveau en zorg thuis voor de sociale relaties van mensen, hun benodigde en beschikbare vaardigheden, en het gebruik van technologie? Wat houdt *community* nu eigenlijk precies in als we lezen over *community care*? Staat *neighborhood care* per definitie garant voor warme *patient-centered care*? Stroken de

plaatjes van glimlachende ouderen, voortgeduwd door een stralende mantelzorg (bijna altijd een vrouw), wel met de werkelijkheid? De vraag stellen is haar beantwoorden.

James Barlow van het Imperial College London constateerde op basis van de cijfers over de wereldwijd optredende vergrijzing en ontwikkelingen in de vraag naar zorg onder invloed van nieuwe kennis en medisch-technologische mogelijkheden dat de zorg bij ongewijzigd beleid onbetaalbaar en onuitvoerbaar wordt. Nu al geven we net zoveel geld uit aan zorg als aan zorginfrastructuur. Dit versterkt de noodzaak tot procesinnovaties, het slimmer inzetten van techniek om de schaarste aan zorgpersoneel te compenseren, een verschuiving van ziekenhuisgerichte zorg naar patiëntgerichte zorg, en meer *remote care* en *telehealth*.

Peter Fröst van het Center for Healthcare Architecture (CVA) aan de Chalmers University Göteborg liet zien hoe zijn team samen met focusgroepen van patiënten en medewerkers empirisch onderbouwde richtlijnen ontwikkelt voor onder andere verlichting, hygiëne, de inrichting van 1-bedskamers en verpleegunits, om daarmee bij te dragen aan *Evidence Based Design*. Zijn onderzoekswerk riep enigszins een Déja-vu gevoel op: alsof de functionele beoordelingsmaatstaven van het vroegere Bouwcollege in een nieuw jasje worden gestoken.

Een terugkerend thema in deze bijdragen is de zorg als onderdeel van het publiek domein. Dit sluit aan op de door de overheid gewenste participatiemaatschappij, maar roept ook nieuwe vragen op. Hoe activeer je de patiënt en zijn sociale en fysieke omgeving om actief bij te dragen aan de eigen zorg en gezondheid? Hoe kan de gebouwde omgeving bijdragen aan (zelf)zorg en gezondheid? Hoe kunnen beleidsmakers en ontwerpers zorgen voor voldoende privacy rond intieme zorghandelingen?

Reacties uit het veld

De door de experts naar voren gebrachte onderwerpen spelen vrijwel allemaal dagelijks een rol in de ontwerp- en adviespraktijk. Waar nog niet zo lang geleden veel aandacht uitging naar nieuwbouw, is de nieuwe opgave: hoe ga je om met de bestaande voorraad? Is deze voorraad een zegen of een vloek? Waar nieuwbouw het voordeel heeft dat je iets geheel nieuws kunt bedenken en hierin de nieuwste inzichten en mogelijkheden kunt verwerken, vraagt het ook om grootschalige ingrepen en investeringen in gebouwen die weer tientallen jaren mee moeten. Bestaande bouw biedt meer mogelijkheden tot kleinschalige en gefaseerde ingrepen.

Centralisatie of decentralisatie is een heikel thema. Ziekenhuizen ontwikkelen zich steeds meer tot netwerkorganisaties met een onderlinge taakverdeling op basis van expertise en zorgproductie. Een ziekenhuis kan en hoeft niet alle mogelijke zorg zelf te kunnen aanbieden. Dit leidt enerzijds tot schaalverkleining, maar betekent ook concentratie van topzorg in bijvoorbeeld het Prinses Maxima Centrum voor kinderoncologie in Utrecht. Volgens architect Eric Wendel van EGM Architecten – onder meer de ontwerpers van het nieuwe Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam – zou het Delftse Reinier de Graaf Ziekenhuis wel eens de laatste nieuwbouw van een groot algemeen ziekenhuis kunnen zijn. Grote academische

ziekenhuizen houden volgens Wendel hun bestaansrecht. Het aantal categorale ziekenhuizen, zoals het Oogziekenhuis in Rotterdam of de Maartenskliniek in Nijmegen, zal naar verwachting juist toenemen.

Wat erg aansprak bij de deelnemers aan de rondetafelgesprekken is de idee om waar mogelijk niet per definitie te kiezen voor geavanceerde, complexe curatieve high-tech zorg maar voor goede, eenvoudige *patient-centered* zorg dicht bij huis of thuis door gebruik van van Telecare en domotica, en meer aandacht te besteden aan preventie. Denk aan het gebruik van mobiele ICT voor decentrale zorg en zelfsturing als onderdeel van een zorgcontinuüm. Bijvoorbeeld een iPad die je gewicht of bloeddruk bijhoudt, software die patiëntgroepen kan ondersteunen, of een App die laat zien hoeveel calorieën je verliest door te bewegen. Dit vraagt om inzicht in wat daadwerkelijk preventief werkt en ondersteunend is en wat mogelijk tot een additionele zorgvraag leidt. Meten is weten kan leiden tot gedragsverandering in positieve zin zoals gezonder leven, maar ook tot vraag naar meer zorg vragen. Digitalisering in de zorg zal volgens de meeste gespreksdeelnemers een nog veel grotere vlucht nemen als de samenleving gewend raakt aan zelf-diagnostische apps en laagdrempelige hardware die in staat is thuis allerlei bewakingsfuncties uit te voeren.

Een ander regelmatig terugkerend thema is gastvrijheidsbeleving. Volgens Carel Wielinga van de Hospitality Group hebben mensen niet alleen een goed behandeling maar ook aandacht nodig. Een aansprekend voorbeeld is het Oogziekenhuis in Rotterdam, dat bezoekers op alle mogelijke manieren op hun gemak probeert te stellen om daarmee bij te dragen aan stressreductie. Bijvoorbeeld door mooie kunstwerken, speelse spreekwoorden op de wanden waarin het oog voorkomt, parkeerservice, en de mogelijkheid om te blijven slapen in het naastgelegen hotel. Het gebouw is uiteraard maar één van de vele factoren die bijdragen aan een gevoel van gastvrij te worden bejegend. Een gastvrije houding van het personeel is nog veel belangrijker. Invoering van bijvoorbeeld het Planetree concept kan de klanttevredenheid flink verhogen, ook als er weinig of niets aan het gebouw verandert. *Soft skills* lijken meer bepalend dan de hardware van het gebouw en de of inrichting. Niettemin kan het gebouw substantieel bijdragen aan gastvrijheidsbeleving (Prevosth e.a., 2011, 2012). EGM architecten onderschrijven dat en proberen nieuwe ziekenhuizen zo te ontwerpen dat de verpleging vanuit centrale units via glazen deuren of wanden zicht heeft op de verpleegkamers. Degene die in bed ligt, bepaalt op afstand of de gordijnen open of dicht zijn.

Behalve voor architecten liggen er ook voor stedenbouwkundigen belangrijke uitdagingen. Hoe kunnen we mensen met een slim stadsontwerp verleiden tot meer bewegen? Hoe zorgen we voor voldoende flexibiliteit en creëren we omgevingen die soepel nieuwe oplossingen in het bestaande stedelijk weefsel toelaten?

Implicaties voor vastgoed

Behalve voor beleidsmakers, huisvestingsadviseurs en ontwerpers kunnen ook huisvestingsmanagers en facilitair managers een belangrijke bijdrage leveren aan het betaalbaar en toegankelijk houden van kwalitatief goede zorg. Niet alleen door hun expertise

in te brengen in de ontwerpfase, implementatiefase en beheerfase van ingrepen in gebouwen, faciliteiten en diensten. Maar ook door op een strategisch niveau samen met politici, (macro)economen, sociologen, filosofen, ontwerpers, adviseurs, opdrachtgevers, medici en patiënten mee te denken over de wijze waarop facilitaire middelen kunnen bijdragen aan een eenvoudiger en toegankelijker zorgaanbod door alle schaalniveaus heen, internationaal, landelijk, stedelijk, op wijk- en buurtniveau en thuis. Door nieuwe vormen van overleg, communicatie en samenwerking in te zetten moet het mogelijk zijn om de verkokering tussen de ruimtelijke ordening en de zorg te doorbreken, over de eigen belangen heen te stappen en een win-win situatie te creëren. Het inzetten van scenario denken in ontwerpend onderzoek lijkt een probaat middel om nieuwe mogelijkheden te exploreren. Waar zijn toch de ontwerpprijsvragen gebleven die destijds door het Bouwcollege werden georganiseerd om innovaties aan te jagen? Er gaan geruchten over een nieuwe prijsvraag in 2016. Wie loopt zich warm?

Bronnen

- Kloeze, J. (2015), Einde ziekenhuis als brandpunt zorg. Infrastructuur naar de wijk. *Boardroomzorg*, no. 1, februari 2015, 24-26.
- Prevosth, J., Van der Voordt, T., Doets, M. (2012), Het creëren van een healing environment. Sturen op een gastvrij zorggebouw. *FMM Guide 2013* (19) 22-27. Amsterdam: WEKA Uitgeverij.
- Prevosth, J.M., en Van der Voordt, D.J.M. (2011), *Sturen op een gastvrij Albert Schweitzer ziekenhuis. Invloed van de gebouwde omgeving*. Delft: Faculteit Bouwkunde TU Delft, en Albert Schweitzer ziekenhuis Dordrecht/Zwijndrecht.
- Van der Zwart, J. (2014), *Building for a better hospital. Value-adding management & design of health care real estate*. PhD thesis, Faculteit Bouwkunde TU Delft.
- Van der Voordt, T. (2014), Integraal sturen op ontwerp en beheer van ziekenhuizen. *Facility Management Magazine*, december 2014, pp. 42-45.

Managen van aansprakelijkheid en dekkingsbehoeften

Verticale integratie van asset en property management

Bob Reidsma

De sector zorgvastgoed is onder te verdelen in drie segmenten: (1) de sector “cure” waaronder de ziekenhuizen, poliklinieken en grote verpleeghuizen vallen, (2) de sector “care” omvat verzorgingshuizen en al dan niet in combinatie met aanleunwoningen voor ouderen en speciale doelgroepen en (3) e sector “comfort” is een niche sector die veelal privaat gefinancierde en kleinschalig zorgvastgoed omvat zoals verzorgingshuizen die aangesloten zijn bij de NEVEP en zorghotels. Maar ook de relatief brede sector van woon/zorgcombinaties behoort hiertoe. Om een indicatie te geven van de enorme omvang van de zorgvastgoedsector: deze wordt in waarde ruwweg geschat op euro 130 tot 150 miljard, waarvan ca. 60% in de care, en is ca. 30 miljoen m2 groot. De als derde genoemde deelsector is interessant voor de institutionele belegger die diversificatie in zijn zorgbeleggingsportefeuille zoekt. Maar ook bij de particuliere beleggers bestaat belangstelling voor deze “comfort” voorzieningen gezien de relatief beperkte investeringsomvang.

Voor institutionele beleggers kan het overnemen van het bezit en de huisvestingsproblematiek van de zorgverlener interessant zijn. Zorginstellingen zoeken langdurige zekerheid ten aanzien van de huisvesting en ten aanzien van hun sterk toegenomen vastgoedrisico's. De belegger zoekt langdurige huurcontracten. Het komt daarbij aan op een goede debiteurenstatus van de hurende zorgverlener.

Het vooraf goed onderzoeken van de financiële kwaliteit van de hurende zorginstelling is waar de asset-manager in beeld komt. Daarnaast zal de financiële positie van de huurder continue gevolgd moeten worden. Daar waar de inkomsten van de zorgverlener afkomstig zijn van de overheid, de zorgverzekeraar en bij “comfort” voor een groot deel van de cliënt, hebben de laatste jaren laten zien dat het gedrag en het beleid van de eerste twee partijen voor de middellange en lange termijn moeilijk in te schatten zijn daar waar het gaat om hun structurele financiële bijdragen aan de zorg. De huur zal in belangrijke mate uit deze bijdragen betaald moeten worden.

Vanwege deze risico's zal een belegger ook letten op de alternatieve aanwendbaarheid van het vastgoed dat aan de zorgverlener ter beschikking wordt gesteld. Het transformeren van zorgvastgoed naar goed verhuurbare of verkoopbare appartementen moet vooraf in het ontwerp van het gebouw zijn meegenomen .

Het is de asset manager, intern bij de belegger of extern ingehuurd door de belegger, die vooraf het vastgoed op deze onderdelen en de alternatieve aanwendbaarheid moet beoordelen.

Wie beheert het zorgvastgoed en waar bestaat het beheer uit?

De instandhouding van het zorgvastgoed zal van de zijde van de belegger/eigenaar bestaan uit het structurele onderhoud om het gebouw in goede staat te houden. De interne en specifieke gebouwonderdelen, denk aan liften, verwarming, ventilatie, beveiliging- en alarmsystemen, zijn de verantwoordelijkheid van de huurder. Controle hierop door de property manager is echter zinvol en aan te raden.

Wat wordt er verwacht van de asset management organisatie?

In dit artikel ga ik er van uit dat het asset management van een zorgvastgoedportefeuille een substantiële omvang heeft. Een grote portefeuille, zowel in termen van belegd vermogen als van aantallen objecten, kan ondergebracht zijn in een fonds met meerdere aandeelhouders of slechts 1 eigenaar hebben. Het asset management kan door de eigenaar wordt gedaan, bij het fonds of aan derden uitbesteed worden.

De asset manager moet een gedegen kennis en inlevingsvermogen hebben van de beleggingsdoelstellingen, het beleggingsbeleid en de interne organisatie en cultuur van de belegger. Dit alles, zowel op de korte termijn als op de langer termijn. Om de te behalen doelstellingen te kunnen waarborgen, dient de asset manager onder meer inzicht te hebben in de maatschappelijke en economische ontwikkelingen die het zorgvastgoed raken. De gevolgen van de huidige decentralisaties in de zorg, ingezet door het kabinet Rutte, moeten voortdurend door de asset manager gevolgd worden en door hem vertaald kunnen worden naar de uitvoering van zijn managementopdracht. De problematische uitvoering van de decentralisatie van een groot deel van de zorgtaken van rijk naar gemeenten en derhalve de verlegging van inkomstenstromen van zorginstellingen kunnen de kredietwaardigheid van de gebruiker van het zorgvastgoed negatief beïnvloeden en daarmee de huurinkomstenrisico's vergroten. Ook moet door de asset manager een visie ontwikkeld en uitgevoerd worden inzake de duur van de huurtermijn. Waar tot nu toe tien- tot vijftienjarige contracten het uitgangspunt waren, is het, gezien de huidige snelle marktontwikkelingen, de vraag of lange huurcontracten niet steeds meer zullen worden vervangen door kortlopende contracten. Zorginstellingen met een op lange termijn stevige regionale marktpositie zullen overigens wel op langlopende contracten blijven sturen. Terugkijkend op de laatste tien jaar valt er niettemin weinig stabiliteit en continuïteit in het Nederlandse zorgbeleid en de financiering ervan, waar te nemen.

Waren tot recent de demografische ontwikkelingen, zowel macro als lokaal, een goede leidraadvoorspeller van de toekomstige zorgvraag, de onzekerheid is sterk toegenomen om in de komende decennia voldoende houvast te kunnen bieden. Het beleid om de zorgkosten op nationaal niveau te beheersen en betaalbaar te houden, heeft geleid tot zeer ingrijpende maar tevens, weinig consistente overheidsbeslissingen. Toch zal het inschatten van de toekomstige vraag naar zorgplaatsen nodig zijn om het de huurders risico's in te schatten en deze te vertalen in financiële forecastsprognoses.

De asset manager moet, mede vanuit de optiek van budgettaire en dus rendementsplanning, ook inzicht hebben in de technologische ontwikkelingen die de gebouwen raken. Dit kan duurzaamheid betreffen maar ook de toe te passen domotica in het gebouw en de koppeling daarvan aan externe systemen. De asset manager begeeft zich hier mee deels op het terrein van de property manager. Een van de terrein dus waarop ik een verticale integratie van asset en propertymanagement verwacht, zeker in de zorg.

Dit beleid te vertalen in “actief asset management”, is alleen mogelijk in het kader van grote portefeuilles en de aanwezigheid van voldoende beleggers in de zorgvastgoedsector. Dit laatste, opdat professionele externe asset managers voldoende schaal in hun activiteiten kunnen opbouwen. De asset manager moet daarbij nauw samenwerken met de property manager die verantwoordelijk is voor het dagelijkse beheer van het zorgvastgoed. De property manager is zijn of haar “ogen en oren” zijn ter plaatse.

Van de huidige asset manager wordt voorts een goed onderbouwd risico management en een state of the art instrumentarium tot risicobeheersing vereist, waarin zowel maatschappelijke scenario's als financiële scenario's worden verwerkt. De vele interne, externe en institutionele risico's van vastgoedbezit en –exploitatie risico's zijn punten van doorlopende aandacht .

Waarom moet overigens de asset manager van een zorgvastgoedportefeuille goed ingevoerd zijn in de hier bovengenoemde aspecten goed ingevoerd zijn? Het financieel beleggen, waar onder ook het beleggen in zorgvastgoed valt, is in de afgelopen jaren onder zwaar toezicht komen te staan. Hoge eisen worden gesteld aan integriteit, kennis, ervaring, heldere beleidsvorming, transparante rapportering en een degelijk risico management. Nieuwe regulering zoals de AIFMD en het toezicht van de AFM en DNB vergen veel tijd en aandacht van de asset manager en belegger. Een gevolg hiervan is dat de aansprakelijkheid bij het niet nakomen van de door de toezichthouder opgelegde eisen, fors is toegenomen. Het zich verzekeren tegen mogelijke aanspraken brengt de nodige kosten voor de asset management organisatie met zich mee. Ook moet de organisatie aparte specialisten op het gebied van risicomanagement en compliance aantrekken.

Alleen grote asset management organisaties met voldoende vastgoed onder beheer en voldoende specialisten in huis, zullen in staat zijn om aan al de het bovenstaande hoge (minimum)eisen te voldoen en daarin ook te investeren en te innoveren..

Uitdagingen voor de property manager zorgvastgoed

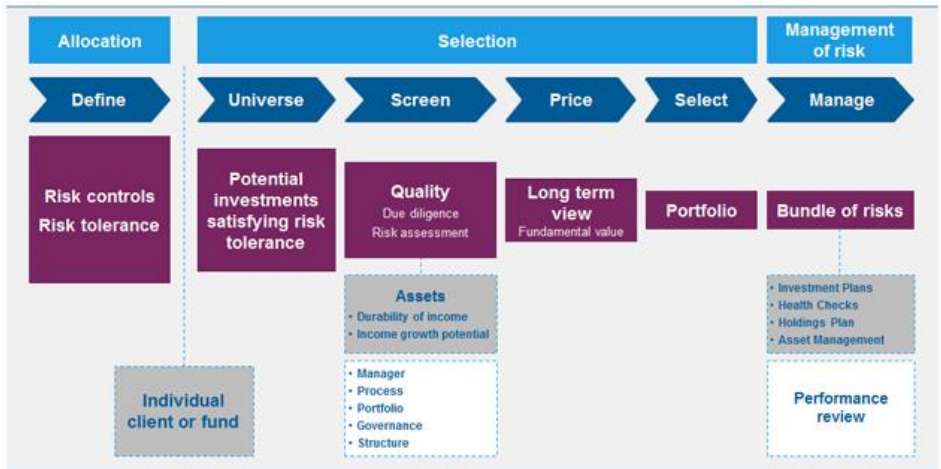
Gespecialiseerd property management voor zorgvastgoed zal eveneens alleen efficiënt kunnen worden uitgevoerd met grote portefeuilles. Hierin verschilt het property management dus niet van van het asset management. Zoals al eerder hierboven al aangegeven, is de property manager de ogen en oren van de asset manager. Zijn taak zal liggen in het dagelijks beheer en zich grotendeels richten op het technische beheer van het zorgvastgoed.

Een zeer belangrijk punt van beider verantwoordelijkheid is de sterk toegenomen aandacht voor openbaar nutsgebruik in het (zorg)vastgoed. Zo kan en zal in het moderne zorgvastgoed is de het energieverbruik niet alleen een belangrijke kostenpost maar kan ook een inkomstenbron zijn. Goede isolatie en energie- arme apparatuur kunnen kosten drukken. Zonnepanelen en warmte-koude opslag kunnen ook bijdragen om de energie kosten om te buigen in energie opbrengsten. Hier ligt een primaire taak voor de property manager. Wanneer het gehele energiegebeuren, het openbare nuts-domein, onderdeel is van de property management diensten, dan vindt hierbinnen betaling door de gebruiker van de kosten van de afgenomen energie aan de property manager plaats. Een positief saldo aan energievolume kan de property manager afzetten bij de energiebedrijven, waardoor extra inkomsten ten behoeve van de belegger worden genereerd.

Verder vallen alle algemene installaties zoals liften en de mechanische ventilatie onder de verantwoordelijkheid van de property manager. Zorg specifieke installaties blijven de verantwoordelijkheid van de gebruiker.

Ook de property manager zal meer dan nu aan expliciet en doorlopend risico management moeten gaan en over risicobeheerinstrumenten moeten gaan beschikken. Bepaald een nieuwe verantwoordelijkheid van property managers, met een focus op de bouw- en installatietechnische risico's. Zeker binnen het zorgvastgoed zijn legionella besmetting in het waterleiding systeem en de luchtkwaliteit van het ventilatiesysteem voorbeelden van te monitoren risico's. Bij nalatigheid en het niet volgen van procedures kunnen forse financiële claims bij de property management organisatie worden neergelegd. Het verzekeren tegen dergelijke aansprakelijkheden kan een substantiële kostenpost binnen het bedrijfsbudget zijn. Om dergelijke kosten te dragen en aansprakelijkheden te kunnen opvangen, is schaalgrootte essentieel.

Daar de property manager niet verantwoordelijk is voor het rendement van de belegging in zorgvastgoed, zal de organisatie niet vallen onder het financieel toezicht waaronder de asset manager valt. Compliance regels zullen echter wel van toepassing zijn bij de grotere property management organisaties. Bovendien is de property manager weliswaar niet direct verantwoordelijk voor het te behalen rendement, maar wel voor zijn wijze van uitvoering, met een belangrijke impact op het rendement. Dus er is wel degelijk sprake van een groeiende indirecte rendementsverantwoordelijkheid.



Figuur 1: Investment Process Overview

Conclusie

De conclusie kan worden getrokken dat zowel de asset management organisatie als de property management organisatie in het zorgvastgoed, te maken hebben met een toenemende druk vanuit compliance en deels het financieel toezicht op allerlei dimensies: financieel, organisatorisch, integriteit en competenties. Mede daardoor groeit ook de aansprakelijkheid van deze beide type organisaties, een aansprakelijkheid die grote financiële consequenties kan hebben. Het verzekeren tegen deze aansprakelijkheidsrisico's kan een aanzienlijke kostenpost zijn. Deze gemeenschappelijke groei van aansprakelijkheid en dekkingsbehoeften zal in de toekomst een andere belangrijke factor zijn achter verticale integratie van asset en property management.

Meer in het algemeen: als het antwoord op deze ontwikkelingen vergroting van schaalgrootte is, dan is het integreren van asset management en property management tot binnen een samenwerking dan wel tot één organisatie een logische stap. Grotere organisaties kunnen beschikken over sterkere financiële buffers en kunnen tevens specialisten op het gebied van risico management en compliance aantrekken. Ondanks de veelal extern afgedwongen, enorme en ietwat doorslagen groei van de aandachtgebieden risicobeheer, compliance, governance en toezicht blijft het asset management en het property management de core business van deze organisaties. Verdere voordelen van schaalvergroting en concentratie hiervan, zijn de korte lijnen binnen de organisatie, die efficiënter en goedkoper kan werken op het vlak van administratie, personeel en huisvesting mogelijk maken.

Nieuw leven voor het verzorgingshuis

Transformeren van zorgvastgoed naar wonen loont

Netty van Triest

In 2012 besluit het kabinet Rutte II de overheidsfinanciering voor het verzorgingshuis te stoppen. Het besluit brengt veel onrust in het land. Blijven er wel voldoende beschutte woonplekken voor ouderen over? Wat gebeurt er met gebouwen die leegkomen? Het ministerie van BZK vraagt Platform31 ruim twee jaar na het kabinetsbesluit te onderzoeken welke creatieve oplossingen eigenaren van leegkomende verzorgingshuizen hebben gevonden. Goed ondernemerschap loont blijkt uit de studie Transformatie zorgvastgoed, maar ook voor het voormalige verzorgingshuis gelden nu de regels van de markt. Een goede locatie bepaalt alles.

Uit de landelijke inventarisatie blijken voorbeelden van herbestemming naar een woonfunctie nog niet dik gezaaid. Wat maakt dat eigenaren van verzorgingshuizen nog terughoudend zijn met herbestemming van het verzorgingshuis? Voor de studie zijn tien cases van herbestemming van het verzorgingshuis bezocht en de eigenaren ervan geïnterviewd. Daarnaast is geput uit het experiment All-inclusive. Dit experiment had als doel in de praktijk te onderzoeken of het mogelijk is een goed verdienmodel te ontwikkelen voor het oude verzorgingshuis door individuele verhuur aan ouderen met lage inkomens. In dit artikel wordt het toenemende risico van zorgvastgoed toegelicht, vier herbestemmingstrategieën uiteengezet en de praktijk van herbestemmen beschouwd.

Toenemend risico bij zorgvastgoed

Vanaf 2013 wordt intramuraal verblijf voor de ZorgZwaarteDoelgroepen 1,2,3 en een deel van groep 4 niet meer krachtens de AWBZ vergoed. Dit besluit is het voorlopige sluitstuk van een al jaren durende discussie over de extramuralisering van de langdurige zorg en de wens de huisvesting en de zorg in afzonderlijke financieringstromen onder te brengen. Deze operatie wordt het scheiden van wonen en zorg genoemd. Langdurige zorgvragers zouden zelf verantwoordelijk moeten zijn voor de kosten en de kwaliteit van hun woning, de benodigde zorg- en dienstverlening zouden - losgekoppeld van een gebouw - overal moeten worden geleverd. Huisvesting en zorg op maat, zoals dit zo mooi heet.

Investeren in zorgvastgoed was tot 2012 bijna risicoloos. Voorwaarde hiervoor was dat de bouw en de investeringen voldeden aan de bouwnormering voor intramuraal zorgvastgoed en waren goedgekeurd door het College Bouw Zorginstellingen. Met een goedkeuring van deze instantie op zak waren eigenaren verzekerd van een dekking van de kapitaallasten gedurende de volledige exploitatieperiode. Investeren in zorgvastgoed wordt risicovoller als gevolg van twee belangrijke maatregelen van het kabinet: de invoering van de prestatiebekostiging voor

zorgvastgoed en de beperking van de toegang tot intramuraal verblijf voor uitsluitend hogere zorgzwaartedoelgroepen.

De invoering van prestatiebekostiging maakt in een periode van vijf jaar een eind aan het systeem van nacalculatie. Voortaan ontvangt de zorginstelling een normatieve vergoeding (de normatieve huisvestingscomponent) als onderdeel van het afgesproken tarief per jaar per intramurale (= inwonende) cliënt. Via een overgangsregime van vijf jaar verschuift de verhouding van volledige nacalculatie naar volledige prestatiebekostiging. Dit betekent dat de eigenaar verantwoordelijk wordt voor de kosten van de huisvesting die hoger zijn dan de normatieve vergoeding. Een dure locatie, hoge bouwkosten of leegstand komen vanaf 2018 volledig voor rekening van de eigenaar. Deze moet leegkomende ruimten en/of gebouwen op een andere wijze exploiteren om de kapitaallasten te kunnen dekken. Kortom, een aanzienlijke toename van het vastgoedrisico voor de eigenaar. Zowel woningcorporaties als nieuwe investeerders zien een politiek risico bij investeren in zorgvastgoed.¹ Desalniettemin is bij voldoende omzet een zorgvastgoedgebouw goed kostendekkend te exploiteren. Per cliënt/bewoner kunnen eigenaren rekenen op een vergoeding van ongeveer 900 euro per appartement of kamer. Met ingang van 2013 besluit het kabinet echter intramuraal verblijf voor lagere zorgzwaartedoelgroepen niet meer te vergoeden. Per saldo verdwijnt hierdoor de inkomstenstroom voor het vastgoed van veel verzorgingshuizen (en ander zorgvastgoed zoals bijvoorbeeld Beschermd Wonen voor GGZ, of Gezinsvervangende tehuizen voor verstandelijk beperkten). Voor veel eigenaren een bittere pil omdat zij door het kabinetsbesluit de waarde van een eens zo rendabel gebouw zien verdampen. Het verlies van inkomsten heeft echter nog niet tot een grootscheepse herbesteding geleid van verzorgingshuizen. Het Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen, onder leiding van Marnix Norder, rapporteert in juni 2015 dat veel voormalige verzorgingshuizen onder volstrekt irreële cijfers nog in de boeken staan. In haar rapportage schrijft het Aanjaagteam: " Verder vraagt het AJT zich af of de sector kan ontsnappen aan een verdergaande sanering. Zo is afboeking van zorgvastgoed hard nodig. Immers, eigenaren van verzorgingshuizen rekenen zich vaak rijker dan zij in werkelijkheid zijn. In voorkomende gevallen schatten zij de vastgoedwaarde soms tot 50% hoger dan de werkelijke marktwaarde. Bovendien houden ze onvoldoende rekening met de kosten. Hier stagneert mogelijk de omvorming van verzorgingshuizen, nodig vanwege toenemende leegstand."

Nieuw verdienmodel verzorgingshuis

De eigenaar van het verzorgingshuis (voor 40 procent in eigendom van woningcorporaties en voor 60 procent in eigendom van een zorgorganisatie) moet dus op zoek naar een nieuw verdienmodel voor het verzorgingshuis. Naar schatting betreft het 46.000 intramurale plaatsen waarvoor de financiering op grond van de Wet Langdurige Zorg (voorheen AWBZ) is vervallen.

¹ VBA Journaal, beleggingsprofessionals, jaargang 31, winter 2014.

De eigenaar zal allereerst binnen de eigen vastgoedportefeuille een markt-, bouwkundige- en financiële analyse en afweging maken. In de interviews met betrokkenen bij getransformeerd zorgvastgoed is regelmatig terug te horen dat gebouwen met hoge exploitatielasten, indien mogelijk, een functie blijven houden als intramuraal verblijf. De gebouwen met lage exploitatiekosten krijgen vaak een andere bestemming. Daarbij kunnen op grond van de locatie en de kwaliteit van het gebouw de volgende mogelijke strategieën worden onderscheiden.

- **Strategie herontwikkelen: Verpleeghuis**

Een deel van de verzorgingshuizen wordt omgebouwd voor zwaardere zorgverlening. De inschatting is dat ongeveer 40 procent van de verzorgingshuiscapaciteit deze bestemming krijgt of inmiddels al heeft gekregen. Het gebouw dient dan te voldoen aan de bouwkundige eisen voor intramurale huisvesting van deze groepen. Het gebouw moet bijvoorbeeld voldoende verdiepingshoogte bieden voor een koelinstallatie, rolstoeltoegankelijk zijn binnen de appartementen en bedtoegankelijk zijn op de gangen. In geval van opvang van psychogeriatrische doelgroepen dient groepsgewijze huisvesting mogelijk te zijn met een huiskamer en loopruimte voor de bewoners. Veel oude verzorgingshuizen kunnen bouwkundig niet aan deze eisen voldoen en zoeken naar een andere functie en soms ook naar andere bewoners. Daarnaast moet het zorgkantoor instemmen met deze functiewijziging naar zwaardere zorg. Het zorgkantoor moet ruimte hebben in het regionale WLZ-budget om extra productieafspraken te kunnen maken. Deze productieafspraken leggen het aantal cliënten en het tarief vast dat de zorgaanbieder per jaar kan declareren. De productieafspraken bepalen of het mogelijk is een uitbreiding in het voormalige verzorgingshuis te realiseren voor zwaardere zorgdoelgroepen.

- **Strategie handhaven: All-inclusive**

Wanneer een verzorgingshuis op een gewenste centrumlocatie staat, is het gebouw nog steeds geschikt als beschutte woonplek voor 80-plussers. Uit het experiment All-inclusive² blijkt dat een groep kwetsbare ouderen, de meesten met uitsluitend AOW, behoefte te hebben aan een betaalbare beschutte woonvoorziening met ontmoeting en hulp nabij. Deze ouderen betalen graag voor dienstverlening als maaltijden, 24/7-aanwezigheid en activiteiten. Om dit woondienstenproduct financieel haalbaar te maken is een minimale afzet van 60 klanten nodig of een combinatie met intramurale capaciteit. Door de inzet van vrijwilligers en gesubsidieerde arbeidsplaatsen is in het experiment geprobeerd de kosten terug te brengen. In vergelijking met de inkomsten bij intramuraal verblijf voor de huisvesting, ongeveer 900 euro per maand, is er bijna altijd sprake van een lagere huurprijs bij zelfstandige verhuur. De All-inclusive partners hanteren een huurprijs tussen de 303 en 663 uuro per maand. De appartementen in het verzorgingshuis zijn klein (tussen 20 en 45m²) waardoor eigenaren geen hoge huurprijs door het woningwaarderingssysteem kunnen vragen en de groep ouderen die hiervoor belangstelling heeft niet meer kan betalen.

² All-inclusive, www.platform31.nl/Allinclusive, 2015.

- **Strategie functiewijziging: nieuwe huurders**

Wanneer het gebouw functioneel en technisch nog goed te verhuren is maar de locatie minder geschikt is, wordt vaak naar andere huurders gezocht. Studenten en arbeidsmigranten komen hiervoor in aanmerking. De omliggende buurt is daarbij vaak een struikelblok. Wijkbewoners vrezen overlast en dit kan tot verzet leiden. In dit geval is goede communicatie belangrijk. Bij de landelijke zoektocht naar goede voorbeelden zijn geen initiatiefnemers gevonden die zich richten op statushouders, asielzoekers met een verblijfsvergunning in Nederland. Gezien de aanzuigende vluchtelingenstroom in 2015 lijkt deze groep ook een logische doelgroep voor voormalige verzorgingshuizen.

- **Strategie afstoten: sloop**

Tot slot is er de keuze tot herontwikkeling bij een gebouw dat functioneel en technisch onvoldoende scoort en niet op de begeerde centrumlocatie staat. Voorwaarde daarbij is voldoende markt voor herontwikkeling voor een andere functie die met name in krimpgebieden vaak ver te zoeken is.

Herbestemmen van zorg naar wonen

De studie Transformatie zorgvastgoed geeft inzicht in welke partijen zorgvastgoed naar zelfstandige woonruimte - al dan niet ouderenhuisvesting - transformeren en wat ervaringen en succes- en faalfactoren zijn bij een dergelijke transformatie. Het biedt ook inzicht waarom zorgvastgoed (nog) niet op grote schaal wordt getransformeerd en hoe hier verandering in zou kunnen komen.

Ondernemerschap loont!

De succesfactoren voor transformatie van zorgvastgoed zijn de druk op de regionale woningmarkt, de aanwezigheid van de juiste doelgroepen, het voordeel van een centrumlocatie en een goede communicatie met de buurt en de gemeente omtrent regelgeving. Goed ondernemerschap, visie, doorzettingsvermogen en communicatie loont bij de praktijkcases in Hoorn, Amsterdam, Den Haag, Spanbroek, Bussum. Bij deze voorbeelden kun je constateren dat de ondernemers de wind mee hadden. Daarnaast heeft een aantal overheidsmaatregelen stimulerend gewerkt: bijvoorbeeld het belastingvrij schenkrecht van ouders, het lage btw-tarief voor de bouw en de mogelijkheden het gebouw tijdelijk te bestemmen. De gunstige marktvoorwaarden doen zich vaker voor in het westen van het land en in de grote steden. De gunstige regelgeving is niet profijtelijk gebleken voor alle cases. De andere eigenaren geven aan moeilijker tot een sluitende businesscase te komen.

Ondernemerschap kent zijn beperkingen

Voor deze cases is uitgebreid gespeurd naar goede voorbeelden. Uit deze zoektocht blijkt dat transformatievoorbeelden naar een woonfunctie nog niet dik gezaaid zijn. In kleine dorpen en wijken is de markt voor herbestemming lastiger. Studenten en starters zijn niet altijd voorhanden en andere doelgroepen voor sociale woningbouw, vaak niet gewenst.

Naam – Plaats	Partij	Nieuwe functie	Doelgroep	Eenheden	Aankoop	Transformatie	Oplevering
De Clara – Gorinchem	Rivas Zorggroep	All-inclusive: wonen met diensten	Senioren, lage inkomens	65	nvt	2014	2014
Kloosterheerd – Ter Apel	Woonzorg Nederland	All-inclusive: wonen met diensten	Senioren, lage inkomens	72	nvt	2014	2014
Pannehoeve – Helmond	De Zorgboog	All-inclusive: wonen met diensten	Senioren, lage inkomens	88	nvt	2014	2014
Godelinde – Bussum	Vivium Zorggroep	All-inclusive: wonen met diensten	Senioren, lage inkomens	11 4	nvt	2013	2014
De Nieuwe Nachtegaal - Rotterdam	Woonbron	Multifunctioneel wijkgebouw	Senioren en psychiatrische patiënten	72	2005	2008	2009/ 2010
The Student Hotel - Den Haag	The Student Hotel	Short stay	Studenten en jongeren	30 7	2009	2013	2014
Kaap Hoorn – Hoorn	Scholten Projecten III BV	Koopappartementen	Starters en alleenstaanden	83	2014	2014	2015
t Slothuys – Spanbroek	NL Jobs	Short stay (tijdelijk)	Arbeidsmigranten	16 0	nvt	2009	2009
Sint Jacob – Amsterdam	Amstelring	Leegstandbeheer (tijdelijk)	Studenten en jongeren	18 5	nvt	2014	2014
De Benring - Voorst	Habion	Woonzorgfunctie en ontmoeting	Senioren en mensen met verstandelijke beperking	74	nvt	2014	2016

Tabel: Overzicht van onderzochte cases in de studie Transformatie Zorgvastgoed, juni 2015.

Onze indruk is dat veel eigenaren kiezen voor een herbestemming naar de ‘oude’ doelgroep: 80-plussers met een laag inkomen en een behoefte aan gezelschap, veiligheid en 24/7 hulp in de nabijheid. Een keuze die maatschappelijk ook vaak gewenst is: een betaalbare woning voor de lage inkomens met ontmoeting, dienstverlening en hulp nabij. Bij de levering van zo’n maatschappelijke prestatie, is de herbestemming van het gebouw niet los te zien van de inkoop voor intramurale capaciteit, de inkoop van extramurale zorg en de bestemming van

WMO-middelen voor algemene voorzieningen. Immers, wanneer de exploitant van het gebouw voor de voorzieningen kan leunen op een intramurale kern en extramurale verzorging vergoed krijgt door de zorgverzekeraar, is de business case voor een getransformeerd gebouw beter rond te rekenen.

Specifieke markt

Naar schatting van het Aanjaagteam transformeert 40 procent van de ruim 1300 verzorgingshuizen tot een verpleeghuis. De overige verzorgingshuizen of delen ervan, dienen een nieuw verdienmodel te ontwikkelen door verhuur aan een nieuwe doelgroep. Door de bouwkundige opzet van het verzorgingshuis moet dit een doelgroep zijn die graag gebruik maakt van collectieve voorzieningen. Veel gebouwen van verzorgingshuizen munten niet uit in architectuur, ze zijn niet vaak 'moeders mooiste'. Integendeel, verschillende eigenaren worstelen met de standaard uitstraling van het gebouw als 'bejaardenoord'.

Deze elementen beperken de keuze voor herbestemming aanzienlijk. Verhuur aan starters, studenten, andere zorg- en begeleidingsdoelgroepen, arbeidsmigranten zijn voorbeelden die in deze studie zijn beschreven. De gebouwen kunnen bijvoorbeeld ook ingezet worden voor de huisvesting van asielzoekers en/of statushouders. Afgezien van de starters, vallen de genoemde doelgroepen voor veel buurten in de categorie NIMBY (not in my back yard). Dit vereist een zorgvuldige communicatie en begeleiding door de eigenaar.

Werkoplossingen regelgeving

De meeste initiatiefnemers geven aan een werkoplossing te hebben gevonden voor belemmerende wetgeving. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen planologische regelgeving (onder meer woningcontingentering, bestemmingsplan), bouwtechnische regelgeving (onder meer Warmtewet, eisen legionellabestrijding, kwaliteitsniveau zelfstandige woning, brandveiligheid gebouw) en fiscale regelgeving (onder meer huurtoeslag, btw). Geen van de initiatiefnemers heeft daadwerkelijk te maken gekregen met dichte deuren bij de gemeente, de provincie, de belastingdienst of het ministerie. Tegelijkertijd kost het interpreteren, overleggen en afspraken maken van en over regelgeving veel tijd en inspanning. Verschillende regels leiden bij hetzelfde gebouw tot een kostenverzwaring. De levering van diensten bijvoorbeeld, was in het voormalige verzorgingshuis btw-vrij. Bij omzetting naar een woondienstenpakket is dit niet meer het geval. Opsplitsing van het gebouw naar woningen, leidt tot hogere gemeentelijke heffingen per woning voor bijvoorbeeld rioolrecht dan voorheen, deze moet de huurder dan wel kunnen dragen. Bij verhuur van meer dan tien zelfstandige sociale huurwoningen dient de eigenaar verhuurderheffing af te dragen. Het zijn regels die lastenverzwarend zijn voor de eigenaar bij omzetting naar een woonfunctie. Meestal een papieren verandering, in het gebouw verandert er niet zoveel.

Tot slot speelt het dilemma rondom brandveiligheid. Bij herbestemming van het gebouw naar een 'reguliere' woonfunctie worden minder eisen gesteld. Voorzieningen als deurdrangers, openbaar meldsysteem en een BHV-organisatie mogen vervallen, terwijl de

hulpbehoevendheid van bewoners hier wel om vraagt. Het bouwbesluit gaat er bij een 'regulier' woongebouw van uit dat mensen bij calamiteiten zelfredzaam zijn, dit is bij hulpbehoevende bewoners niet altijd vanzelfsprekend. Dit kan leiden tot behoorlijke risico's. De exploitant vult daarom deze veiligheidsfunctie zo goed en zo kwaad als mogelijk in, al dan niet met een bijdrage van de huurder. Vaak vinden gemeenten en partijen een praktische oplossing voor regelgeving door een uitzondering te formuleren. Dit hoeft geen probleem te zijn, eigenaren geven echter aan dat bij een juridische toetsing van de afspraken in de rechtbank, bij een negatieve uitspraak, het risico steeds bij de eigenaar ligt. Het beeld dat oprijst uit de gesprekken met de initiatiefnemers is dat gemeenten blij zijn met de herbestemming van het pand door zorgvastgoed eigenaren. Op zijn slechtst draagt een gemeente weinig bij aan een snelle ontwikkeling. Initiatiefnemers melden dat deze houding de dood in de pot is. Een snelle projectontwikkeling tegen lage kosten draagt zeer bij aan de financiële haalbaarheid van herbestemming.

Voorzichtig ontwikkelen, lage investeringsbereidheid

In de studie is geen kwantitatief onderzoek verricht naar de nieuwe herbestemming van verzorgingshuizen. Toch is de indruk dat het grootste deel van de eigenaren zoekt naar een herbestemming voor de oude doelgroep. Hier speelt ook het voortbestaan van de zorgorganisatie een belangrijke rol. Men wil koste wat kost te veel omzetverlies voorkomen. De meeste eigenaren laten het pand bouwkundig grotendeels in stand en kiezen voor een beperkte renovatie tot een aantal wettelijke vereisten zoals huisnummering, legionellabeheersing en brandveiligheid.

De korting op de verhuurderheffing van 10.000 euro blijkt in de onderzochte cases geen rol bij de overweging tot herbestemming te hebben gespeeld. De keuze of per woning minimaal 25.000 euro geïnvesteerd wordt is meer afhankelijk van de marktkansen of -onmogelijkheden, de bestaande boekwaarde en de verwachte toekomstige inkomsten. Een van de geïnterviewden geeft zelfs aan een maximum van 20.000 euro per appartement te investeren. Naast de inhoudelijke afweging dient ook de invoeringstermijn van de korting op de verhuurderheffing in ogenschouw te worden gehouden, een belangrijk deel van de geselecteerde projecten is gestart voordat de verhuurderheffingskorting was ingevoerd. De verhuurderheffing leidt in een aantal cases wel tot de keuze om de appartementen om te zetten naar onzelfstandige woningen, waarvoor de eigenaar geen verhuurderheffing betaalt.

Al met al kunnen we concluderen dat het transformeren van zorgvastgoed naar wonen loont. De tien praktijkvoorbeelden laten zien dat het vraagt om echt ondernemerschap en dat de ondernemers kansen pakken waar die zich voordoen. In ontspannen woningmarktgebieden is voor een realistische businesscase steun nodig van de gemeente en bijvoorbeeld het zorgkantoor, zodat pragmatische oplossingen worden gevonden voor de financiering van het dienstenpakket en voor de omgang met de regelgeving.

Verantwoording

Over de auteurs

drs. J. (Joost) de Baaij MRSE

Senior analyst Strategy & Research at Syntrus Achmea Real Estate & Finance

Joost de Baaij werkt als senior research analyst bij Syntrus Achmea Real Estate & Finance. Hij houdt zich voornamelijk bezig met strategische visies en marktanalyses op het gebied van zorgvastgoed en winkelvastgoed. Syntrus Achmea Real Estate & Finance belegt, financiert en ontwikkelt vastgoed ten behoeve van beleggingsportefeuilles van Nederlandse pensioenfondsen. Nadrukkelijk wordt daarbij gezocht naar interactie tussen de financiële en de maatschappelijke meerwaarde van vastgoed.

mr. D. (Sébastien) Berden

Head of Health Care Cofinimmo

W. (Wim) van de Velde

Business Unit Manager, Health Care Real Estate Benelux

Cofinimmo heeft in Brussel een team uitgebouwd van 7 investeringsprofessionals die zich enkel op zorgvastgoed toelekken. De ploeg is actief op 4 verschillende landen en wordt geleid door **Sébastien Berden**. Voor Nederland is **Wim Van De Velde** verantwoordelijk. Thans beheert Wim 13 panden en 3 ontwikkelingsprojecten in Nederland. Hij is vrijwel wekelijks aanwezig in Nederland om er huurders en partners te ontmoeten, nieuwe projecten te vinden en de kwaliteit van de gebouwen op te volgen.

ir. S.H.C. (Sake) van den Berg RTsv RMT MRICS RRV

Senior Taxateur Fakton

ir. K. (Karin) van Dijk

Consultant Fakton

P.J. (Peter) Vlek

Senior consultant en kennismanager bij Fakton

Sake van den Berg is werkzaam als RICS gereguleerd taxateur bij het team Valuation van Fakton. Hij is gespecialiseerd in het waarderen van bijzondere objecten en ontwikkelingslocaties. Vanuit zijn professie is hij lid van de Taxatiecommissie van de RICS. Sake taxeert veelal voor banken en beleggers, maar ook taxeert hij regelmatig de niet-daeb projecten en ontwikkellocaties voor een aantal grote woningcorporaties. Ook wordt hij veelal gevraagd voor het maken van (ontwikkel)taxaties in het kader van het voorkomen van ongeoorloofde staatssteun.

Tenslotte is hij als kerndocent verbonden aan de Amsterdam School of Real Estate bij de opleiding Real Estate Valuation en heeft hij een aantal boeken op zijn naam staan op het gebied van vastgoedrekenen en –waarderingen.

Karin van Dijk is consultant in het team Corporaties en Zorginstellingen bij Fakton. Zij combineert haar technische bouwkundige achtergrond met financieel inzicht. Haar interesse ligt hierbij op zorgvastgoed en het concretiseren van duurzaamheidsvraagstukken. Voor haar master Real Estate & Housing aan de TU Delft, studeerde zij af op de realisatie van Healing Environment in de zorg. Karin heeft veel ervaring in het maken van financiering- en portefeuilleanalyses. Voor zowel corporaties als zorginstellingen heeft zij vraagstukken op het gebied van duurzaamheid, herstructurering en nieuwbouw gestructureerd en gemodelleerd. Zij is getraind als adviseur.

Peter Vlek werkt sinds 1989 bij Fakton. Daarvoor was hij professioneel musicus en componist. Hij begon zijn loopbaan bij Fakton als programmeur en systeemontwerper maar groeide uit tot senior adviseur met een lange ervaring. Daarnaast is hij als kennismanager verantwoordelijk voor kennis- en kwaliteitsmanagement. Peter is lid van het team Corporaties en Zorginstellingen bij Fakton, maar is een breed georiënteerde expert met veelzijdige kennis en vaardigheid. Hij is de hoofdauteur van het boek "Investeren in Vastgoed, Grond en Gebieden" waarvan in 2015 de derde druk verscheen. Aan de Amsterdam School of Real Estate verzorgt hij het college Economische Scholen. Samen met Karin van Dijk ontwikkelde hij in 2014 een model voor portfolio- en assetmanagement van de vastgoedportefeuille voor een grote zorginstelling.

Autoriteit Woningcorporaties

(Voorheen Centraal Fonds voor de Volkshuisvesting)

Met ingang van 1 juli 2015 is deze Autoriteit woningcorporaties opgericht en is het Centraal Fonds Volkshuisvesting opgeheven. De Aw ziet, naast het financiële toezicht, ook toe op de governance, integriteit en rechtmatigheid bij corporaties. De Aw is ondergebracht bij de Inspectie voor Leefomgeving en Transport (ILT). Het Aw is de financieel toezichthouder voor woningcorporaties. Jaarlijks beoordeelt het Aw de financiële positie van individuele corporaties. Daarnaast wordt gerapporteerd over de sector als geheel.

M. (Martin) van Elp MSc LLM

Senior onderzoeker Economisch Instituut voor de Bouw

Martin van Elp is senior onderzoeker bij het Economisch Instituut voor de Bouw (EIB). Het EIB geeft economisch inzicht en analyseert ontwikkelingen in de bouw en gebouwde omgeving. Martin is algemeen econoom en jurist. Binnen het EIB heeft hij ruime ervaring met commercieel en maatschappelijk vastgoed, en bouweconomisch beleidsonderzoek. Zo heeft hij verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de kantorenmarkt, en vastgoed voor zorg en onderwijs. Eerder onderzocht en adviseerde hij over de kosten en baten van het omgevingsrecht en het Bouwbesluit, en de rol en taak van het Rijk bij woningbouwprogrammering.

mr. drs.R. (Rogier) Goes*Adviseur Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen - Zorg*

Rogier Goes is adviseur bij het Kenniscentrum Wonen-Zorg. Zijn specialiteit ligt op het terrein van wet- en regelgeving en financierings- en huisvestingsbeleid wonen en zorg. Regelmatig verzorgt hij lezingen en leidt hij bijeenkomsten over de thematiek van wonen en zorg. Rogier heeft een sociaalwetenschappelijke en juridische achtergrond. Zijn werkzaamheden richten zich op zorgvastgoed en langer zelfstandig thuis wonen. Hij werkte eerder in de adviesbranche en voor brancheverenigingen in de bouw. Daarnaast zag hij als toezichthouder van dichtbij hoe samenwerking tussen corporaties en zorgaanbieders zich ontwikkelt. Actuele projecten waarmee Rogier zich bezighoudt zijn o.m. 'scheiden wonen zorg' en extramuralisering (dossier en FAQ op [kcwz.nl](#)), domotica en huisvesting bijzondere doelgroepen

J.A.C.M. (Jeroen) Hermus MA MRICS RT*Senior consultant CBRE Development services Healthcare*

Jeroen Hermus is werkzaam bij CBRE als Senior Consultant Healthcare. CBRE is de grootste vastgoedadviseur van de wereld. In Nederland zijn circa 350 medewerkers actief. Jeroen is dagelijks actief voor opdrachtgevers met zorgvastgoed gerelateerde vraagstukken. Hij kent de wet- en regelgeving en is op de hoogte van de trends en ontwikkelingen in de vastgoed- en zorgsector. Samen met zijn collega's is hij onder andere betrokken bij aan- en verkopen/huren, taxaties, (nieuw)bouwbegeleiding, assetmanagement en strategische advisering rondom zorgvastgoed(portefeuilles). Om de zorgvastgoed vraagstukken vanuit verschillende invalshoeken te kunnen blijven benaderen, treedt hij op voor zowel zorginstellingen, woningcorporaties, ontwikkelaars, banken en beleggers.

Drs. E. (Ellen) Olde Bijvank MRE*Adviseur Sterk in vastgoed, zorg en welzijn***R. (Rob) van Oostveen***Vastgoed- en organisatieadviseur*

Ellen Olde Bijvank is 6 jaar manager geweest in de zorg. Zij is breed bedrijfskundig opgeleid met een specialisatie op het gebied van vastgoed (Master of Real Estate). Sinds 2000 ondersteunt zij als zelfstandig adviseur zorgorganisaties, corporaties en gemeenten bij complexe vraagstukken op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Het kenmerkende van haar aanpak is (naast een stevig portie vasthoudend enthousiasme) het integraal denken: het verbinden van vastgoed/financiën met de gevolgen die het heeft op de organisatie, het beheer en de exploitatie. Daarnaast is zij actief in een aantal toezichthoudende functies. Tot slot publiceert zij frequent over het onderwerp (zorg/maatschappelijk) vastgoed en is zij op dit thema regelmatig gastspreker.

Rob van Oostveen heeft al ruim 25 jaar ervaring in het (maatschappelijk) vastgoed. Eerst 8 jaar als directeur bij Kolpron (vastgoed consultancy en management advies), daarna 12 jaar als regiodirecteur bij Ymere in Amsterdam en de laatste 6 jaar als zelfstandig adviseur op het

gebied van prestatiegerichte vastgoedsturing en organisatieontwikkeling. Naast een aantal toezichthoudende functies bij zorginstellingen en woningcorporaties, is hij regelmatig voorzitter van visitatiecommissies bij de visitatie van woningcorporaties en is hij sinds kort (parttime) directeur-bestuurder van Humanitas Huisvesting in Rotterdam.

ir. P. (Patrick) T. Pop

Projectmanager DDOCK

Patrick Pop is werkzaam bij D/DOCK waar hij betrokken is bij de realisatie van diverse concepten zoals het Healing Environment concept, toegepast in het VUmc Cancer Centre Amsterdam en het Healing Offices concept, toegepast bij Google Amsterdam. Daarvoor werkte Patrick Pop bij Corio Vastgoedontwikkeling en liep stage bij Berenschot. Tijdens zijn afstudeerstage voor de opleiding Real Estate Management and Development aan de Technische Universiteit Eindhoven, deed Patrick in samenwerking met Berenschot onderzoek naar de gevolgen van de versnelde extramuralisering in de ouderenzorg. De maatschappelijke relevantie van het onderzoek 'Tussen Wal en Schip' bleek ook uit de aandacht die Nieuwsuur voor het rapport had.

drs. D.J.(Derk Jan) Postema RT

Sectorspecialist gezondheidszorg bij BNG Bank

Derk Jan Postema werkt vanaf 2007 als sectorspecialist gezondheidszorg bij BNG Bank. Daarbij analyseert hij de ontwikkelingen in de zorgsector vanuit bancair perspectief. In de afgelopen jaren is het zorgstelsel ingrijpend gewijzigd. Ook is hij direct betrokken bij de beleidsvorming van het financieringsbeleid van de bank. Door een stapeling aan beleidsmaatregelen en een terugtrekkende overheid zijn de risico's sterk toegenomen in een steeds complexer zorgveld. Daarbij is de bancaire financierbaarheid van zorgvastgoed niet langer vanzelfsprekend. Derk Jan heeft hierover een verschillende artikelen gepubliceerd en presentaties verzorgd.

drs. B.Y. (Bob) Reidsma

Oud directeur asset management en country head voor Nederland bij Aberdeen Asset Management (Europa, Asia Pasific, Canada, Central- and South America, U.S. and UK)

Bob Reidsma is na 35 jaar in het vastgoed werkzaam te zijn geweest, in 2013 gepensioneerd. Laatste functie was directeur asset management en country head voor Nederland bij Aberdeen Asset Management. Voorafgaand aan Aberdeen werkzaam geweest als hoofd vastgoed bij Pensioenfonds Hoogovens en het Pensioenfonds voor de Vervoer en Havenbedrijven. De vastgoed carrière is begonnen bij Sportfondsen Nederland en AEGON.

R. (Rob) Röttscheid MFP

Partner at Finance Ideas

L.J.W. (Luuk) Willems MSc

Consultant at Finance Ideas

Rob Röttscheid is managing partner at Finance Ideas. He has ample experience as a consultant, managing director at a housing association and as a member of the supervisory board of a healthcare institution. His key areas of expertise are the development of new forms of financing and valuation and appraisal related projects.

Luuk Willems is consultant at Finance Ideas. He recently graduated from the University of Twente, and wrote his thesis on the subject of appraising real estate assets in the care. Most of the projects he works on focus around the topic real estate market valuation and financing issues of housing associations and healthcare institutions.

E.M. (Eric) Scheijgrond

Associate Director Healthcare, DTZ Zadelhoff

G. (Guido) Anker RMT RT

Senior vastgoedadviseur Healthcare, DTZ Zadelhoff

G.A.J. (Geertje) Besier MSc

Vastgoedadviseur Healthcare, DTZ Zadelhoff

Eric Scheijgrond is een ervaren vastgoedprofessional met roots binnen de zorg de afgelopen 14 jaar heeft hij de ontwikkelingen van zorgvastgoed naar volwaardige asset class binnen de zorg zien ontwikkelen. Binnen DTZ Zadelhoff adviseert hij met zijn team zorgorganisaties, corporaties, beleggers en andere stakeholders op het gebied van Zorgvastgoed.

Guido Anker heeft ruime ervaring in de wereld van zorg en vastgoed, hij is werkzaam geweest bij Stichting Rivierduinen, een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg. Als Coördinator Portefeuillemanagement Vastgoed hield Guido zich binnen Rivierduinen onder andere bezig met het mede implementeren van het vastgoedmanagement, de ingezette afbouw van de vastgoedportefeuille en het recent opgeleverde Strategisch Vastgoedplan. Daarnaast heeft Guido ruime ervaring binnen de Makelaardij en taxatie wereld.

Geertje Besier heeft de Master Real Estate Studies afgerond en is aansluitend daarop gestart bij DTZ Zadelhoff. Haar afstudeerscriptie heeft zij geschreven over het beleggingsbeleid van woningcorporaties op het gebied van zorgvastgoed. Door het wijzigende overheidsbeleid in de corporatie- en zorgsector staat de rol van woningcorporaties onder druk. In haar scriptie belicht zij deze wijzigingen en de gevolgen hiervan op het beleggingsbeleid.

drs. N. (Netty) van Triest

Senior projectleider Platform31

Netty van Triest studeerde geschiedenis aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en studeerde af op de inhoudelijke specialisatie beleid en management gezondheidszorg. Zij trad in 2009 in dienst bij de SEV (opgegaan in Platform31). Voorheen werkte Netty onder meer als innovatiemanager en manager woondiensten bij een woningcorporatie, als projectmanager extramurale zorg bij een zorgaanbieder en als teamleider zorginkoop Verzorging en Verpleging bij een zorgkantoor. Zij heeft uitgebreide ervaring met het opzetten, begeleiden en managen

van complexe veranderingstrajecten en de stimulering en ontwikkeling van innovatie in organisaties. Haar hart ligt bij het goed organiseren van zelfstandig wonen voor mensen met een beperking. Bij de SEV was zij betrokken bij de gebiedsgerichte aanpak van wonen, welzijn en zorg in het experimentenprogramma woonservicegebieden. Afgelopen jaren heeft zij in samenwerking met Movisie en het Aedes/Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg een meerjarig kennis- en experimentenprogramma Langer Thuis gecoördineerd.

dr. D.J. (Theo) van der Voordt

Universitair hoofddocent Corporate Real Estate Management, Faculteit Bouwkunde TU Delft en senior onderzoeker Delftse Center for People and Buildings

dr. J. (Johan) van der Zwart

researcher organisation and architecture in healthcare

Theo van de Voordt is universitair hoofddocent in Corporate Real Estate Management aan de Faculteit Bouwkunde van de TU Delft en senior onderzoeker bij het Delftse Center for People and Buildings, een kenniscentrum op het gebied van werk en werkomgeving. Zijn onderzoek richt zich op transformatie en herbestemming als middel tegen leegstand van kantoren, sturen op toegevoegde waarde van vastgoed voor organisaties, zorgvastgoed, en gebruik en beleving van kantooromgevingen die Het Nieuwe Werken toepassen.

Johan van der Zwart studeerde Architectuur aan de TU Delft en werkt als Postdoc Architecture & Health aan de Faculteit Architectuur van de NTNU Universiteit Trondheim (Noorwegen). Daarnaast werkt hij aan de afronding van zijn master Zorgmanagement bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij promoveerde in 2014 bij de afdeling Real Estate Management van de TU Delft op het proefschrift *Building for a better hospital, value-adding management & design of healthcare real estate*.

M. (Monique) Wijnties

Adviseur en conceptontwikkelaar in wonen en zorg

Monique Wijnties is a consultant at MW Perspectives with expertise in the design of enabling environments and the models of housing and care for older people (with dementia) and people with disabilities. She combines knowledge of organizations and policy and her practical experience in care and in developing housing-and-care to assist organisations to realize a new perspective. During her work at KCWZ she started to work internationally. As a result she is co-author of the book 'Design for Aging'. Today she also works in the UK. For this article she worked together with Damian Utton, Pozzoni Architecture (UK).