

# ‘Wonen met zorg’

Zelfstandig wonen met zorg, de trend vanaf 2013



**Masterthesis Vastgoedkunde**

**Dhr. M.H.A. Lamberts**

**Dhr. Dr. P.R.A. Terpstra**

**April 2013**



**rijksuniversiteit  
groningen**

## Colofon

Titel rapport : Wonen met zorg. Zelfstandig wonen met zorg, de trend vanaf 2013

Onderzoek : 'Op welke wijze kunnen private partijen beleggen in zorgvastgoed voor AWBZ zorginstellingen?'

Datum : 10 april 2013

Omvang : 92 pagina's (incl. bijlagen)

Auteur : M.H.A. Lamberts

Student nr. : s2061465

Begeleider : dhr. dr. P.R.A. Terpstra

2<sup>e</sup> begeleider: dhr. dr. H.J. Brouwer



Rijksuniversiteit Groningen  
Faculteit Ruimtelijke Wetenschap  
Master Vastgoedkunde

Portbus 800  
9700 AV Groningen  
050-3633897

[martinlamberts@hotmail.com](mailto:martinlamberts@hotmail.com)  
[www.martinlamberts.nl](http://www.martinlamberts.nl)

**Afbeelding omslag. Appartementencomplex met zorg De Sonnenberg te Oosterbeek, wonen en zorg  
Vilente (Vilente, 2013)**

## Voorwoord

Ter afsluiting van mijn Masterthesis Vastgoedkunde heb ik dit onderzoek geschreven over het ontwikkelen en beleggen in woon/zorgcomplexen. Het is naar aanleiding van gewijzigde regelgeving en demografische ontwikkelingen, dit wekte mijn nieuwsgierigheid naar nieuwe ontwikkel- en beleggingsmogelijkheden. Het is een verkennend onderzoek naar de wijze waarop private partijen kunnen participeren op de marktvraag van wonen met zorg. Het onderzoek wordt afgesloten met een programma van eisen waar het woon/zorgcomplex aan moet voldoen, zodat het een aantrekkelijke beleggingsmogelijkheid ontstaat.

Graag wil ik dr. P.R.A. Terpstra bedanken voor de opbouwende kritiek die ik heb ontvangen tijdens het schrijven van dit onderzoek. Hierdoor heb ik de uitkomsten van dit onderzoek scherper kunnen formuleren. Daarnaast wil ik ook graag de mensen en bedrijven bedanken die hebben meegewerkt aan de interviews. In de interviews kwam duidelijk naar voren hoe men in de praktijk de wet- en regelgeving interpreteert. Dit heeft mijn conclusie naar een hoger niveau gebracht, doordat het aansluit bij zowel de theorie als de praktijk. Als laatste wil ik mijn vrienden en studiegenoten bedanken voor de discussie over zorg en vastgoed. Dit heeft geleid tot nieuwe inzichten en mogelijkheden om vastgoed te ontwikkelen met een woon/zorg functie.

Met het afronden van deze Masterthesis komt er een eind aan mijn studie Vastgoedkunde. Ik heb met veel plezier dit onderzoek afgerond. Met het afronden komt ook een einde aan mijn studiercarrière, vanaf nu wil ik de verworven kennis in de praktijk gaan brengen.

Ik wens u veel lees plezier,

Martin Lamberts

Groningen, april 2013

## Samenvatting

Naar aanleiding van de plannen uit het regeerakkoord om de zorg zoveel mogelijk bij de mensen thuis te leveren (Regeerakkoord, 2012), is onderzoek gedaan naar ontwikkel- en beleggingsmogelijkheden naar wonen met zorg. Het betreft de zorg in de categorie Zorg Zwaarte Pakket (ZZP) 1 t/m 4. Dit omdat vanaf 2013 het scheiden van wonen en zorg is geïntroduceerd. Zorginstellingen ontvangen voor cliënten met een zorg indicatie na 1 januari 2013 geen vergoeding meer voor de huisvesting vanuit het AWBZ. Indien toch mensen met een zorgvraag in een intramurale instelling willen wonen, moeten ze huur gaan betalen dat afhangt van de kwaliteit van de woning.

De hoofdvraag van dit onderzoek is: *“Op welke wijze kunnen private partijen beleggen in zorgvastgoed voor AWBZ zorginstellingen?”* Er is onderzoek gedaan naar een beleggingsconcept met voordelen voor de bewoner met een zorgvraag, zorginstelling, ontwikkelaar, belegger, gemeente, overheid en woningcorporatie.

Het onderzoek is gebaseerd op literatuurstudie naar wet- en regelgeving in het zorgvastgoed voor langdurige zorg. Afgelopen jaren zijn er wijzigingen hierin geweest. Dit heeft (financiële) gevolgen voor zorginstellingen. Na de literatuurstudie zijn interviews gehouden met professionals uit het werkveld. De professionals zijn gekoppeld aan diverse bedrijven, zoals zorginstellingen, belangenorganisaties, projectontwikkelaars, beleggers en woningcorporaties. Met de informatie van wet- en regelgeving en interviews is een woonzorg concept ontwikkeld tot en met een programma van eisen. Hierdoor is een concept ontstaan dat zowel voldoet aan de theoretische wet- en regelgeving als aan de praktijk eisen van betrokkenen organisaties.

Het resultaat is een concept van een woon/zorgcomplex. Het is gebaseerd op zelfstandige woningen. De bewoners krijgen zorgondersteuning van de thuiszorg. De zorgdiensten zijn divers, vanaf hulp in de huishouding tot en met het Volledig Pakket Thuis (VPT). Het woon/zorgcomplex kan eventueel gecombineerd worden met een commerciële functie (winkels), 1<sup>ste</sup> lijns zorg (huisartsen, tandartsen, fysiotherapie, etc.), Maatschappelijke functie, en/of een intramurale zorginstelling. De intramurale zorg instelling zal zorg verlenen aan ZZP klasse 5 en hoger.

De conclusie van dit onderzoek is dat door het ontwikkelen van woon/zorgcomplexen een solide belegging ontstaat voor beleggers. Door het vanaf nu te ontwikkelen is er vraag vanuit de markt gegarandeerd tot en met 2040 (Fortuna, 2012). Bewoners wonen hierdoor zolang mogelijk zelfstandig en hoeven een lage eigenbijdrage voor de zorg te betalen. De overheid bespaart €18.000,- per jaar per persoon (Aedes, 2011a). Gemeenten kunnen hierdoor efficiënter zorg verlenen aan de cliënt vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Door de mensen met een zorgvraag te verhuizen ontstaat er een verhuisbeweging. Hierdoor komen eengezinswoningen vrij voor een nieuwe doelgroep en verkorten de wachtlijsten voor (corporatie) huurwoningen. Het ontwikkelen van woon/zorgcomplexen in de wijk komt overeen met de kabinetsplannen om de zorg in de wijk te leveren (Regeerakkoord, 2012).

## **Inhoudsopgave**

### **1.0 Inleiding wonen met zorg**

1.1 Achtergrond en aanleiding	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Doelstelling	8
1.4 Vraagstelling	8
1.5 Methode van onderzoek	9
1.6 Conceptueel model	10
1.7 Afbakening van onderzoek	11
1.8 Relevantie onderwerp	11
1.9 Leeswijzer	11

### **2.0 Trends in de ontwikkeling van zorgvastgoed**

2.1 Demografie	12
2.2 Wat is AWBZ zorg	14
2.3 Regelgeving omtrent huisvesting	17
2.4 Betalen van eigen bijdrage	21
2.5 Van AWBZ naar WMO	21
2.6 E-health en domotica	22
2.7 Financiering van zorgvastgoed	23
2.8 Conclusie	24

### **3 Financiering- en belegging methoden voor woon/zorgvastgoed**

3.1 Vormen van financiering	25
3.2 Manieren van samenwerking en contractvorm	28
3.3 Beleggingmethoden	31
3.4 Locatiekeuze en levensduur	35
3.5 Conclusie	37

### **4 empirisch onderzoek; vastgoedontwikkeling in de zorg**

4.1 Interview of enquête	38
4.2 Geselecteerde bedrijven en instellingen	38
4.3 Bevindingen interview	42
4.3.1 Interview zorginstellingen	42
4.3.2 Interview adviseurs, ontwikkelaars & beleggers	47
4.4 Conclusie	51

## **5 Ontwikkel- en beleggingsmogelijkheden voor woonzorg vastgoed**

5.1 Belangen van betrokken partijen	53
5.2 Wonen met zorg in de praktijk	57
5.3 DESTEP en SWOT analyse	62
5.4 Concept ontwikkeling	67
5.5 Voordelen woon/zorgcomplexen	71
5.6 Conclusie	73

## **6 Conclusie**

6.1 Beantwoording deelvragen en hoofdvraag	75
6.2 Aanbevelingen voor beleidmakers	78
6.3 aanbevelingen voor vervolgonderzoek	79

<b>Literatuurlijst</b>	80
------------------------	----

## **Bijlagen**

Bijlage A - Lijst met geïnterviewde personen	
Bijlage B - Interviewvragen zorginstellingen	
Bijlage C - Interviewvragen ontwikkelaars, beleggers en woningcorporaties	
Bijlage D – Overzicht woon/zorg ontwikkeling Nederland 2011-2040	

## **1.0 Inleiding wonen met zorg**

### **1.1 Achtergrond en aanleiding**

Nederland staat voor een flinke opgave: enerzijds lopen de kosten in de zorg snel op door de vergrijzing en anderzijds wordt Nederland geconfronteerd met een krappere arbeidsmarkt. Bovenop dit alles is de wereld ook nog getroffen door een zware economische crisis. Het is onvermijdelijk dat de overheid ook in de zorg moeten kijken naar waar het efficiënter kan (Rijksoverheid, 2012a). Er zal bezuinigd moeten worden in de zorg en ook de zorghuisvesting, vanaf januari 2013 zal er nieuwe regelgeving worden introduceert. Zorg en wonen zal gescheiden gaan worden in de vergoedingen voor instellingen die betaald worden uit de AWBZ-gelden (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) (Rijksoverheid, 2012b). Dat betekent dat de bewoners van zorgvastgoed (verzorgingstehuis, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, etc.) apart gaan betalen voor de geleverde zorg en de huisvesting voor ZZP 1 t/m4 (Zorg Zwaarte Pakket). De kwaliteit van de huisvesting wordt gewaardeerd volgens het woningwaardering stelsel, dat betekent dat er betaald gaat worden voor de kwaliteit van huisvesting (PropetyNL, 2012a). Tevens is er al een maatregel ingevoerd dat zorginstellingen vanaf 1 januari 2012 zelf verantwoordelijk zijn voor de financiering van het vastgoed. Tot 2012 werden de kapitaal lasten van vastgoed op basis van nacalculatie vergoed door de overheid (NZA, 2010).

Door deze maatregelen is het voor zorginstellingen interessant om het wonen effectiever te organiseren, dit kan wellicht met behulp van ervaring die private partijen hebben. Deze partijen, beleggers, ontwikkelaars en adviseurs werken vanuit een commercieel oogpunt. Deze partijen weten als geen ander hoe om te gaan met vastgoed op een exploitabele manier. Het onderzoek is gericht naar hoe zij kunnen participeren in het ontwikkelen en exploiteren van het zorgvastgoed. Wellicht blijkt dat private bedrijven een hoger rendement per eenheid kunnen realiseren, door effectiever ontwikkelen. Bijvoorbeeld lagere onderhoudskosten voor een gebouw door een efficiëntere keuze van bouwmaterialen en ontwerp. Voor zorginstellingen is vastgoed management maar een bijzaak, tot kortgeleden (Baas, 2010). Onder andere door de hierboven beschreven beleidswijzigingen wordt ook het Corporate Real Estate Management voor zorginstellingen belangrijker. Want immers lagere huisvestingskosten betekent meer budget voor de zorg. Of anders gezegd, hoge huisvestingskosten betekent een lager budget voor de zorg van een cliënt. Wat dus ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg en welzijn voor de cliënt (vastgoedmarkt 2012a).

Dankzij de nieuwe regelgeving moeten zorginstellingen niet alleen rekening houden met de belangen van de cliënt, maar ook rekening houden met het rendement van investeringen in het vastgoed. In het verleden was het vanzelfsprekend om vastgoed in eigendom te hebben, blijkt wellicht uit dit onderzoek dat huisvesting huren van een belegger veel meer (financiële) voordelen heeft (PropetyNL, 2012B)

## 1.2 Probleemstelling

Zorginstellingen krijgen vanaf 2013 geen huisvestingsvergoeding meer voor cliënten met een indicatie van na 1 januari 2013 in de ZZP klasse 1&2 (vanaf 2016 ZZP 1 t/m 4). De Cliënten met een indicatie van na 1 januari 2013 gaan zelf huur betalen voor de woonruimte.

Hierdoor krijgt huisvesting van cliënten een belangrijkere rol in het geheel, want hierop kunnen extra inkomsten worden gegenereerd en kosten worden bespaard door goed management. Hier ontstaan wellicht ook kansen voor private partijen om in het geheel te participeren. Daarnaast zal er een verschuiving kunnen gaan plaatsvinden van kwalitatief slechte/verouderde gebouwen, naar huisvesting dat voldoet aan die huidige woonstandaarden. Want de huur van bewoners aan zorginstellingen, is gebaseerd op het woningwaardering stelsel. Dit wordt ook gehanteerd voor huurberekening van sociale huurwoningen. Indien zorginstellingen de woonruimtes niet optimaliseren naar de huidige standaarden, dan worden zij financieel hierop afgerekend omdat zij dan een lagere huur ontvangen van de bewoners.

## 1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het onderzoeken op welke wijze private partijen kunnen participeren in het woon/zorgvastgoed voor ouderen en gehandicapten. Het in kaart brengen van welke aspecten en ontwikkelingsprocessen van een zorggebouw met woonfunctie belangrijk is voor een belegger. Daarnaast het in kaart brengen van de eisen en meningen van zorginstellingen over het eigendom van vastgoed. Het onderzoeken wat het voor zorginstellingen interessant maakt om het vastgoed in eigendom te houden of wat maakt het juist interessant om vastgoed te huren.

## 1.4 Vraagstelling

Hoofd vraagstelling

*“Op welke wijze kunnen private partijen beleggen in zorgvastgoed voor AWBZ- instellingen?”*

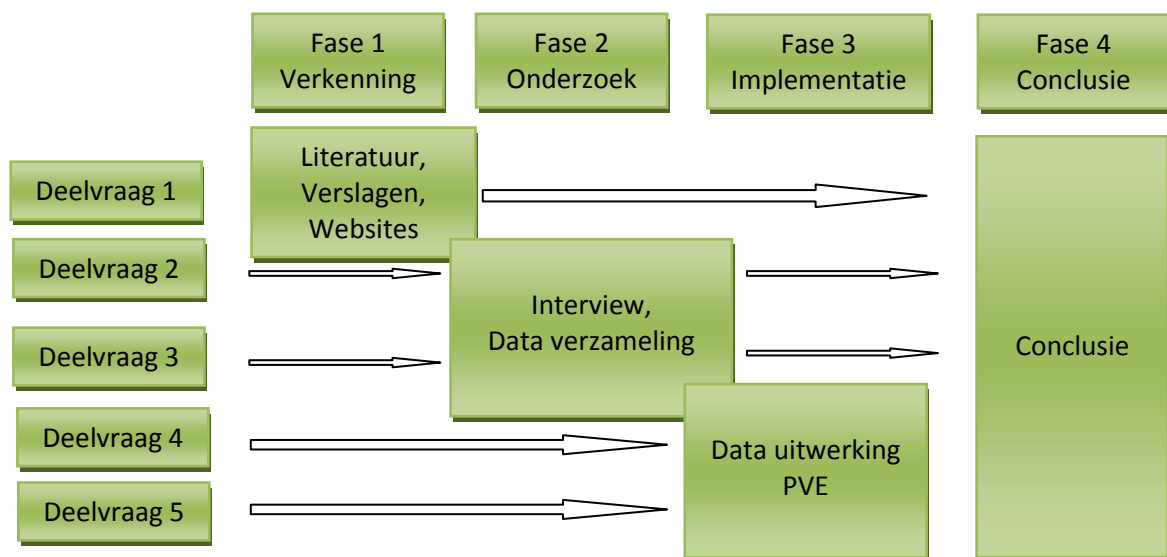
Deelvragen

1. *Welke trends in wet- en regelgeving hebben de zorghuisvesting doen veranderen?*
2. *Kunnen private partijen participeren in woon/zorgvastgoed, leidt dit tot lagere kosten?*
3. *Wat zijn overwegingen voor zorginstellingen om de ontwikkelingen en exploitatie wel of niet uit te besteden aan externe partijen?*
4. *Waarom is het voor beleggers interessant om in woon/zorgvastgoed te beleggen?*
5. *Hoe ziet een optimaal proces eruit bij een succesvolle realisatie?*



## 1.5 Methode van onderzoek

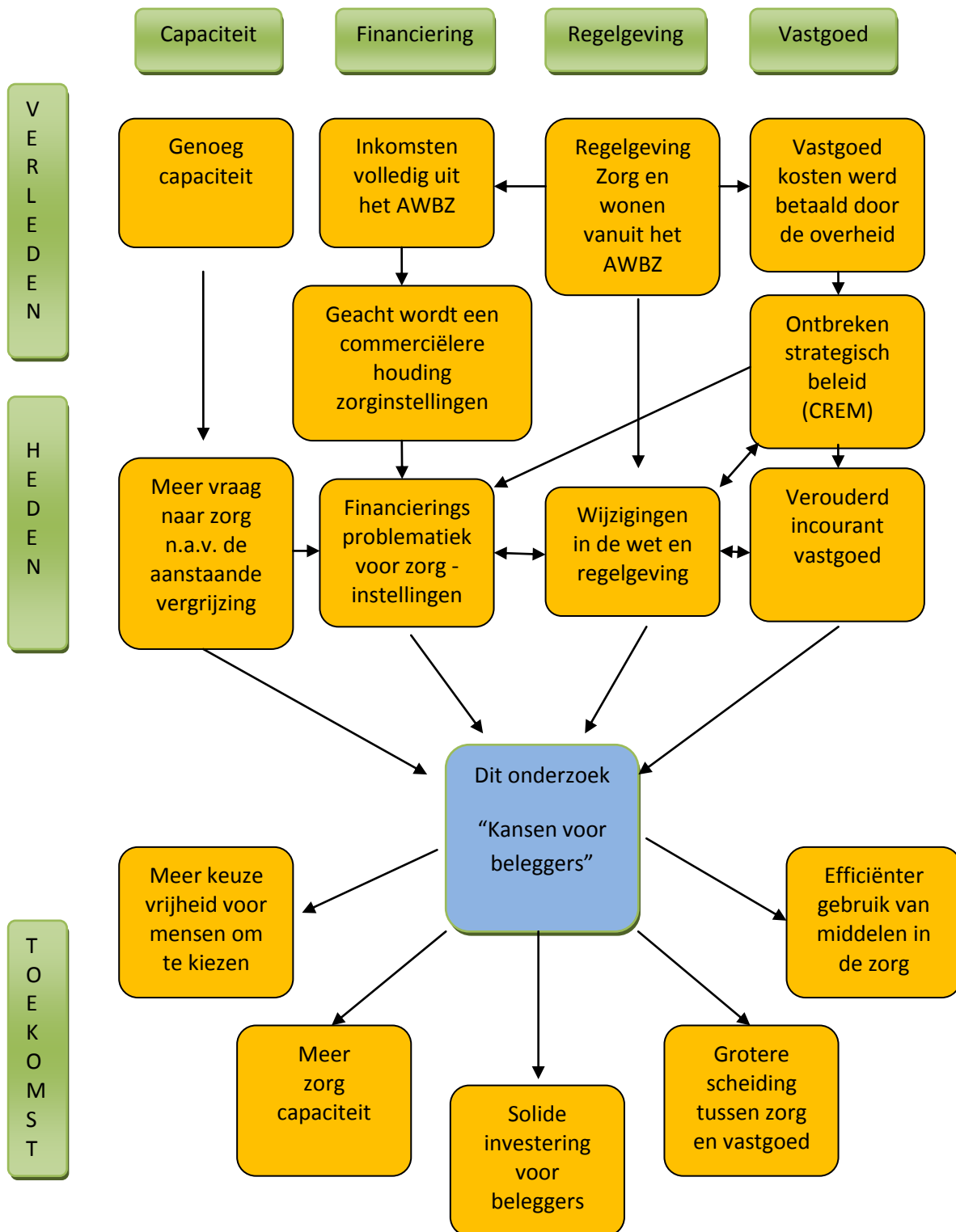
Het is een onderzoek verkennend onderzoek. Waarbij vooraf geen verwachting of hypothesen worden geformuleerd. De informatie wordt niet getoetst aan een theorie waarin hypothesen verankerd zijn (Baarda de Goede, 2001). Dit is niet mogelijk aangezien vooraf niet te verwachten is wat het eind resultaat zal zijn en welke informatie er wordt vergaard tijdens het onderzoeksproces. Een verkennend onderzoek is een exploratief onderzoek. Het levert een bijdrage aan de ontwikkeling van kennis over een onderwerp. De manier van dataverzameling zal gebeuren door middel van interviews met beleidsmedewerkers van zorginstellingen, beleggers en vastgoedadviseurs. Daarnaast zal in bestaande literatuur gezocht worden naar informatie over dit onderwerp. Met als doel het zoeken naar trends en ontwikkelingen. Als laatste wordt de informatie verwerkt tot een programma van eisen waar het beleggingsobject aan moet voldoen. De verslaglegging van het onderzoek zal uit 4 fasen bestaan. Het begint met een verkenning en oriëntatie in het onderwerp, hierin zal deelvraag 1 onderzocht worden. De tweede fase zal onderzoekend zijn. Hierin zal deelvragen 2 en 3 worden onderzocht. In fase 3 zal meer implementatie gericht zijn. Hierin worden deelvragen 4 en 5 uitgewerkt. De conclusie wordt in fase 4 uitgewerkt, en wordt gevormd door de informatie uit het onderzoek van deelvragen 1 tot en met 5.



Figuur 1.1 Schema aanpak onderzoek (bron: auteur).

## 1.6 Conceptueel model

Het conceptueel model geeft visueel een beeld van het onderzoek en betrokken actoren. Het is op volgorde van verleden, heden en toekomst geplaatst. Hierdoor wordt het overzichtelijk wat tot het verleden behoort, en wat de toekomstige gevolgen hiervan zijn. Het is onderverdeeld in capaciteit, financiering, regelgeving en vastgoed.



### **1.7 Afbakening onderzoek**

Dit onderzoek is gericht op de langdurige zorg (care) voor de ZZP klassen 1 t/m 4. ZZP klassen 5 en hoger vallen buiten dit onderzoek. Aangezien de regelgeving alleen betrekking heeft op ZZP klassen 1 t/m 4. In hoeverre het beleid generiek is, is het toepasbaar op de VVT (Verzorging, Verpleging & Thuiszorg, VVT), GGZ (Geestelijke Gezondheid Zorg) en GHZ (Gehandicapten Zorg). Indien het specifiek beleid is, is het gericht op VVT. De VVT is vooral gericht op de ouderen zorg. De demografische ontwikkeling laat zien dat dit een groeimarkt is. Naarmate het onderzoek vordert zal het meer gericht zijn op de VVT. Er zal verder niet ingegaan worden op mogelijkheden voor de GGZ en GHZ categorieën.

Er wordt alleen onderzoek gedaan naar zorgvastgoed, vastgoed met een zorg functie. Dit wordt uitgewerkt tot gebouw eisen, in de vorm van een Programma van eisen (PVE). Inhoudelijke onderwerpen die te maken hebben met zorg verlenen behoren niet tot dit onderzoek.

### **1.8 Relevantie van het onderwerp**

Zorg is momenteel een veel besproken onderwerp. Door de vergrijzing die aanstaande is, zal de vraag naar zorg toenemen (CBS, 2012a). Er is een afname van de beroepsbevolking en een toenemende vraag naar zorg. Hierdoor zal goed naar het beschikbare budget voor zorg gekeken moeten worden. Immers er zijn steeds minder betalende mensen voor de steeds groter wordende groep zorgvragers. Dit onderzoek heeft ten doel een bijdrage te leveren aan de maatschappelijke relevantie van zorgvastgoed. Het onderzoek gericht op efficiëntie huisvestingsvormen in de zorg. Door deze eventuele besparing in de zorg kan er meer zorgcapaciteit voor hetzelfde budget gerealiseerd worden. De theoretische relevantie van het onderwerp zit in de nieuw vergaarde kennis, in het beleggen in zorgvastgoed aan de hand van de huidige wet- en regelgeving. In het verleden is er geschreven over gerelateerde onderwerpen, maar door de wijzigingen van wet en regelgeving, is deze informatie inmiddels achterhaald. Het invoeren van de wetwijziging dat bewoners van zorginstellingen gaan betalen voor de kwaliteit van wonen (PropetyNL, 2012c), zijn er nieuwe mogelijkheden ontstaan voor beleggers. Het ontbreekt echter alleen nog aan specifiek onderzoek naar beleggen in zorgvastgoed dat voldoet aan het nieuwe beleid.

### **1.9 leeswijzer**

In hoofdstuk twee wordt ingegaan op de veranderen wet- en regelgeving. In hoofdstuk drie zal de theorie uitwerkt worden van het ontwikkelen en beleggen in vastgoed. Hoofdstuk vier zal ingegaan worden op de interviews met experts uit het werkveld. Hoofdstuk vijf gaat in op het programma van eisen voor het ontwikkelen van woon/zorgcomplexen. Hoofdstuk zes is de conclusie. Hierin worden de hoofdvraag en deelvragen beantwoord.

## 2.0 Trends in de ontwikkeling van zorgvastgoed

### Inleiding.

In de afgelopen jaren zijn er voortdurend wetwijzigingen geweest omtrent zorgvastgoed in de AWBZ zorg. Daarnaast is samenleving ook erg aan het veranderen. Zoals in Nederland en West-Europa treed de vergrijzing toe (CBS, 2012a), met als gevolg dat de vraag naar zorg zal toenemen.

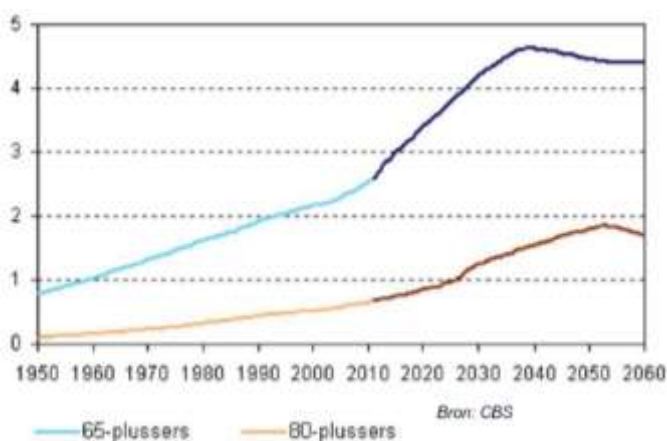
### 2.1 Demografie

Nederland vergrijst in hoog tempo. Er is een dubbelslag gaande, aan de ene kant neemt de groep bevolking van 65 jaar en ouder toe en aan de anderen kant neemt de groep bevolking tot 65 jaar af zie tabel 2.1. De verwachting is dat rond het jaar 2037 de demografische druk het grootst is. Dan is de groep van 65 jaar en ouder het grootst zijn en de beroepsbevolking van tussen de 20 tot 65 jaar het kleinst. Volgens de prognose zal het aantal Nederlanders van 65 jaar en ouder toenemen van 2.629.321 in 2012 tot en met 4.040.934 in 2037. Dit is een toename van 1.411.613 personen. Over het algemeen geldt, dat de vraag naar zorg zal toenemen wanneer de mens ouder wordt. Circa 1.4 miljoen 65 jarige erbij tegenover de huidige 2.6 miljoen, betekent een toename van circa 50%. De capaciteit van de zorg zal daardoor ook moeten toenemen.

Tabel 2.1 Cijfers van de bevolkingsprognose, 2004-2050 (bron: Hoesnel. bewerking: auteur).

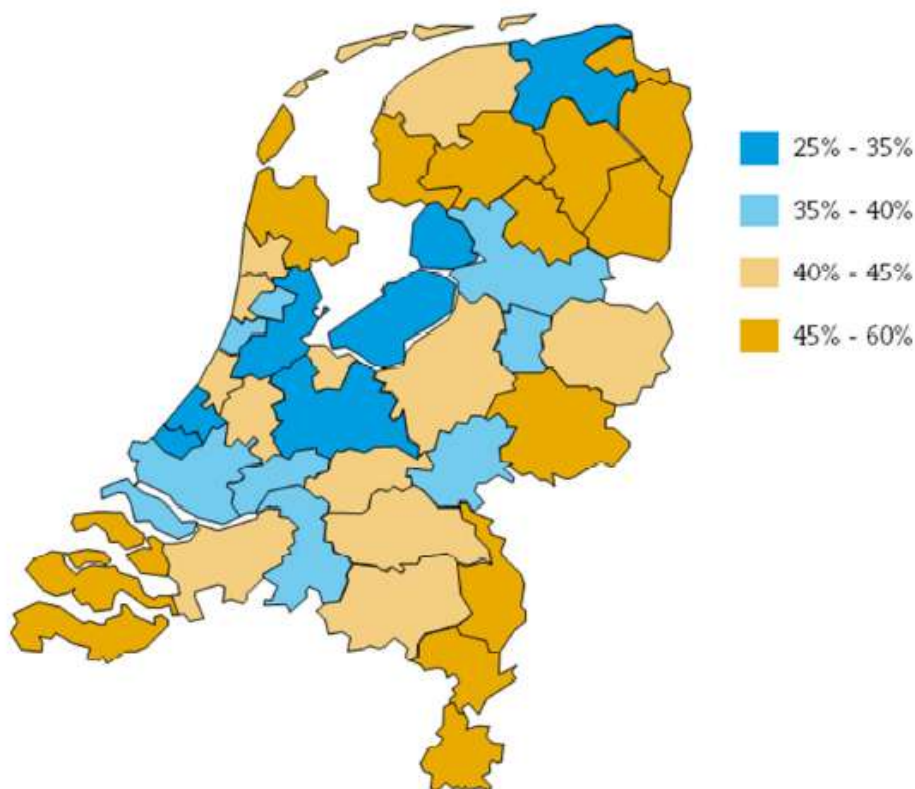
Perioden	2007	2012	2017	2022	2027	2032	2037	2042	2047	2050
<b>Bevolkingsomvang</b>	16 360 820	16 534 260	16 706 540	16 857 480	16 975 470	17 040 730	17 044 000	16 997 480	16 935 920	16 905 910
<b>0 tot 20 jaar</b>	3 976 352	3 893 238	3 814 973	3 737 592	3 716 938	3 766 916	3 819 564	3 830 905	3 812 624	3 800 855
<b>20 tot 65 jaar</b>	10 036 229	10 011 697	9 889 402	9 810 431	9 643 574	9 393 690	9 183 500	9 208 377	9 324 611	9 408 654
<b>65 jaar en ouder</b>	2 348 243	2 629 321	3 002 165	3 309 460	3 614 962	3 880 233	4 040 934	3 958 197	3 790 690	3 696 403
<b>% 0 tot 20 jaar</b>	24,3	23,5	22,8	22,2	21,9	22,1	22,4	22,5	22,5	22,5
<b>% 20 tot 65 jaar</b>	61,3	60,6	59,2	58,2	56,8	55,1	53,9	54,2	55,1	55,7
<b>% 65 jaar en ouder</b>	14,4	15,9	18,0	19,6	21,3	22,8	23,7	23,3	22,4	21,9
<b>Demografische druk</b>	63,0	65,1	68,9	71,8	76,0	81,4	85,6	84,6	81,6	79,7

Grafiek 2.1 vergrijzing aantal (x mln.) (bron: TNO 2012b)



Vooraf de groep van 80+ers zal gaan stijgen. Grafiek 2.1 geeft aan dat deze groep gaat verdubbelen. De groep van 80+ heeft doorgaans meer zorg nodig dan de groep mensen tussen de 65 en 79 jaar.

In afbeelding 2.1 is te zien dat er een sterk regionaal verschil is in vergrijzing van Nederland. In het dichtbevolkte Westelijk Nederland is de grijze druk kleiner dan in overig Nederland. Dit zegt iets over de langere termijn aan zorgbehoefte. Naast een toename van het aantal 65 plussers per regio moet ook rekening worden gehouden met de afname van de beroepsbevolking (mensen tussen de 15 en 65 jaar). Dit zal het percentage 65 plussers verhogen per regio.



Afbeelding 2.1 overzicht percentage 65+ ten opzichte van de beroepsbevolking (15- 65 jaar), grijze druk 2030 (Bron: EIB).

## 2.2 Wat is AWBZ zorg

In Nederland is iedereen verplicht verzekerd tegen ziektekosten volgens de Zorg Verzekering Wet (ZVW). Burgers verzekeren zich tegen ziekte kosten met een basis pakket. Het basispakket is een verzekering voor alle reguliere gezondheidskosten. Zorgverzekeraars moeten alle mensen accepteren ongeachte levensstijl of risicogevoelen. Langdurige zorg die niet onder de reguliere zorgverzekering valt, behoort tot de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). AWBZ behoort tot de overheid en betaald alle ziekte kosten die niet onder de zorgverzekeringwet vallen. Dit betreft het verblijf in gehandicaptenzorg (GHZ), geestelijke gezondheid zorg (GGZ) zorg- verpleeg- en verzorgingshuis (V&V) (Rijksoverheid, 2012C). De premie voor AWBZ wordt ingehouden over loon of uitkering (Rijksoverheid, 2013f).

### Aanspraak maken op AWBZ zorg

Om aanspraak te maken op zorg (zoals thuiszorg) en zorg met verblijf (zoals verpleeghuis) moet het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) toestemming geven. Het CIZ toetst en indiceert de zorg behoefte van mensen die aanspraak willen maken op zorg uit het AWBZ. Het CIZ kent vervolgens Zorg Zwaarte Pakketen (ZZP) toe aan een cliënt. Met deze indicatie kunnen de cliënten zorg aanvragen of ontvangt een Persoon Gebonden Budgets (PGB). De mensen mogen zelf kiezen voor welke optie hij of zij kiest. Het CIZ maakt afspraken met instellingen over de zorg voor de zorgvrager. Als een zorgvrager kiest voor een persoonsgebonden budget moet hij of zij zelfstandig zorg inkopen bij instellingen of bedrijven (Rijksoverheid, 2012D).

### Zorgzwaartepakket

Het CIZ bepaalt het Zorg Zwaarte Pakket (ZZP), dit is een maatstaf voor de hoeveelheid zorg waar mensen recht op hebben. Het is onderverdeeld in een gradatie voor mensen met een lichamelijke beperking en gradatie voor mensen met een Geestelijke beperking. De twee zijn weer onderverdeeld in zwaarte klassen 1 t/m 10 en 1 t/m 7. Waarbij 1 het lichtste is en 10 het zwaarst.

Tabel 2.2 Overzicht ZZP klassen lichamelijke beperkingen (bron: Rijksoverheid, 2012e. CVZ, 2013. Bewerking: auteur)

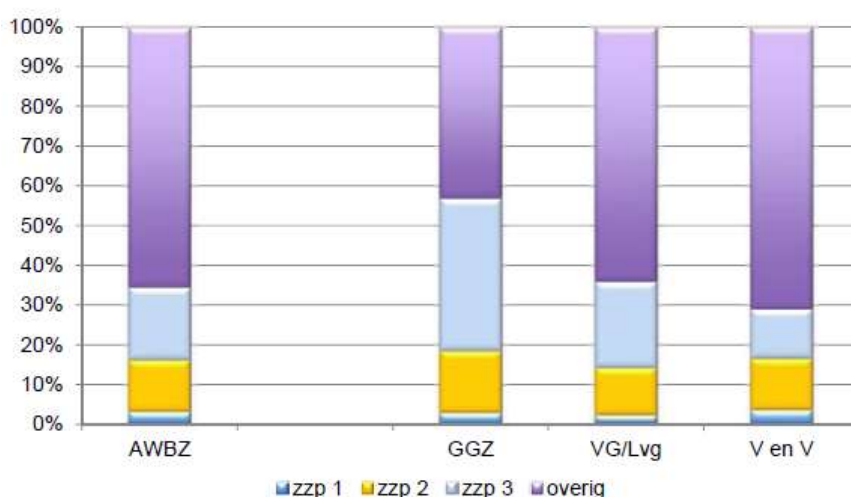
	Lichamelijke beperking
ZZP 1	Wonen met enige begeleiding en enige verzorging
ZZP 2	Wonen met begeleiding en enige verzorging
ZZP 3	Wonen met enige begeleiding en verzorging
ZZP 4	Wonen met begeleiding en verzorging
ZZP5	Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
ZZP 6	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
ZZP 7	Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging
ZZP 8	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging / verpleging
ZZP 9	Herstel gerichte behandeling met verpleging en verzorging
ZZP 10	Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

Tabel 2.3 Overzicht ZKP klassen Geestelijke beperkingen (bron: Rijksoverheid, 2012e. Bewerking: auteur)

	Geestelijke beperking
ZKP 1	Wonen met enige begeleiding
ZKP 2	Wonen met begeleiding
ZKP 3	Wonen met begeleiding en verzorging
ZKP 4	Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
ZKP5	Wonen met begeleiding en zeer intensieve verzorging
ZKP 6	Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragregulering
ZKP 7	(besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging gedragregulering

In diagram 2.1 is de verhouding te zien in tussen de verschillende ZKP's. Hierin is te zien dat in het algemeen in het AWBZ zorg ruim 30% behoort tot de categorie ZKP 1 t/m 3. In de GGZ behoort ruim 55% tot deze categorie.

Diagram 2.1 verdeling ZKP indicatie per 01-01-2012 (bron: TNO for life)



Per 1 januari 2013 geldt voor nieuwe aanvragen in de categorie ZKP 1 en 2 dat het recht op wonen vervalt (Rijksoverheid, 2012b). De mensen die vanaf dat moment indicatie aanvragen in de categorie ZKP 1 en 2 krijgen de begeleiding en verzorging thuis. Dat betekent dat de mensen langer thuis blijven wonen. De mensen die voor 1 januari 2013 een zorg indicatie aangevraagd hebben in de categorie ZKP 1 en 2 blijven wel het recht houden op wonen met begeleiding en verzorging. Dit nieuwe beleid is het gevolg van bezuinigingen en de mogelijkheid om de wachtlijsten te verkorten voor zorginstellingen. Voor mensen die na 1 januari 2013 de indicatie ZKP 1&2 ontvangen, krijgen een volledig pakket thuis (VPT) aangeboden (Actiz, 2012).

#### Scheiden van zorg en wonen

Het scheiden van zorg en wonen is één van de nieuwste hervormingen van het Nederlandse zorgstelsel. De vergoeding die zorginstellingen krijgen voor het bieden van woonruimte en zorg aan cliënten gaat gescheiden worden. Zorginstellingen ontvangen dan twee

vergoedingen. Één voor het leveren van zorg en één voor het aanbieden van de woonruimte. De vergoeding voor de te leveren zorg wordt betaald uit de AWBZ gelden. De vergoeding voor het wonen wordt betaald door de cliënten zelf, waarbij zij ook recht hebben op huurtoeslag. Het doel van dit nieuwe beleid is dat bewoners van instellingen meer keuzevrijheid krijgen en de diversiteit in het wonen wordt vergroot (Aedes-actiz, 2012).

#### Invoering.

Voor ZZZP 1 en 2, in de sectoren verzorging- verpleging, geestelijke gezondheidszorg en de gehandicapten zorg gaat de maatregel vanaf 1 januari 2013 gelden. Per 1 januari 2014 wil de regering dit ook gaan invoeren voor ZZZP 3. In het huidige regeerakkoord zal per 2016 zorgpakketten 1 t/m 4 allemaal vallen onder deze nieuwe regelgeving. In 2013 gaat dit naar verwachting gelden voor 8.300 cliënten in de Verzorging en verpleging, 600 cliënten in de gehandicapten sector en 900 cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Totaal zullen er 9.800 cliënten volgens het nieuwe vergoedingen systeem gaan wonen (Aedes-actiz, 2012).

#### Vergoeding voor het wonen.

De cliënten gaan huur betalen voor de woonruimte waarin ze wonen. De eigen bijdrage die cliënten momenteel betalen voor het wonen, komt hiermee te vervallen. De hoogte van de huur wordt bepaald volgens het woningwaarderingsstelsel. Bij het woningwaarderingsstelsel wordt de huurwaarde van de woning gewaardeerd volgens punten. De maximale huurprijs neemt toe wanneer de kwaliteit van de woning en voorzieningen toeneemt (Huurcommissie, 2012). Indien de cliënten aan de voorwaarden voldoen voor huurtoeslag, hebben zij daar recht op. Huurtoeslag is een tegemoetkoming in de woonlasten voor de laagste inkomensgroepen (Belastingdienst, 2012). Naar verwachting van het Nibud zal twintig tot dertig procent van de bewoners er in koopkracht op achteruit gaan. En dat de andere groep bewoners door deze maatregel er financieel op vooruit gaat (Nibud, 2012).

#### Het gevolg.

Door de invoering van deze nieuwe werkwijze per 1 januari 2013 vergroot de mogelijkheden voor mensen die opzoek zijn naar wonen met zorg. Zij kunnen zelf kiezen voor een grotere woning met een hogere huur of voor een kleinere woning met een lage huur voor het wonen in een instelling. Vanaf 1 januari 2013 worden mensen met een beginnende zorgvraag voor de keuze gesteld als ze kiezen voor intramuraal wonen of langer thuis en daar de zorg ontvangen. In beide gevallen zijn er maandelijkse woonlasten.



### **2.3 Regelgeving omtrent huisvesting**

De zorginstellingen in de AWBZ sector mogen tegenwoordig zelf de capaciteit bepalen van hun organisatie. Zolang de instellingen maar voldoen aan de Wet Toelating Zorginstelling (WTZi). Dit is de wet waarin het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beleid omschrijft voor zorginstellingen (Wetten overheid, 2012). Zorginstellingen in de care sector zijn zelf verantwoordelijk voor het vastgoed.

Regelgeving in het verleden.

In het verleden werden bouwplannen getoetst door het Bouw College Zorginstellingen (BCZ). Deze instelling behoorde tot het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Indien zorginstellingen in de care sector bouwvoornemens hadden, lieten zij de plannen en de begroting voor nieuwbouw of grootschalige verbouwingen beoordelen door het bouwcollege zorginstelling. Het college toetst de plannen aan de capaciteitsvraag naar zorg in de regio en aan overige regelgeving in de zorg. Als in de regio een te kort was aan zorgcapaciteit en de bouwplannen voldeden ook aan de overige richtlijnen, kregen de instellingen toestemming om het plan te realiseren. De overige richtlijnen zijn eisen waar huisvesting voor zorgactiviteiten aan moet voldoen. Gebouwen voor zorg die moeten naast de eisen uit het bouwbesluit, ook voldoen aan richtlijnen opgesteld door het BCZ, bijvoorbeeld over afmetingen, kwaliteit en materiaal gebruik. Na goedkeuring van de bouwplannen door het BCZ, kregen de zorginstellingen een vergoeding voor de kapitaallasten (NZA, 2012a). Naast deze vergoeding kregen de instellingen ook een bedrag voor het onderhoud die het gebouw met zich mee bracht. Door deze regelgeving hoefden de zorginstellingen niet zelf het gebouw te financieren door middel van een (hypothecaire) lenen of het gebruik maken van eigenvermogen van de instelling. Dit beleid wordt ook wel bouwen volgens het bouwregime genoemd.

Het gevolg van deze wijze van financiering van bouwactiviteiten in de zorgsector is dat niet efficiënt en doordacht gebouwd werd. Er werden grote en niet efficiënte gebouwen gebouwd waarbij de capaciteit van zorg per eenheid, bijvoorbeeld aantal zorgplekken per m<sup>2</sup>, laag was. Bijvoorbeeld elke dokter kreeg zijn eigen kantoor (PropetyNL, 2012d), of gebouwen werden gebouwd en na verloop van tijd werden ze minder intensief gebruikt. Wat leidt in het uiterste geval tot leegstand van gebouwen. Dit beleid is tot 1 januari 2009 gehandhaafd. Tot 2012 was een overgangperiode. Vanaf 2012 is het nieuwe bouwen en financieren volgens de nieuwe regelgeving geïntroduceerd. Inmiddels is het bouwcollege opgeheven. De reden van opheffing is de marktwerking. Het nieuwe beleid heeft als doel dat zorginstellingen onderling meer gaan concurreren. Waarbij zorginstellingen een zelfstandige bedrijfsvoering gaan opzetten. Om niet de jarenlange ervaring en kennis van het bouwcollege zorginstelling verloren te laten gaan, is alle informatie onderdeel geworden van het TNO (toegepaste natuurwetenschappelijk onderzoek). TNO heeft hiervoor een aparte afdeling opgericht, TNO centrum zorg en bouw (Bouwcollege, 2007). Zorginstellingen kunnen bij (gebouw) technische vragen gebruikmaken van TNO. Doordat zorginstellingen niet risicodragend waren en de kosten volledig werden vergoed door middel van nacalculatie, waren er geen prikkels om efficiënt te bouwen (EIB, 2012).

Overgangperiode.

Van 1 januari 2012 tot 1 januari 2018 is er een overgangperiode. Vanaf 1 januari 2018 geldt een nieuw vergoedingssysteem waarbij zorginstellingen betaald gaan worden voor zorg uit het AWBZ en voor huur van de woonruimte door de cliënten. De vergoeding is dan gebaseerd op het normatieve huisvesting component (NHC). Tot 1 januari 2018 is er een compensatie voor zorginstellingen die bouwactiviteiten zijn gestart om aan de capaciteitsvragen te voldoen. Zorginstellingen mogen ook gaan werken volgens de nieuwe regelgeving. Tot 2018 worden de vergoedingen per jaar afgebouwd. Elk jaar krijgen de instellingen een kleiner percentage vergoed voor de gemaakte investeringen in huisvesting, die komen uit een eerder beleid voor de hervormingen (NZA, 2009). De reden hiervoor is dat organisaties de tijd krijgen om te werken aan de hervormingen van de eigen organisatie. Waarbij de financiële huishouding een nieuwe taak erbij krijgt, het nemen van beslissingen op basis van strategie. Nieuwe investeringen worden gebaseerd op verwachte omzetten in de toekomst, in plaats van beslissingen met gegarandeerde vergoedingen door de overheid.

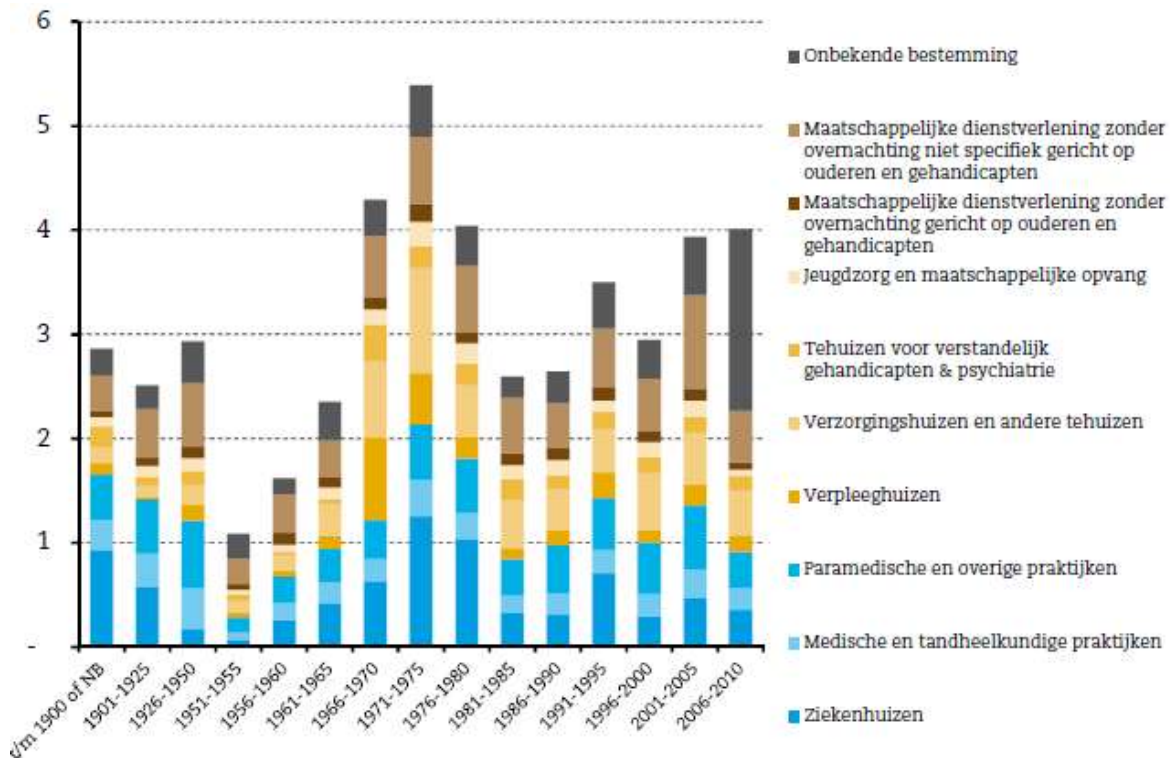
Huisvesting vergoeding volgens het normatieve huisvesting component.

Het normatieve huisvesting component is een integraal vergoedingssysteem. De vergoeding die zorginstellingen krijgen per cliënt is zowel voor de huisvesting en de zorg die zij leveren. Het wordt betaald uit de AWBZ gelden die beschikbaar is voor zorg. Het doel is van dit nieuwe beleid is het besparen op huisvestingskosten en het meer doelmatig en klantgericht bouwen voor cliënten. In het verleden kregen de zorginstellingen een vergoeding voor het verzorgen/verplegen/behandelen van een cliënt, tegenwoordig komt hier ook een vergoeding bij voor het financieren van het vastgoed. De zorginstelling wordt dus niet meer betaald per gebouw zoals in het verleden vallende onder het bouwregime van het bouwcollege zorginstellingen, maar krijgen nu een vergoeding per behandeling van een cliënt. Daardoor moeten zorginstellingen zijn eigen strategie ontwikkelen over de toekomst visie en hoe hier invulling aan te geven. Ze mogen bijvoorbeeld in capaciteit groeien, maar zijn zelf ook verantwoordelijk voor de bezetting en financiering van zowel de organisatie als het vastgoed (VWS, 2007). Door deze nieuwe regelgeving mogen organisaties naar eigen inzicht omgaan met het vastgoed. Waar zij in het verleden gebonden waren aan regels van het college bouw zorginstellingen, mogen ze nu een eigen strategie bepalen. De instellingen mogen nu gebouwen huren, verhuren, kopen en verkopen. Naar gelang wat voor de instellingen het beste bij de strategie past.

Bouwvolume door de jaren heen.

Zoals in grafiek 2.2 is te zien zijn er door de jaren diverse schommelingen geweest in de hoeveelheid gebouwde m<sup>2</sup> vastgoed met een zorg functie. In de jaren zestig en zeventig zijn er veel zorggebouwen gebouwd omdat de vergoedingen die de zorginstellingen ontvingen soepel waren, in de jaren tachtig en negentig is de groei van zorgvastgoed afgenomen door de komst van maatregelen om besparingen mogelijk te maken. In de begin jaren van deze eeuw is het bouwvolume voor de zorgsector weer toegenomen met als reden de wachtlijsten te verkorten (EIB, 2012).

Grafiek 2.2 Gebouwen met een zorgverlener en/of gezondheidsfunctie, m2 naar bouwjaar klasse, per 2010 bron: EIB



Nederland telt ruim 52 miljoen (2010) vierkante meter vastgoed met een zorgfunctie. In 1990 was dit nog maar 35 miljoen m2 het is de laatste twintig jaar aanmerkelijk gegroeid. Naar schatting van het Economische Instituut Bouwnijverheid (EIB) zal het oplopen tot 78.5 miljoen m2 in 2030 (EIB, 2012).

Tabel 2.3 Samenstelling vastgoed gebruik naar zorginstelling, miljoen m2, 2010 (bron: EIB/BAG, bewerking: auteur).

Cure	
- Ziekenhuizen	10,5
- Medische en tandheelkundige praktijken	4,7
- Paramedische en overige praktijken	8,6
	23,8
Care intramuraal	
- Verpleegtehuizen	3,9
- Verzorgingstehuizen en ander tehuizen	7,8
- Tehuizen: verstandelijke gehandicapten & psychiatrie	3,0
- Jeugdzorg en maatschappelijke opvang	1,2
	15,9
Care extramuraal	
-Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op ouderen en gehandicapten	2,1
- Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op ouderen en gehandicapten	10,3
	12,3
vastgoed gebruikt door een zorginstelling totaal	52,0

## Bouwvolume in de toekomst

Uit onderzoek van het EIB blijkt dat Nederland voor een grote bouwopgave staat. Het EIB heeft berekend aan hoeveel vierkante meter vastgoed de zorgsector de komende jaren behoefte heeft, zie tabel 2.4. De cijfers zijn gebaseerd op de aankomende vergrijzing in combinatie met de toenemende vraag naar zorg. Hieruit blijkt dat er tussen 2017 en 2030 een behoefte is van 1.4 miljoen m<sup>2</sup> per jaar aan zorg gerelateerd vastgoed. Wat opmerkelijk is de grote mate van vervangingsvraag, tabel 2.5. Het gerealiseerde vastgoed dat is gebouwd tot het jaar 2000, is in 2030 verouderd.

Tabel 2.4 uitbreidingsvraag zorgvastgoed, 2016-2030 (bron: EIB, bewerking: auteur)

	Uitbreidingsvraag		bouwproductie	
	gemiddeld per jaar (mln. m <sup>2</sup> )		(mln. euro)	
	2010-2016	2017-2030	2010-2016	2017-2030
cure (ziekenhuiszorg etc.)	0,5	0,6	500	700
care intramuraal (V&V, GHZ en GGZ)	0,4	0,5	400	625
Care extramuraal (thuiszorg)	0,2	0,3	250	400
Totaal	1,1	1,4	1150	1725

Tabel 2.5 vervangingsvraag zorgvastgoed, 2016 en 2030 (bron: EIB bewerking: auteur)

	vervangingsvraag,		bouwproductie	
	gemiddeld per jaar (mln. m <sup>2</sup> )		(mln. euro)	
	2016	2030	2016	2030
cure (ziekenhuiszorg etc.)	0,2	0,5	175	575
care intramuraal (V&V, GHZ en GGZ)	0,1	0,6	100	675
Care extramuraal (thuiszorg)	0,1	0,3	125	325
Totaal	0,4	1,3	400	1575

## **2.4 Het betalen van eigen bijdrage**

Voor het ontvangen van zorg geldt een eigen bijdrage. Dit is onderverdeeld in een laag en een hoog tarief. Mensen met een zorgvraag betalen een laag tarief indien;

- Indicatie van intramurale zorg tijdelijk is;
- Cliënten de zorg hebben over minderjarigen;
- De partner thuis woont;
- Bij de indicatie “zorg met verblijf”, maar de cliënt maakt gebruik van een Volledig Pakket Thuis (VPT).

In alle andere gevallen betaalt de cliënt een hoge eigen bijdrage aan de zorg. Hierdoor betaalt de cliënt (een deel) van de zorg zelf. De hoogte van de eigenbijdrage is afhankelijk van meerdere factoren. Tot en met het jaar 2012 werd de hoogte vastgesteld aan de hand van het verzamelinkomen, leeftijd, gezinssituatie en de zorg indicatie door het CAK (Centraal Administratief Kantoor).

Vanaf 1 januari 2013 is de berekening voor de hoogte van de eigenbijdrage aangepast. Naast de huidige factoren zoals verzamelinkomen, leeftijd, gezinssituatie en zorg indicatie van het CAK, telt nu ook het vermogen van de cliënt mee. Indien cliënten intramurale zorg ontvangen, betalen zij een eigen bijdrage van 8% van het vermogen in box 3 (Rijksoverheid, 2013b).

Vermogen in box 3 zijn de waarde van

- Woningen (niet zijnde het hoofdverblijf)
- Vermogen op betaal en spaarrekeningen
- Effectenrekeningen
- Aandelen en obligaties.

Het minimale en maximale bedrag voor de eigen bijdrage voor het jaar 2013 is;

- Lage eigen bijdrage, minimaal €152.- en maximaal €797,80.- per maand
- Hoge eigen bijdrage maximaal € 2.189,20.- per maand.

Door de nieuwe methode van het berekenen van de eigen bijdrage, gaat het bedrag in bepaalde situaties omhoog, om nog aanspraak te maken op zorg. Door deze maatregel wordt de stap groter voor cliënten met een indicatie zorg met verblijf, om de overstap te maken van de thuissituatie naar een woon-zorgcomplex waar intramurale zorg verleend wordt. Zolang cliënten thuis wonen, hoeven zij alleen het lage tarief aan eigen bijdrage betalen (Rijksoverheid, 2013b).

## **2.5 Van AWBZ naar WMO**

Per 1 januari 2015 gaat het AWBZ opgesplitst worden. Vanaf dan vallen alleen de hogere zorgpakketten onder de AWBZ (ZZP 5 en hoger). Deze blijven voor rekening voor de overheid. De lagere zorgpakketten (ZZP 1 t/m 4) komen vanaf dan voor rekening van de gemeente en gaan vallen onder het WMO, Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Rijksoverheid, 2013).

De gedachte van de overheid hierbij is dat de gemeente dichterbij de cliënt staat, en zo meer maatwerk kan bieden. Het zijn voornamelijk de taken van de thuiszorg die onder de WMO

gaan vallen zoals cliënten helpen bij het aan- en uitkleden, dagelijkse verzorging en huishoudelijke hulp. Daarbij krijgen cliënten alleen nog huishoudelijke hulp vergoed van uit het WMO indien ze een laag inkomen hebben.

Het gevolg is dat de kosten die hiermee gemoeid zijn in eerste instantie door de gemeente betaald gaat worden. Dit kan grote financiële gevolgen hebben voor gemeenten met relatief veel ouderen. Hierdoor kan per gemeente het beleid gaan verschillen.

Zorgverzekeraars krijgen vanaf 1 januari 2015 ook een grotere rol. Vanaf dan zijn zij verantwoordelijk voor de kosten van verpleging en verzorging van langdurige Geestelijke Gezondheid Zorg (GGZ) cliënten. Waarbij tot en met 2014 deze kosten van intramurale zorg nog geheel voor rekening kwam voor AWBZ. De kosten die vanaf dan gemoeid zijn met alle GGZ verzorging en behandeling worden vanaf dan betaald vanuit de zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraar wordt vanaf 2015 volledig risico dragend voor de GGZ zorg (Rijksoverheid, 2013a).

## **2.6 E-health en domotica**

E-health is een afkorting voor Electronic Health, als ondersteunende functie in de zorg. Hierbij wordt gebruik gemaakt van moderne media zoals internet, mobiele telefonie, sociale media en beeldregistratie op afstand (camera's). E-health kan in diverse vormen voorkomen waarbij de cliënt contact of voorlichting ontvangt via telefoon, internet, etc. (NVEH, 2013). Voorbeelden zijn;

- Beeldscherm zorg;
- Digitale polikliniek;
- Begeleiden (of herinneren) medicatie inname;
- (Chat) consult met artsen tijdens de herstelfase;
- Producten bestellen (boodschappen).

Domotica is de verzamelnaam voor systemen van woonhuisautomatisering. Hoewel deze systemen voor iedereen toepasbaar zijn, kan het ook specifiek worden ingezet voor het welzijn en comfort verhogen voor mensen met een zorgvraag. Het meest bekende voorbeeld vanuit het verleden is de personenalarmering. Specifiek voor mensen met een zorgvraag zijn er systemen in de ondersteuning en de monitoring van de zorg vraag. Voorbeelden voor specifieke zorg ondersteuning zijn;

- Cameraobservaties;
- "van bed af" detectie systemen, alarmering wanneer cliënten van bed gaan;
- Toegangscontrole, indien cliënten wel of niet een ruimte mogen betreden;
- Wekken van mensen op afstand;
- Bewegingssensoren.

E-health en domotica zijn nieuwe vormen van innovatie, waarbij kwaliteit verbetering voorop staat. In Canada en de Verenigde Staten zijn er al ver gaande ontwikkelingen. Alles is bedoeld om de mensen langer zelfstandiger thuis te laten wonen. In Nederland zijn er ook al veel mogelijkheden op dit gebied, deze worden nog niet altijd benut (IGZ, 2008).

## 2.7 financiering van zorgvastgoed

### Huidige boekwaarde problemen

Door het afschaffen van het bouwregime (paragraaf 2.4) zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor het financieren van het vastgoed. Het vastgoed staat voor een bepaald bedrag in de "boeken" (op het balanstotaal). Veel zorginstellingen hebben te maken met boekwaarde problemen. Dit treedt op wanneer het financieringsbedrag hoger is dan de daadwerkelijke waarde van het object. Als gevolg van een langere afschrijf termijn dan de periode dat het gebouw daadwerkelijk geëxploiteerd kan worden (Aedes, 2010). In het verleden was voor zorginstellingen gebruikelijk om voor het vastgoed een afschrijvingstermijn te hanteren van vijftig jaar. In de praktijk blijkt deze termijn te lang en niet haalbaar. De nieuwe boekhoudregels schrijven voor dat de afschrijfstermijn met twintig procent is verkort, dus van vijftig naar veertig jaar. Onder de markt verkenning van twintig procent van de woonzorginstellingen in Nederland, lijdt dit tot een tekort van €340 miljoen (Aedes, 2010). Aangezien de onderzochte markt maar twintig procent van het geheel is, is het genoemde bedrag in werkelijk van alle zorginstellingen bij elkaar vele malen hoger. Het gevolg is dat zorginstellingen de exploitatie van zorgvastgoed moeten herzien, anders worden deze tekorten niet verholpen.

### Verouderd zorgvastgoed saneren.

Verouderd vastgoed met een zorgfunctie is een probleem. Het voldoet niet meer aan de eisen van deze tijd. Zorginstellingen staan dan voor de vraag of het gebouw dient te worden aangepast of er moet nieuwbouw gepleegd worden. Deze verbouwplannen betekenen veelal overlast voor bewoners en medewerkers. Vaak is er tijdelijk minder capaciteit. Daarnaast moet rekening gehouden worden met bestaande gebouw kenmerken zoals uitstraling, grootte, draagstructuren, etc. Bij een afweging tussen nieuwbouw of verbouw zijn dit aspecten om rekening mee te houden. Als er wordt besloten om een zorgcentrum nieuw te bouwen, kan het oude centrum na verhuizing van de cliënten, verkocht worden. Om zorgvastgoed te verkopen is toestemming nodig van het CSZ, College Sanering Zorginstellingen (CSZ, 2012). Dit college beoordeelt of het mag volgens de regels van behoud van vermogen.

### Behoud van vermogen.

Doordat zorginstellingen nu vrij zijn op welke wijze ze het vastgoed willen financieren, mogen ze het vastgoed zelf kopen, verkopen, huren en verhuren. Bij verkoop van het vastgoed dat in eigendom is van de zorginstelling, is er een beperking opgelegd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het opgebouwde vermogen van vastgoed moet behouden blijven voor de zorg. Het vastgoed dat verkregen is onder het bouwregime, mag verkocht worden, maar de opbrengsten moeten aan zorg doeleinden besteedt worden. Dit heet zogenaamde "anti-weglekbeding" (Rijksoverheid, 2012F). Het doel hiervan is het vermogen dat voorgaande jaren in zorg(vastgoed) is geïnvesteerd, behouden blijft voor de zorg.

## 2.10 Conclusie

Afgelopen jaren is er veel veranderd betreffende het beleid rondom ontwikkelen en beheren van zorgvastgoed. De Nederlandse bevolking wordt ouder, en met de aanstaande vergrijzing zal het aantal mensen dat zorg nodig heeft, alleen maar toenemen. Het hoogtepunt van het aantal 65-plussers zal rond 2030 zijn. Het huidige aanbod van woningen met zorg zal niet genoeg zijn voor de toekomst (Ipso facto, 2012), daarbij zijn veel zorginstellingen verouderd. Om aan de vraag naar zorg in de toekomst te kunnen voldoen, en de kosten te verlagen, is de Nederlandse regering aan het hervormen. Het is niet meer vanzelfsprekend dat als iemand die zorg nodig heeft, de persoon naar een zorginstelling gaat. Veelal wordt eerst zorg/begeleiding thuis situatie georganiseerd. Indien dit niet meer toereikend is, kan verhuisd worden naar een zelfstandige woning met zorg. Alleen voor personen met intensieve begeleiding en zorg zal nog plaats zijn in een traditioneel verpleegtehuis. De overheid wil deze trend blijven volgen, extramuralisatie van langdurige zorg. Met als gevolg het reduceren van de kosten van langdurige zorg. De zorginstellingen zijn zelfstandiger geworden. Naast het verlenen van zorg, moeten zij actief zijn in het Corporate Real Estate Management (CREM). Door de beleidwijzigingen voor de vergoeding van vastgoed, moeten de instellingen zelf besluiten nemen vanuit een commercieel oogpunt. Want lagere huisvestingskosten leidt tot meer budget voor zorg- en begeleidingsactiviteiten. Werken volgens deze nieuwe wijze biedt ook mogelijkheden. Zorginstellingen mogen het CREM ook gaan uitbesteden aan interne afdelingen of externe partijen, dit kan leiden tot nieuwe initiatieven.



### **3 Financiering- en belegging methoden voor woon/zorgvastgoed**

Financieren van vastgoed is een bekend fenomeen. Zowel voor de burger als voor het bedrijfsleven zijn dit doorgaans niet de dagelijkse activiteiten. Voor de burger draait het om de vraag “hoe betaal ik de koopprijs van mijn woonhuis”. Bij bedrijven spelen verschillende factoren een rol. Waarbij de korte- en lange termijn visie, doelstellingen en financiële cijfers doorslaggevend zijn. In het verleden werden de kosten voor koop, bouw, huur, onderhoud en afschrijving door de overheid volledig vergoed, tegenwoordig zijn zorginstellingen nu zelf verantwoordelijk voor de financieringslasten (hoofdstuk 2). Effectieve en moderne financieringsvormen hebben direct resultaat op de financiële resultaten van de zorginstelling. In dit hoofdstuk wordt een algemeen beeld geschetst over het ontwikkelen van vastgoed en bijbehorende exploitatie kosten/periode. De onderwerpen zijn, vormen van financiering, methoden van (belegging) taxaties, vormen van risico's, locatie keuze en levensduur.

#### **3.1 Vormen van financiering**

De eigendomssituatie van vastgoed kent verschillende mogelijkheden. Naast het traditionele kopen met eigen vermogen, bestaan er ook andere vormen. Hierna worden nieuwe vormen uitgewerkt en aangevuld met de voor- en nadelen.

##### **Hypotheek**

Voor een aankoop of een grote verbouwing/renovatie van vastgoed kan een hypotheek worden afgesloten. Een hypotheek is een financiering van het aankoop- of verbouwbedrag. De hypotheekgever geeft in ruil voor een financieel bedrag, zijn onroerend goed in onderpand aan de hypotheeknemer. Voor het aangaan van een hypotheek overeenkomst tussen bijvoorbeeld een bank en een bedrijf is een hypotheek akte noodzakelijk. Hierin worden de rechten, plichten en onderpand beschreven. Met het bedrag dat de instelling ontvangt kan in één keer de gemaakte aankoop- of verbouw kosten worden betaald. De maandelijkse termijnen bestaat uit een deel afbetaling van het bedrag en een vergoeding voor de rente van het resterende nog te betalen bedrag (schuld). Hypotheken zijn in meerdere varianten, waarbij annuïteiten en lineaire hypotheken veelvoorkomend zijn. Bij annuïteiten hypotheek wordt een vast bedrag per termijn gedurende de gehele periode afgelost. De termijn bestaat uit een deel aflossing en een deel rente, waarbij aan het begin van de looptijd veel rente wordt betaald. Naarmate de periode vordert, neemt het rentebedrag af waardoor men meer zal aflossen.

Een lineaire hypotheek wordt per termijn een vast bedrag afgelost. Aan het begin zal er veel rente moeten worden betaald over het resterende bedrag. Maar na verloop van de looptijd neemt het resterende bedrag af waardoor het rente bedrag per termijn ook afneemt. Hierdoor zijn in het begin de totale lasten hoog, maar naar verloop van de periode nemen de termijn bedragen af.

Plus: Het volledige aankoop- of verbouwbedrag. Kan in termijnen worden voldaan, hierdoor hoeft er niet éénmalig een groot bedrag beschikbaar te zijn voor de aankoop of verbouw. Hierdoor ontstaat er een continu cash stroom en financieringsbehoefte.

Min: Een hypotheekrecht belemmert de eigenaar van het gebouw in vrijheid om zelfstandig beslissingen te nemen. Omdat de hypotheeknemer voorwaarden stelt aan de overeenkomst.

Wellicht doordat gebouwen van een instelling op één groot terrein staan, kan er niet eenvoudig een hypotheekrecht worden gevestigd op het object.

#### Eigen Vermogen (EV)

Het financieren van vastgoed met eigen vermogen is een vorm van conservatieve financiering. Hierdoor kan een aankoop pas gedaan worden na een lange tijd reserveren van financiële middelen (sparen). Hierdoor kan pas actief worden ingespeeld op de marktvraag nadat er een lange tijd budget is gereserveerd voor grote investeringen. Er moet ruimte zijn binnen de financiële situatie van een instelling om de middelen te kunnen reserveren. Dit kan vaak alleen als de inkomsten structureel hoger zijn dan de uitgaven van de zorginstelling. Tijdens de lange periode van reserveringen is er geen direct tastbaar resultaat. Het gevolg is veroudering en uitputting bestaand vastgoed.

Plus: Vrijheid van investering. Een instelling is vrij in het aankopen van vastgoed zonder dat er verantwoording hoeft worden afgelegd met een financier over wat de plannen zijn of de toekomst verwachtingen. Hierdoor ontstaat een grote mate van vrijheid en zelfstandigheid.

Min: Door het aanwenden van eigen vermogen voor het financieren van vastgoed, kan het vermogen niet worden gebruikt voor andere dingen, zoals het verlenen van zorg aan cliënten. Hierdoor kunnen de cliënten de dupe worden van hoge vastgoed uitgaven.

#### Vreemd vermogen (VV)

Vastgoed financieren met vreemd vermogen betekend dat het vastgoed gefinancierd wordt met een uitbreiding algemene bedrijfskrediet bijvoorbeeld bij banken. Veelal naast eigen vermogen is er ook een gedeelte aan vreemd vermogen binnen een instelling aanwezig, in de vorm van een lening. De lening zal op ten duur terug betaald moeten worden, tussentijds wordt er rente betaald over de lening aan de krediet verstrekker.

Plus: Met het vreemd vermogen kan er op dezelfde wijze gehandeld worden als met het eigen vermogen. Hierdoor kan er snel en eenvoudig geïnvesteerd worden in vastgoed zonder voorwaarden die een hypotheeknemer eist.

Min: Door het financieren van vastgoed met (uitbreiding van) vreemd vermogen. Kan de vrijheid beperkt worden voor investeringen in andere dingen, zoals zorg.

#### Financieringsmix

Een financieringsmix is een combinatie van meerdere financieringsvormen. Hierdoor worden aantrekkelijke voorwaarden van meerdere financieringsvormen met elkaar gecombineerd. Vaak is het een combinatie van een hypotheek en eigen vermogen. Vaak is de hypotheek zestig procent van de totale investering en het overige veertig procent uit eigen vermogen. Hierdoor ontstaat er voor de krediet verstrekker (hypotheeknemer) een aantrekkelijk situatie. Omdat het eigen vermogen van de instelling het meeste risico draagt, profiteert de instelling van lagere rente tarieven die gevraagd worden voor het beschikbaar stellen van het kapitaal. De hypotheek gever heeft een ruime mate van zelfstandigheid/vrijheid in de uitvoering van de aankoop.

Plus: lage financieringskosten door een lagere rente dan als het gehele investeringsbedrag door middel van een hypotheek gefinancierd wordt. Door de ruime mate van eigen vermogen in te brengen, heeft de instelling een grote mate van zelfstandigheid om beslissingen te nemen.

Min: door het aanwenden van eigen vermogen voor het financieren van vastgoed is er éénmalig een groot bedrag nodig dat ook beschikbaar moet zijn. Hier moet rekening mee worden gehouden met het reserveren van middelen tijdens een langere periode.

Sale en leaseback.

Het verkopen van het huidige bestaande vastgoed dat in eigendom is van de instelling. Door de verkoop van het bestaande vastgoed, worden er liquide middelen vrijgemaakt om te investeren in andere zaken, bijvoorbeeld zorg. Het vastgoed wordt dan verkocht aan een partij bijvoorbeeld een belegger of andere zorginstelling, en wordt vervolgens terug gehuurd. Als voorwaarde van de overeenkomst is dat de zorginstelling vaak langjarig huurcontract moet afsluiten. Een langlopend huurcontract bevordert de hoogte van de verkoopprijs. Door de verkoop kan de zorginstelling investeren in andere zaken, bijvoorbeeld zorgvastgoed op andere locaties. Hierdoor ontstaat er een diversiteit in de portefeuille van huur en koop. Door het verkopen van het ene eigendom kan men vastgoed op een andere locatie verbeteren, uitbreiden of aankopen.

Plus: Eenmalig komt er een groot bedrag aan financiële middelen beschikbaar, die voor andere investeringen gebruikt kan worden. Tevens kan verkoop van vastgoed en het terug huren overeenkomen met strategie van de organisatie, bijvoorbeeld doordat het naar X aantal jaren niet meer geschikt is voor het verlenen van zorg voor de doelgroep die er nu gevestigd is. Dan kan op een eenvoudige manier het pand worden afgestoten.

Min: Beperkte vrijheid en toekomst planning.

Huren van vastgoed

Het huren van vastgoed is een veel gebruikte optie om huisvesting te realiseren. Vaak gaat het om het huren van woningen om te wonen en bedrijfsgebouwen om bedrijfsactiviteiten uit te voeren. In de zorg is het huren van zorgcomplexen van een private partij nog een onbekend fenomeen. Hoofdzakelijk is in Nederland het vastgoed in eigendom van de zorginstellingen. Of zorginstellingen huren een woon/zorgcomplex van een (lokale) woningcorporatie. De oorzaak dat zorginstellingen het vastgoed in eigendom hebben komt door de gunstige financieringsmogelijkheden in het verleden (zie hoofdstuk 2). Hierdoor was het financieel aantrekkelijker om vastgoed zelf te realiseren dan om het te huren. Door de huidige wetwijzigingen en financieringspositie van zorginstellingen biedt het huren van het vastgoed door zorginstellingen nieuwe kansen.

Plus: Vaste kosten structuur. Met het betalen van huur, hoeft men geen rekening te houden met grote investeringen, onderhoudskosten, afschrijving, grotere financieringsbehoefte etc. Bij het huren lopen organisatie ook minder risico op waardedaling van het vastgoed. Daarnaast biedt een huurcontract ook de kans om vastgoed wat niet meer voldoet aan de wensen en capaciteitsvraag van de zorginstelling eenvoudig af te stoten.

Min: lengte van contract vormen zijn ook een bedreiging voor de continuïteit van de zorgactiviteiten. Indien een huurcontract niet verlengd wordt, moet er een alternatieve oplossing worden ontwikkeld. Ook tussentijdse aanpassingen van een gebouw zijn minder eenvoudig, want de verhuurder heeft hier ook een aandeel in. Indien de zorginstelling erg specifieke huisvestingseisen heeft, kan dit leiden tot hoge(re) huurlasten, omdat de verhuurder rendement wenst voor de gemaakte kosten.

### 3.2 Manieren van samenwerking en contractvorm.

Naast de traditionele overeenkomsten waarbij zorginstellingen eventueel in combinatie met een woningcorporatie een woon/zorg complex realiseerden, zijn er nu ook nieuwe methoden. Methoden waarbij zorginstellingen op een andere manier betrokken worden bij de ontwikkeling van vastgoed met een zorg functie. Bijvoorbeeld;

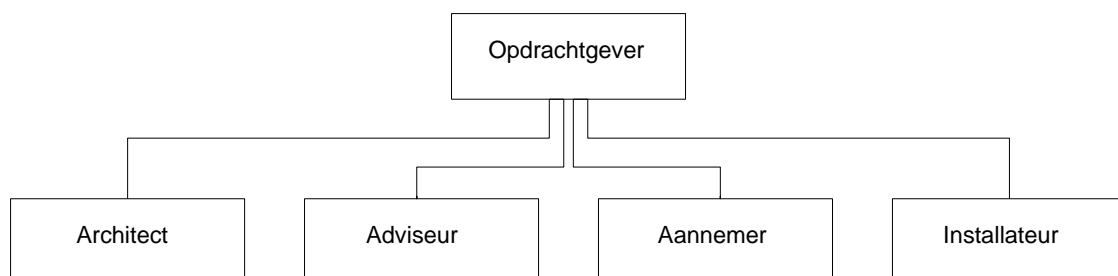
- Bouwteam
- Turnkey
- PPS (Publiek-Private Samenwerking)
- DBFM(O) (Design Build, Finance, Maintain, (en operate))

#### Bouwteam

Het bouwteam contract heeft in Nederland een steeds grotere plaats veroverd in de ontwikkeling van vastgoed. Het is een vorm waarbij de opdrachtgever zelf verschillende bedrijven inhuurt. De opdrachtgever selecteert zelf de architect, adviseurs, aannemer(s) en installateurs. Tijdens het ontwikkelproces treedt de opdrachtgever op als voorzitter en hebben de andere betrokkenen een gelijkwaardige rol in het geheel. Er wordt vanuit gegaan dat iedere partij zoveel mogelijk bijdraagt aan het slagen van het project (Jellema, 2004).

Plus: De grote mate van samenwerking en invloed van de opdrachtgever tijdens de ontwikkeling van een project. Hierdoor is er een hoge kwaliteit te realiseren wat geheel voldoet aan de gebruikerswensen.

Min: Voor de opdrachtgever is een grote rol weggelegd, dit vergt veel tijd van de opdrachtgever tijdens de gehele ontwikkeling. Na de selectie van de partijen is er geen concurrentie meer, hierdoor zijn de ontwikkelkosten vaak duurder dan de kosten bij traditionele contractvormen.



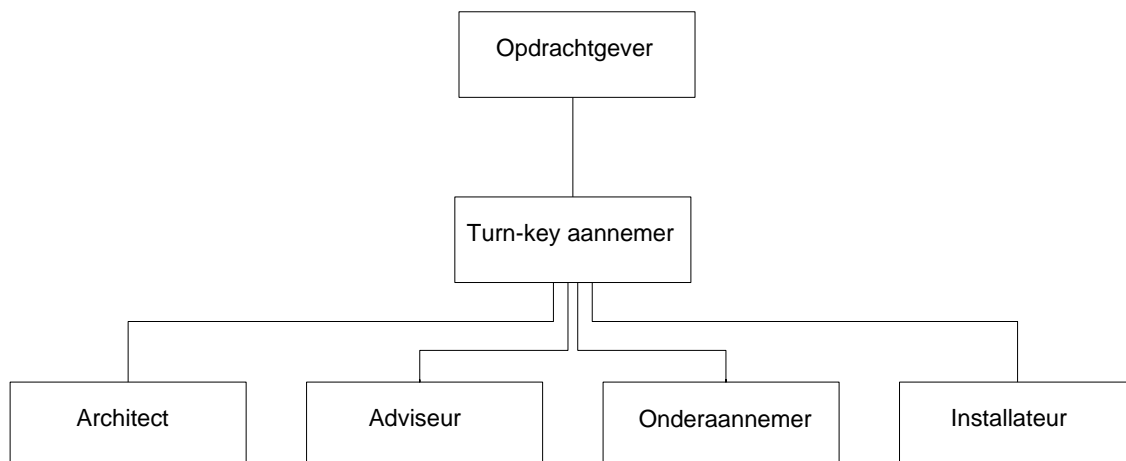
Figuur 3.1 Structuur bouwteam (bron: Jellema, 2004, bewerking: auteur).

## Turnkey

Een contract vorm waarbij de opdrachtgever de meest geringe inbreng heeft. De opdrachtgever stelt vooraf een programma van eisen op waarin duidelijk is omschreven wat de wensen zijn van het gebouw. De hierop volgende fasen worden ondergebracht bij één partij. Deze organiseert het gehele proces van ontwerp tot en met oplevering. Deze contract vorm wordt veelvuldig gebruikt bij grote aanbestedingen in de Verenigde Staten en Japan. Ook in de Nederlandse industrie wordt veel gebruik gemaakt van deze contractvorm. Na voltooiing van het project draagt de ontwikkelaar het gebouw over aan de opdrachtgever, waarna deze geheel verantwoordelijk is (Jellema, 2004).

Plus: Opdrachtgevers hoeven tijdens de ontwikkelfase niet actief betrokken te zijn. Dit zorgt voor lagere kosten. Vaak zijn de kosten lager doordat de ontwikkelende partij de optimale productieproces hanteert. Door in de ontwikkeling al rekening te houden met het optimale proces, kan voor het gehele traject de meest efficiënte methode gehanteerd worden.

Min: Vooraf moet er een duidelijk programma van eisen opgesteld worden, waarbij veel keuzes gemaakt moeten worden die pas in een latere fase aan bod komen. Na de contractovereenkomst zijn er hoge kosten verbonden aan het wijzigen van de plannen naar wens van de opdrachtgever.



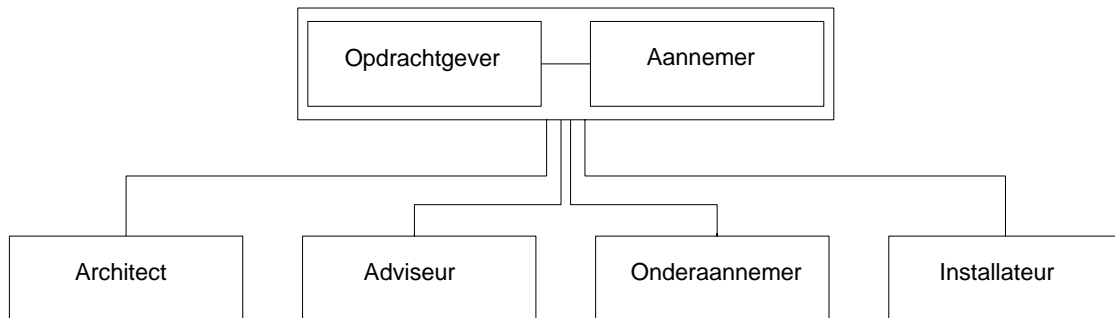
Figuur 3.2 Structuur Turn-key overeenkomst (bron: Jellema, bewerking: auteur).

## PPS, Publiek-Private Samenwerking

Wanneer (semi)overheden risicodragend samenwerkt met private partijen bij de ontwikkeling van een project, is het een vorm van Publiek-Private Samenwerking (PPS). Vooraf aan een project stellen partijen zich open op, om een manier te ontwikkelen waarmee op creatievere manieren vooropgestelde resultaten worden gerealiseerd. PPS biedt de mogelijkheid voor een heldere en optimale taak-risicoverdeling. Na afronding van het project is de opdrachtgever verantwoordelijk voor het project eventueel aangevuld met onderhoudscontract met de private partner.

Plus: Lagere kosten doordat bij complexe projecten de aannemende partij niet geheel risico dragend is. Indien er bij een project veel onzekerheden zijn die vooraf niet te elimineren zijn, draagt de opdrachtgever een deel van het financieel risico.

Min: Vooraf wordt er een overzicht van de totale kosten gemaakt van het project. Daarnaast is er een belangrijke rol voor opdrachtgevers, hierdoor is deze intensief betrokken tijdens de gehele ontwikkeling (ppsbijhetrijk, 2013).



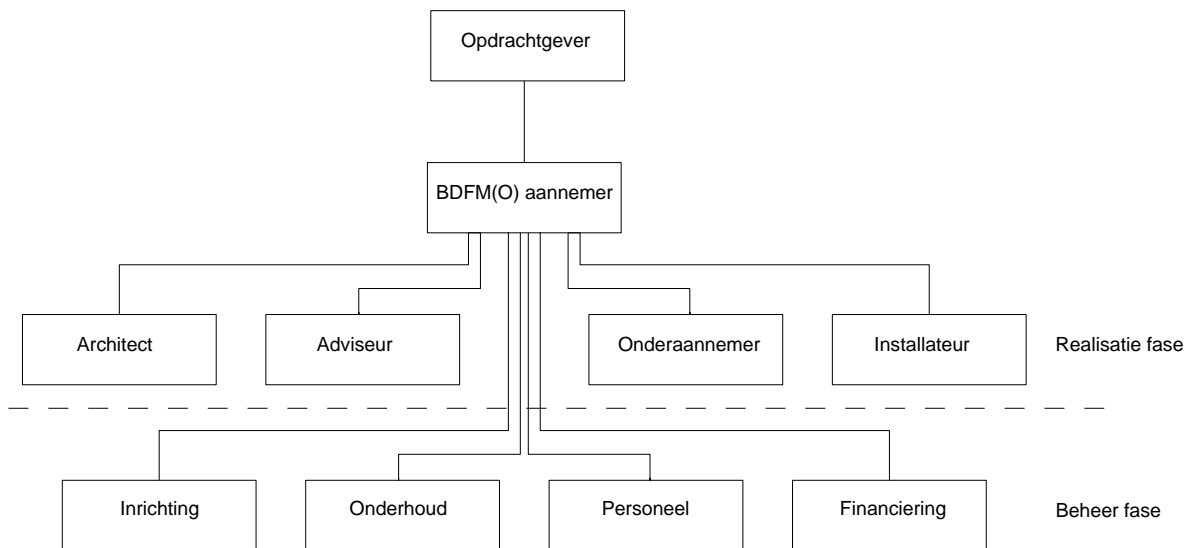
Figuur 3.3 Structuur PPS overeenkomst (bron: Jellema, 2004, bewerking: auteur).

DBFM (O) (Design Build, Finance, Maintain, (en operate))

Dit is de meest uitgebreide vorm van contract en financiering mogelijkheden, waarbij de ontwikkelaar naast de gehele ontwikkeling, ook de (voor) financiering en exploitatie van de daarop volgende jaren voor zijn rekening neemt. Hierdoor stelt de gebruiker van het object vooraf een duidelijk programma van eisen op. Tijdens de exploitatie periode is vooraf een vast bedrag afgesproken, betaald in de vorm van huur. Eventueel kan naast het gebruik van het object, het leveren van ondersteunende diensten onderdeel zijn van het contract. Voorbeelden van diensten zijn facilitaire zaken en beveiliging (ppsbijhetrijk, 2013).

Plus: Voor de opdrachtgever zijn de kosten op voorhand bekend en kan dit meenemen in de eigen financiële planning. Huisvesting en facilitaire zaken kunnen bij de opdrachtgever uit handen worden genomen, waardoor zij zich volledig op de corebusiness kan richten.

Min: Vooraf moet een duidelijke omschrijving zijn van het programma van eisen. Tijdens het ontwikkelproces heeft de opdrachtgever geen invloed meer.



Figuur 3.4 Structuur BDFM(O) overeenkomst (bron: Jellema, 2004, bewerking: auteur).

### 3.3 Beleggingsmethoden

Er kan op meerdere manieren belegd worden in vastgoed. Het meest vanzelfsprekende is het kopen van vastgoed, eventueel met behulp van een lening. Iedere aankoop van vastgoed is gebaseerd op basis van een belegging. Een belegging is een aankoop voor de langere termijn (Van Gool e.a., 2007). De gedachte van beleggen zijn waarde behoud, waarde vermeerdering, op langere termijn lagere kosten dan huur, risico spreiding van financiële middelen. Het grootste verschil is de wijze waarop men belegd.

Directe of indirecte belegging.

Men spreekt van direct beleggen, indien de belegger rechtstreeks eigenaar is van het vastgoed of eigenaar is van de vermogenstitels die recht geven op de opbrengsten van dat vastgoed. Of een meerderheidsaandeel heeft en de zeggenschap heeft over het management van het vastgoed. Indien men indirect belegd in vastgoed kan dat doormiddel van participatie in direct vastgoed of door beleggingenfonds te realiseren. Bij een indirecte belegging in direct vastgoed gaat het om een minderheidsaandeel. Er is ook geen invloed op de zeggenschap over het vastgoed. Indirecte beleggingen in vastgoed kan men ook doen doormiddel van het kopen van aandelen in een vastgoedfonds (vastgoed CV's). Hierbij koopt men een aandeel in de eigendom van vastgoed, maar heeft geen invloed op het management ervan. Ook een manier van indirecte beleggen in vastgoed is het kopen van aandelen op de beurs. Als men aandelen van vastgoed bedrijven koopt, profiteert men indirect van beleid van de onderneming door koers stijgingen en dalingen, en eventuele dividend uitkeringen.

Direct vastgoed

Plus: Volledige vrijheid. Omdat de bezitter ook verantwoordelijk is voor management.

Min: Management intensief.

## Indirect vastgoed

Plus: Het is mogelijk om te profiteren van de kennis van anderen en kan eenvoudig meedelen in hoge rendementen van het hele object/fonds.

Min: Er is geen mogelijkheid om direct invloed uit te oefenen op het management.

## Beleggingsrendementberekeningen

Er zijn meerdere mogelijkheden om het rendement op een vastgoed investering te berekenen. Iedere methode heeft zijn voor en nadelen en zijn gebaseerd op de informatie die beschikbaar is.

### BAR- en NAR-methode

Bij het beleggen in direct vastgoed spelen het Bruto Aanvang Rendement (BAR) en het Netto Aanvang Rendement (NAR) een belangrijke rol. De BAR is in essentie de bruto aanvangsjaarhuur uitgedrukt in procenten van de investering. Het verschil tussen BAR en NAR is, dat bij de BAR uitgegaan wordt van de opbrengsten zonder aftrek van exploitatiekosten. Bij de NAR methode worden wel de kosten van exploitatie meegenomen in de berekening.

$$\text{Formule BAR} \quad Y_{bar} = \left( \frac{BH_1}{I} \right) \times 100\%$$

$Y_{bar}$  = Bruto aanvangsrendement

$BH_1$  = Bruto jaarhuur in het eerste exploitatiejaar

$I$  = Totale investering (inclusief kosten koper)

$$\text{Formule NAR} \quad Y_{nar} = \{ (BH_1 - E_1) / I \} \times 100\%$$

$Y_{nar}$  = Netto aanvangsrendement

$BH_1$  = Bruto jaarhuur in het eerste exploitatiejaar

$E_1$  = Totale exploitatiekosten in het eerste exploitatiejaar

$I$  = Totale investering (inclusief kosten koper)

Plus: Met weinig informatie kan snel inzicht worden gegenereerd in de haalbaarheid van een project. BAR/NAR methode is veelal een begin van meerdere berekeningsmethodes.

Min: De exploitatiekosten die als informatie dient, zijn vooraf moeilijk te bepalen. Berekening is maar beperkt, het geeft geen informatie over restwaarde en groei mogelijkheden.

### DCF-methode

De DCF is een berekeningsmethode gebaseerd op toekomstige inkomsten en kasstromen. Ook wordt er rekening gehouden met de rente en inflatie percentage gedurende de exploitatieperiode. De afkorting staat voor Discounted Cash Flow (DCF). De DCF kan verdeeld worden in de NCW, Netto Contante Waarde en de IRR, Internal Rate of Return.



$$NCW = [CF_1 / (1 + R)^1] + [CF_2 / (1 + R)^2] + [CF_3 / (1 + R)^3] + \dots + [CF_n / (1 + R)^n]$$

- NCW = Netto Contante Waarde (toegevoegde waarde)  
 $CF_{1,2,3}$  = Cashflow in perioden n (huurinkomsten per periode)  
 $CF_n$  = Verkoop opbrengst (einde van exploitatie periode)  
R = Disconteringsvoet (% van rente/inflatie/risico vergoeding)

IRR, Internal Rate of Return methode berekent de disconteringsvoet. De uitkomsten van deze in percentage uitgedrukt antwoord, is een uitgangspunt voor een investeringsbeslissing.

$$IRR = NAR + g$$

- IRR = Internal Rate of Return  
NAR = Netto Aanvang Rendement  
g = Groeivoet van huren en waarde

Plus: De berekeningen zijn gebaseerd op meerdere gegevens, waardoor een duidelijk beeld ontstaat over kosten en opbrengsten gedurende de looptijd en aan het eind van de periode, dit zorgt voor exactere benadering.

Min: Tijdens een berekening moet er al veel informatie bekend zijn over financieringspercentages en eindwaarden. Deze informatie is echter bekend in een latere fase van ontwikkeling.

#### Vastgoedrisico's en risico berekeningen

Het rendement is gekoppeld aan de risico's, hoe hoger het rendement, hoe hoger het risico. Daarom is risico spreiding en berekening essentieel voor goed vastgoed beleid. Tabel 3.1 geeft een korte weergave van de rendementen op vastgoed door de jaren heen, het zijn cijfers in Nederland voor verschillende deelmarkten.

Tabel 3.1 Rendementen van vastgoedmarkten, 1980-2005 (bron: Van Gool, 2007, bewerking: auteur).

	gemiddelde jaarrendementen			
	1980-2005	1980-1989	1990-1999	2000-2005
Nederland gemiddeld ROZ/IPD	8,4%	5,5%	11,0%	8,7%
- Kantoren	7,0%	4,7%	8,9%	7,5%
- Winkels	8,5%	6,0%	10,4%	9,5%
- Woningen	8,6%	5,2%	11,8%	8,8%

Risico is te splitsen in meerdere disciplines. Het voornaamste is het verschil tussen specifiek en generiek gerelateerde risico's. Specifieke risico's zijn object gebonden, en heeft alleen gevolgen voor dat object. Generieke risico's zijn risico's voor de gehele sector en eventueel andere sectoren. Beleggers in het algemeen, maar ook beleggers in vastgoed maken vaak onbewust gebruik van de theorie van Markowitz. In 1953 publiceerde Harry Markowitz zijn "Portfolio selection". Dit is een wetenschappelijke onderbouwing voor risico spreiding in verschillende beleggingen. De kern van de theorie is samengevat "leg nooit al je eieren in

één mandje" (Van Gool. e.a. 2007). Markowitz ontwikkelde een berekeningsmethodiek hoe verschillende beleggingen op elkaar reageren met als variabelen de rendementen en risico's. Hieruit komt een gewogen gemiddelde per portefeuille. De methode toont aan dat het risico per portefeuille in zijn geheel lager is (Van Gool e.a. 2007). De wijze waarop spreiden van risico's mogelijk is, is divers. In de spreiding van beleggingen binnen één sector tot het spreiden door het beleggingen in diverse sectoren. Van het beleggen in twee vastgoed objecten tot een mix van verschillende beleggingen binnen een gehele portefeuille. Bijvoorbeeld een mix van meerdere vastgoed objecten, aandelen en obligaties.

$$ER_p = X_1 \times R_1 + X_2 \times R_2$$

$ER_p$  = Verwachte portefeuillerendement

$X_1$  = Gewicht van belegging 1 in de portefeuille als percentage van het geheel.

$X_2$  = Gewicht van belegging 2 in de portefeuille als percentage van het geheel.

$R_1$  = Gemiddelde verwachte rendement van belegging 1

$R_2$  = Gemiddelde verwachte rendement van belegging 2.

$$\sigma_p = \sqrt{[X_1^2 \times \sigma_1^2 + X_2^2 \times \sigma_2^2 + 2 \times (X_1 \times X_2 \times \rho_{1,2} \times \sigma_1 \times \sigma_2)]}$$

$\sigma_p$  = Verwachte portefeuillerisico uitgedrukt in standaarddeviatie

$\sigma_1$  = Standaarddeviatie van belegging 1

$\sigma_2$  = Standaarddeviatie van belegging 2

$\rho_{1,2}$  = Correlatie tussen rendementen van belegging 1 en 2

Het CAPM model.

Het CAPM model is een verdere ontwikkeling van de portefeuille theorie van Markowitz. CAPM staat voor Capital Asset Pricing Model, dat door Sharpe, Lintner en Mossin in de jaren zestig is ontwikkeld. Dit model legt het verband tussen het risico en het vereiste rendement op een investering (Van Gool. e.a. 2007). De berekeningsmethode behorende bij de CAPM theorie berekent de ideale verhouding van een beleggingsportefeuille. Het CAPM model gaat er vanuit dat specifiek risico kan worden geëlimineerd, het markt risico blijft dan over, want beleggen betekend immers ook risico nemen. De formule voor het voor het berekenen van het vereiste rendement luidt;

$$ER_i = R_f + \beta_i \times (R_m - R_f)$$

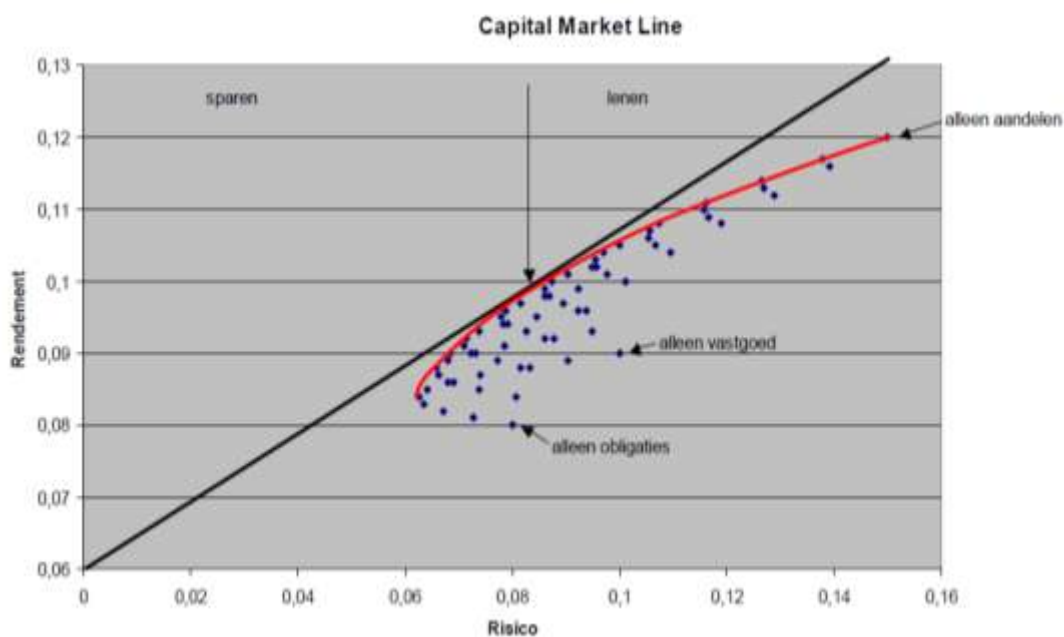
$ER_i$  = Vereiste rendement op investering  $i$

$R_f$  = Risicovrij rendement

$\beta_i$  = Systematisch risico van investeringen  $i$

$R_m$  = Marktrendement.

De  $\beta_i$  bepaalt de mate van de risicofactor, het getal ligt tussen de 0,0 en 1,0 is een defensieve benadering. Een  $\beta_i$  tussen de 1,0 en 2,0 is voor meer agressieve beleggingscategorieën. In figuur 3.5 is een beleggingsportefeuille weergegeven waarbij belegd wordt in meerdere sectoren. Namelijk obligaties, vastgoed en aandelen. De rechte lijn (Efficiënt Frontier) is de ideale verhouding tussen rendement en risico (Geltner en Miller, 2001). Het komt tot stand door verschillende beleggingen met elkaar te combineren. Door gebruik te maken van de CAPM formule kan berekend worden waar ongeveer de belegging in het figuur 3.5 is gepositioneerd. De beste belegging benadert zoveel mogelijk de Efficiënt Frontier (met pijl aangegeven in figuur). In de figuur is ook de posities van alleen obligaties, vastgoed en aandelen belegging weergegeven.



Figuur 1.5 Efficient Frontier & Capital Market line (bron: Marquard, 2011).

Uit figuur 3.5 blijkt dat een gevarieerde portefeuille aan beleggingen optimaal is. Tevens geldt dit ook voor de portefeuille van (zorg)vastgoed. Het spreiden van risico loont, hierdoor wordt het gehele risico van de portefeuille lager en de rendementen optimaler.

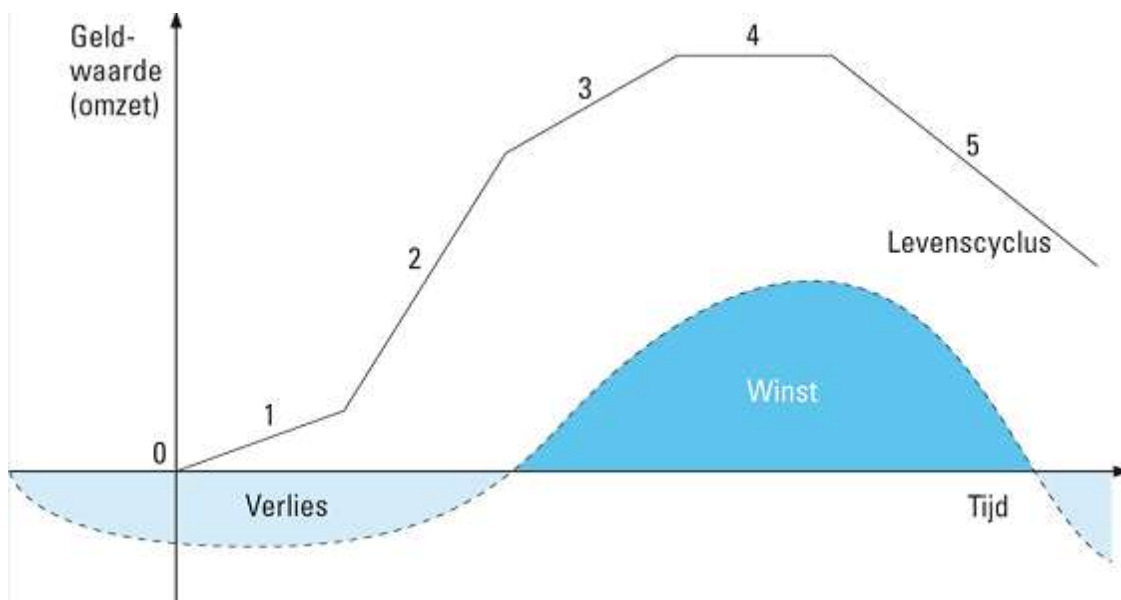
### 3.4 Locatiekeuze en levensduur

Bij de ontwikkeling van nieuw vastgoed is de locatie keuze belangrijk, waarbij specifieke functie en gebouwenkenmerken in een latere fase aangepast kunnen worden kan dit bij de locatie niet. Daarom is het belangrijk om vooraf bij het ontwikkelen van vastgoed een weloverwogen locatie keuze te maken. Die rekening houdt met de eisen van nu, en die van in de toekomst. Daarom zal nieuwe ontwikkelingen de voorkeur hebben in grotere regionale kernen met "pull" factoren (Atzema e.a., 2002). Pull factoren zijn trekkende kenmerken van een regio of locatie. Factoren waar mensen op afkomen. Bijvoorbeeld winkel voorzieningen, scholen, gezondheidszorg, culturele activiteiten, werkgelegenheid, etc. Vaak zijn het grotere plaatsen die omliggende kleinere kernen deze voorzieningen bieden. Dit komt overeen met de centrale plaatsen theorie van Christaller. Walter Christaller heeft in 1933 een theorie ontwikkeld die de relatie onderbouwt tussen de marktfunctie van plaatsen en het ruimtelijke patroon van nederzettingen. Deze op de consument gerichte locatie keuze, komt voort uit

onderzoek waar geconsumeerd wordt. De drempelwaarde is het minimale vraagniveau die aanwezig moet zijn om een dienst of artikel rendabel te kunnen aanbieden. Het gevolg voor de vastgoedontwikkeling is, dat nieuwe ontwikkelingen veelal in grotere kernen zal plaatsvinden. Toekomstig groeipotentieel is belangrijk, want voor nieuwe ontwikkelingen moet niet alleen gekeken worden naar de omvang van afnemers in de eigen standplaats, maar ook het omliggende verzorgingsgebied (Atsema e.a. 2002).

De Levensduur van vastgoed is divers. Voor generiek vastgoed is een lange termijn heel gebruikelijk. Voor specifiek vastgoed is het (erg) kort. Voor woningen zijn termijnen van 100 jaar geen uitzondering. Terwijl van exploitatie gebonden vastgoed vele kortere termijnen gebruikelijk zijn, 10/20/30 jaar. Daarom kan exploitatie gebonden vastgoed ook als productie middel gezien worden en kent ook een afschrijvingsperiode. Hoe korter de periode, hoe hoger de afschrijving is. Hierdoor zijn de huisvestingskosten voor exploitatie gebonden vastgoed hoger dan voor courant vastgoed, bijvoorbeeld woningen. In figuur 3.6 is de levensduur van een product weergegeven. De productlevenscyclus benadering is ontwikkeld door de Amerikaan Raymond Vernon in 1966. Vernon heeft de theorie voor producten met een bepaalde levenscyclus omschreven. Afgezet tegen de investeringen en winst in de periode van tijd (Atsema e.a. 2002). De fasen van levensduur zijn verdeeld in 5 etappes:

- 1 Innovatie/introductie, het product wordt op de markt gebracht en heeft nog weinig bekendheid. Er is een lage afzet en weinig groei;
- 2 Groei, de bekendheid van het product neemt toe, verdere ontwikkeling, groeit de afzet snel;
- 3 Rijping, het product is uitontwikkeld, de snelle groei is verdwenen;
- 4 Verzadiging, de markt is verzadigd en er is geen groei meer;
- 5 Verval, de afzet neemt af omdat de markt nieuwe ontwikkelingen zijn.



Figuur 3.6 Productlevenscyclus van Vernon (bron: Kdesign, 2013)

Uiteindelijk zal een product van de markt verdwijnen, omdat de kosten hoger zijn dan de opbrengsten. Dit kan vergeleken worden met exploitatie gebonden vastgoed. Het vastgoed

wordt ontwikkeld met een specifiek doel, indien de kenmerken van het doel veranderen, voldoet het vastgoed niet meer. En zal het uiteindelijk in verval raken.

### **3.5 Conclusie**

Vastgoedontwikkeling en exploitatie is nog niet zo eenvoudig. Veel factoren hebben invloed op de ontwikkeling en exploitatie kosten. In dit hoofdstuk is een kort overzicht weergegeven van factoren die invloed hebben. Het begint met de keuze huren of kopen van vastgoed. Dit is gebaseerd op toekomst visie, strategie en doelstellingen. Bij het kopen zijn meerdere financieringsmethoden. Welke zijn eigen voor- en nadelen heeft. Bij nieuwe vastgoed ontwikkelingen kan op verschillende manieren worden samengewerkt. Van bouwteam overeenkomst met verschillende partijen waarbij de opdrachtgever een grote mate van invloed heeft. Tot en met DBFM(O) contract, waarbij de opdrachtgever vooraf zijn wensenpakket kenbaar maakt. Vervolgens de opdrachtnemer het geheel uitwerkt en het object verhuurd aan de opdrachtgever met een langjarig huurcontract. Tijdens de exploitatie periode van vastgoed zijn er meerdere rekenmethoden die gehanteerd kunnen worden om de koop of huurwaarde te bepalen. De methoden verschillen met de benodigde informatie om een reëel taxatie te doen. Hoe meer informatie bekend is over investeringen, huurstromen, exploitatie kosten, lengte van contract, eindwaarde, hoe nauwkeuriger een taxatie mogelijk is. Tijdens de ontwikkel en exploitatie fase zijn er ook risico's. Risico's worden kort benoemd en uitgewerkt. Er is een groot verschil tussen generiek en specifiek risico. Specifiek risico kan vaak worden geëlimineerd, door het onderdeel te maken van een groter geheel. Generiek risico is moeilijker te elimineren, en moet vaak rekening mee worden gehouden in de exploitatie opzet. Specifiek risico is veelal object gebonden, bijvoorbeeld leegstand van een gebouw. Generiek risico is markt gebonden, voorbeelden zijn economische en politieke ontwikkeling. Voor vastgoed ontwikkelingen spelen de lengte van exploitatie een grote rol in de investeringsbeslissing. Wanneer het vastgoed is gevestigd op een locatie die ook in de toekomst aan de vraag voldoet, kan het object een lange tijd worden gebruikt. Hierdoor is er een lange afschrijf termijn en zijn de jaarlijkse kosten lager.

## **4 Empirisch onderzoek; vastgoedontwikkeling in de zorg**

Om inzicht te krijgen hoe de beleidsregel, scheiden van wonen en zorg, zich in de praktijk geïntroduceerd wordt zijn er in dit onderzoek interviews gedaan met experts uit het werkveld. In dit hoofdstuk worden eerst de bedrijven en instellingen voorgesteld en vervolgens zijn de bevindingen uit de interviews uitgewerkt.

### **4.1 Kwalitatief of kwantitatief onderzoek**

Dit onderzoek kan als verkennend worden getypeerd, omdat er onderzoek gedaan wordt naar een nieuwe materie. Per 1 januari 2013 zijn er nieuwe beleidsregels omtrent wonen en zorg in werking getreden (hoofdstuk 2). Alle partijen zijn nog niet volledig op de hoogte hoe dit gaat ontwikkelen in de praktijk. Dit verkennend onderzoek heeft ten doel een methode te vinden waarbij zowel zorginstellingen en beleggers gehoord worden. Aangezien het thema van dit onderzoek nog in de ontwikkelfase is, kan niet eenduidig met ja/nee, numerieke of soortgelijke antwoordcombinaties beantwoord worden (Baarda en De Goede, 2001).

#### **Gekozen methode**

In dit onderzoek is gekozen voor de methode interview, omdat er gericht gediscussieerd kan worden over onderwerpen die in het interview worden aangesneden, die niet of onvoldoende bekend zijn bij de interviewer. Hierdoor kan de interviewer eenvoudig naast de bestaande informatie die al aanwezig is, nieuwe informatie tot zich nemen. Om dit vervolgens te verwerken in het onderzoek (Baarda e.a. 2007). In een interview is er ook de mogelijkheid tot doorvragen op de onderwerpen, indien de geïnterviewde niet duidelijk is in zijn antwoord formulering of om extra informatie te vergaren. Functionarissen met een hoge functie in bedrijven of organisaties zijn vaak niet bereid om zelf een enquête te beantwoorden met gestandaardiseerde vragen, maar willen een persoonlijke benadering en een actieve communicatie over en weer met de interviewer (Baarda e.a. 2007. Rug, 2013).

### **4.2 Geselecteerde bedrijven/instellingen**

De experts die gekozen zijn om te interviewen over dit onderwerp, zijn benadert vanwege de functie die zij bekleden binnen een organisatie, of omdat de persoon artikelen heeft gepubliceerd over dit onderwerp. De experts werken bij de volgende bedrijven/instellingen, in bijlage A is meer informatie over de betrokkenen:

- Zorginstellingen
  - o Lentis (GGZ en V&V)
  - o Zorggroep Drenthe (V&V)
  - o GGZ Drenthe (GGZ)
  - o Zonnehuisgroep Noord (V&V)
  - o Promens Care (RIBW)
  - o Interzorg (V&V)
  - o 's Heeren Loo (GHZ)

- Adviseurs
  - o Twijnstra Gudde (bedrijfsadviseur)
  - o Aedes-actiz (belangenorganisatie zorg gerelateerd wonen)
  - o Vitaal ZorgVast (zorghuisvesting ontwikkelaar)
  - o ZorgID (zorghuisvesting ontwikkelaar)
  
- Beleggers/ontwikkelaars
  - o Syntrus Achmea (institutionele belegger in zorgvastgoed)
  - o Annexum (belegger fondsen aanbieder zorgvastgoed)
  - o Woonzorg Nederland (eigenaar woon/zorgvastgoed)
  - o Woudhuis Vastgoed
  - o Leyten

#### Zorginstellingen.

De keuze voor deze zorginstellingen is omdat zij wonen en zorg leveren in zorgpakketen 1 tot en met 10 (voor reguliere zorg). Daarnaast bieden de instellingen ook andere diensten aan bijvoorbeeld maaltijd verzorging, thuiszorg, etc. De zorginstellingen onderling verschillen ook in kenmerken.

#### Zorginstelling;

Lentis is een overkoepelende organisatie van meerdere zorgdisciplines. Lentis is geselecteerd voor dit onderzoek omdat de instelling onder andere actief zijn in de verpleging en verzorging (V&V) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het vastgoed van deze onderdelen bevinden zich in de steden Groningen en Assen en de tussenliggende regio. In de steden zijn meerdere zorginstellingen actief. In de grotere kernen in de regio waar Lentis actief is, zijn er minder tot geen andere zorginstellingen actief (Lentis, 2013).

Zorggroep Drenthe is actief in de V&V in de stad Assen en de regio eromheen. De organisatie levert zorg vanaf het begin tot het einde. Het begint met het aanbieden van thuiszorg en maaltijd service tot en met de zorg in de laatste levensfase (Zorggroep Drenthe, 2013).

GGZ Drenthe richt zich op de GGZ zorg in de provincie Drenthe. Zowel in de steden als in de regio is de organisatie actief. Naast intramurale zorg bestaat een groot gedeelte van de zorg uit extramurale diensten (GGZ Drenthe, 2013).

Zonnehuisgroep Noord is onderdeel van de landelijke Zonnehuis Groep. De Zonnehuis groep is een landelijk samenwerkingsverband tussen 6 zelfstandige zorginstellingen, die vervolgens weer regionaal actief zijn. Zonnehuisgroep Noord is actief in de V&V in het noordelijke deel van de provincie Groningen. De zorginstelling biedt zorg aan vanaf het begin tot het einde (Zonnehuisgroep Noord, 2013).

Promens Care is een RIBW instelling, RIBW staat voor Regionale Instelling Beschermd wonen. Deze zorginstelling biedt zorg, wonen en begeleiding aan mensen met een verstandelijke of psychische beperking. De instelling is actief in de provincie Drenthe en Oost Groningen (Pormens-care, 2013).

Interzorg is een zorgverlener van V&V zorg. En levert intramurale zorg vanuit 12 locaties in noord en midden Drenthe. Het is zowel vertegenwoordigd in dorpskernen als in de stad Assen. Het levert zorg vanaf het begin bij mensen thuis tot en met intensieve verpleeghuis zorg (Interzorg, 2013).

S'Heeren Loo is in Nederland de grootste zorginstelling voor verstandelijke gehandicapten. Het is in heel Nederland actief. Het biedt zorg aan vanaf enkele uren begeleiding thuis tot en met intensieve 24-uurs opvang in woonlocaties (s'Heeren Loo, 2013).

De V&V zorginstellingen kunnen de gehele zorg breedte leveren van thuiszorg (huishoudelijke hulp en maaltijd verzorging etc.) tot en met palliatieve zorg. Zorg in de laatste levensfase, in een situatie waarbij genezing niet (meer) mogelijk is. De Regionale Instelling Beschermd woonvormen (RIBW) biedt woonruimte en zorg/begeleiding aan cliënten die niet zelfstandig kunnen wonen. Deze cliënten hebben zorg of begeleiding nodig omdat ze verstandelijke of psychisch beperkt zijn en daardoor een zorgzwaartepakket indicatie hebben (Promens Care, 2013). RIBW woonvormen zijn vaak de opstap voor cliënten om (weer) geheel zelfstandig te gaan wonen in de maatschappij.

#### Adviseurs

De adviserende bedrijven zijn allen betrokken bij de beleidswijziging scheiden van wonen en zorg. Ze zijn gespecialiseerd in het onderwerp omdat zij onderzoek doen naar de gevolgen voor zorgorganisaties en het bedrijfsleven, daarnaast adviseren zij over de in werking treden en de uitvoering van het nieuwe beleid. Twijnstra Gudde is een adviesbureau dat zich richt op een brede markt bedrijven zowel publiek als privaat en een breed scala aan diensten aanbiedt. Het kan bedrijven ondersteunen op zowel het primaire als secundaire bedrijfsproces (Twijnstra gudde, 2013).

Aedes-Actiz is een samenwerkingsverband van Aedes, vereniging van woningcorporaties. En Actiz, de belangenorganisatie van zorgondernemers in Nederland. Samen hebben de twee organisaties het Kennis Centrum Wonen en Zorg (KCWZ) opgericht. Dit is het informatiepunt voor zorginstellingen voor vragen gerelateerd aan wonen en zorg. Het KCWZ adviseert zorginstellingen over huisvestingsvraagstukken. Voor woningcorporaties is dit het aanspreekpunt voor vragen over huisvesting die gerelateerd is aan zorg (KCWZ, 2013).

Vitaal ZorgVast is een projectontwikkelaar in zorgvastgoed. Het bedrijf ontwikkelt in opdracht van zorginstellingen nieuw vastgoed met een zorgfunctie. Het bedrijf richt zich op de gehele zorg markt zoals ziekenhuizen, verpleging en verzorging, zorgboulevards, geestelijke gezondheidszorg, etc. (Vitaal ZorgVast, 2012). Onlangs heeft Vitaal ZorgVast in samenwerking met het Zaans Medisch Centrum een plan ontwikkeld voor de nieuwbouw van het ziekenhuis in Zaandam. Dit plan is ontwikkeld volgens het DMBO (Design, Build, Maintain & Operate) contract. Dit contract houdt in dat naast het ontwikkel en bouw fase, ook het ziekenhuis voor 25 jaar gaat beheren, onderhouden, schoonmaken en van energie voorzien (Zorgvisie, 2012).

ZorgID is een concept ontwikkelaar voor zorg gerelateerd vastgoed. Met als specialisatie gezondheidscentra, huisvesting en zorg en omgekeerde integratie. Doordat het bedrijf een onderdeel is van een landelijk concern met meerdere vastgoed ontwikkelbedrijven, gebruikt het de ervaring en expertise die ook in andere sectoren zijn verworven (ZorgID, 2013).



## Beleggers/ontwikkelaars

Syntrus Achmea is met een beleggingsportefeuille van € 14 miljard één van de grootste vastgoed beleggers van Nederland. Het ontwikkelt en belegt in woningbouw, stedelijke gebiedsontwikkeling, commercieel en maatschappelijk vastgoed (Syntrus Achmea, 2013). Het bedrijf heeft in het jaar 2010 een zelfstandig zorgvastgoedfonds opgericht. Momenteel heeft het fonds € 100 miljoen aan belegd vermogen in zorgvastgoed. Het betreffen projecten als eerstelijnszorgcentrums, woon/zorgcomplexen en groepswoningen. Het bedrijf heeft als streven het fonds te laten groeien naar een belegd vermogen van €500 miljoen in 2015. Hierdoor is het fonds continu op zoek naar interessante zorgvastgoed projecten (Zorgvisie, 2012. Propety NL, 2012e).

Annexum is een aanbieder van beleggingsfondsen. Het bedrijf belegt in winkels-, kantoren-, hotel- en zorgvastgoed. Annexum heeft een zelfstandige portefeuille met alleen maar zorgvastgoed, deze is opgeknipt in verschillende deel participaties. De participaties worden aangeboden aan de consument als een solide belegging (Annexum, 2013).

Woonzorg Nederland is een landelijk werkende woningcorporatie. Het verhuurt 350 wooncomplexen met in totaal 27.000 woningen en 175 zorgcentra. De doelgroep waar de corporatie op richt zijn veelal ouderen waar mogelijk in combinatie met zorg. De zorg wordt geleverd door een lokale zorginstelling. Woonzorg Nederland faciliteert de huisvesting voor zorginstellingen. Naast gehele zorgcomplexen, verhuurt het bedrijf ook aanleun- en senioren woningen rechtstreeks aan de consument (Woonzorg Nederland, 2013).

Woudhuis Vastgoed is een ontwikkelaar en belegger van vastgoed met een zorgfunctie. Het verhuurt woongebouwen aan de zorginstelling, maar ook zorg woningen rechtstreeks aan de consument. De zorg wordt dan geleverd in de vorm van thuiszorg door een aanliggende zorginstelling (Woudhuis Vastgoed, 2013).

Leyten is een projectontwikkelaar van centrum plannen. De kerntaak is het ontwikkelen van woningen eventueel met winkels. Wonen met zorg is een onderdeel van nieuwe ontwikkelingen. Het bedrijf speelt in op de lokale markt vraag (Leyten, 2013).

### 4.3 Bevindingen interviews

De bevindingen van de interviews worden per onderwerp uitgewerkt. Omdat de onderwerpen zijn voorgelegd aan zowel zorginstellingen, adviseurs, ontwikkelaars en beleggers, zijn de onderwerpen vanuit meerdere inzichten bekeken. De onderwerpen zijn beleid, capaciteit, financiering en vastgoed (vragen overzicht interview zie bijlage B en C).

#### 4.3.1 Zorginstellingen

Het onderzoek is gericht op manieren van beleggen in woonconcepten voor mensen met een lichte zorgvraag. Het idee is ontstaan uit de beleidsregel vanuit de overheid “scheiden van wonen en zorg”. Waarbij bewoners in zorginstellingen gaan betalen voor de kwaliteit van wonen.

#### Beleid

*Vraag; denkt u organisatie dat het “scheiden van wonen en zorg” positieve ontwikkeling is voor (nieuwe) bewoners?*

De zorginstellingen zijn van mening dat het een kwaliteitsverbetering is. Er zal meer voldaan worden aan de wens van de bewoners. Momenteel hebben de bewoners (bijna) geen keus in wat voor kwaliteit woning ze komen. Terwijl bewoners voordien veel eigen keus hebben waar ze gingen wonen. De keuze is aan de bewoners, een grote woning met hogere woonlasten of een kleinere woning met lagere woonlasten.

*Vraag; gaat uw organisatie beleid en strategie op de nieuwe ontwikkelingen aanpassen?*

Alle zorginstellingen geven aan dat er een nieuw beleid en strategie ontwikkelt moet worden. De wijze waarop dit wordt gedaan verschilt per instelling. Een veel gehoorde optie is om bestaande verzorgingstehuis kamers te huur aan te bieden aan (nieuwe) bewoners, of bestaande bewoners op den duur te laten verhuizen naar andere zorg locaties. Om vervolgens het (verouderde) zorgcomplex te sluiten. Waarmee op den duur de capaciteit voor de ZZP 1 t/m 4 verdwijnt. Een andere optie voor de toekomst is het huidige vastgoed wat niet meer voldoet, te vervangen voor zelfstandige appartementen. De appartementen worden zo ingericht dat ze bewoond kunnen worden door bewoners vanaf een vroeg stadium waarin ze zorg nodig zijn, tot met zware mate van zorg (ZZP 5 en hoger).

*Vraag; gaat uw organisatie zelfstandig woonruimte verhuren?*

Op deze vraag hebben de zorginstellingen geen eenduidig antwoord. De keuze is voor de instellingen om het zelfstandig het overbodige verzorgingstehuis capaciteit te verhuren aan (nieuwe) bewoners. Of het over te laten aan andere partijen die verhuur van woonruimte als hoofdtaak hebben, bijvoorbeeld de woningcorporatie. De meningen van zorginstellingen zijn verdeeld. Een aantal wil het zelfstandig doen om een grote invloed te houden op welke categorie bewoners er komen te wonen. Door de invloed kan er geselecteerd worden op de zorgvraag van de nieuwe bewoners. Ook kan op deze manier verplicht worden om zorg af te nemen van de zorginstelling waar ze van huren. Op deze wijze willen de zorginstellingen voorkomen dat nieuwe bewoners in de eigendom wonen van de zorginstelling en vervolgens zorg afnemen van een andere (concurrerende) zorginstelling.

Andere zorginstellingen willen de verhuur van de woonruimte in combinatie met een woningcorporatie aanbieden aan de bewoner. De woningcorporatie richt zich op de huisvesting aspecten, en de zorginstelling hoeft zich alleen te richten op het zorg verlenen aan de bewoner. Op deze manier wil de zorginstelling voorkomen dat ze een dubbele functie krijgen, die van huisvesten (woningcorporatie) en zorgverlener.

*Vraag; wat zijn de plannen met verouderd vastgoed?*

Het antwoord is erg divers. Een aantal zorginstellingen willen het huidige bezit waarin de lichtere zorg vragers zijn gehuisvest op gebruiken tot dat het helemaal niet meer bruikbaar is. Om het vervolgens te slopen en de capaciteit naar ander (concurrerende) instellingen overbrengen om uiteindelijk geen zorg in de lichtere categorie meer te verlenen. Er zijn ook instellingen die afgelopen jaren rekening hebben gehouden met de huidige ontwikkelingen, die het bestaande vastgoed hebben vervangen door hoogwaardige moderne huisvesting. Het verouderde vastgoed hebben ze laten slopen om plaats te maken voor de nieuwe ontwikkelingen op dezelfde locatie. Een aantal instellingen gaat het aantal woningen voor de lichtere zorg categorie op den duur geheel afbouwen, dit zal een afname zijn van 30% in de gehele portefeuille vastgoed.

*Vraag; in hoeverre is leegstand het gevolg in uw instelling?*

Dat is regionaal verschillend, aantal zorginstellingen werken met een wachtlijst en een aantal hebben nu al leegstand stand binnen de instelling. Zorginstellingen die regionaal vertegenwoordigd zijn, verwachten geen leegstand. Zij zijn de enige zorg instelling in de woonplaats of regio waardoor nieuwe bewoners blijven komen. Leegstand ten gevolge van een krimpende bevolking is een factor die wel regionaal speelt. Een zorginstelling in een krimpregio houdt hiermee rekening voor de toekomstige planning. Het voorziet dat er over enkele jaren veel minder capaciteit nodig is, en heeft daarom het vastgoed tussentijds geüpgraded om de levensduur te verlengen. Hierdoor hoeft er niet nieuw gebouwd te worden, maar kan er nog wel voldaan worden in de vraag naar capaciteit. Bij zorginstellingen die actief zijn in steden ligt het anders. Daar is meer concurrentie. De bewoners kunnen kiezen uit meerdere zorgaanbieders. Indien er meer aanbod is dan vraag naar intramurale plaatsen, gaan de (nieuwe) bewoners kiezen voor de optimale prijs/kwaliteit verhouding. Hierbij zal de zorginstelling die geen goede verhouding prijs/kwaliteit aanbiedt, als eerste de leegstand van instellingen gaan merken.

*Vraag; wat vindt uw organisatie van de wijze van invoering van nieuw beleid?*

Veelal zijn de reacties van de zorginstellingen “we zagen aankomen dat er hervormd zou gaan worden”. Dat het huidige beleid niet geschikt is voor de toekomst, is duidelijk. De kosten die gaan ontstaan in de toekomst, met de huidige wijze zorg verlenen, zal enorm worden. Maar de wijze waarop het nu georganiseerd gaat worden heeft grote gevolgen voor zowel de (nieuwe) bewoners als voor de zorginstellingen. Het voornemen van de regering is dat mensen zolang mogelijk thuis blijven wonen, en voor de eerste hulp een beroep doen op mantelzorgers. Dit is echter niet altijd mogelijk. Niet in alle situaties zijn mantelzorgers aanwezig. Daarbij speelt ook mee dat de woningen ook niet altijd geschikt zijn voor langdurig zorg te verlenen.

### **Capaciteit**

Om aan de capaciteitsvraag van de toekomst te voldoen, is het van belang om met een vooruitziende strategie te ontwikkelen. Voor nieuwe ontwikkelingen is het dus belangrijk welke zorg noodzakelijk is in de regio waar de zorginstelling actief is.

*Vraag; heeft uw organisatie een onderbouwing over de ontwikkeling van de zorgvraag in de toekomst?*

Constant wordt onderzoek gedaan naar de bevolkingskenmerken. Er wordt gekeken naar de huidige capaciteit en hoe de wachtlijsten zich ontwikkelen. In tijden van nieuwbouw/verbouw plannen van zorginstellingen, wordt er extra gekeken wat de plannen voor de toekomst zijn. Voor nieuwe ontwikkelingen wordt op basis van CBS bevolkingscijfers gekeken naar welke categorie zorg behoefte is, of wordt verwacht. Ook wordt er gekeken naar wat de andere zorginstellingen van plan zijn in de regio. Dit verschilt vaak met het huidige aanbod van de woon/zorg capaciteit. Bij bouw en verbouwingen wordt er rekening gehouden met de nieuwe ontwikkelingen in de komende tien jaar. Voorbeelden kunnen zijn, er zal meer allround gebouwd worden, er wordt huisvesting gerealiseerd die zowel geschikt is voor de hogere en lagere ZZP klassen. Hierdoor ontstaat er flexibiliteit in het totale aanbod zodat nu en in de toekomst kan worden voldaan aan de zorgvragen.

*Vraag; op welke type van zorgvragers verwacht u organisatie te gaan groeien/krimpen in de toekomst?*

De verwachting van zorginstellingen en adviseurs is dat intramurale zorg zich voornamelijk gaat richten op de hogere ZZP klassen (5 en hoger). En minder te gaan richten op (nieuwe) bewoners voor de lagere ZZP klassen (1 t/m4). Aangezien het nieuwe regeringsbeleid mensen langer thuis wil laten wonen (Regeerakkoord, 2012). Daarnaast zal de thuiszorg tak worden uitgebreid. Waar nu 80% van de inkomsten uit de intramurale zorg wordt verkregen, zal in de toekomst circa 60% van de inkomsten bestaan uit intramurale zorg. De overige inkomsten zullen worden verkregen uit de extramurale zorg, bijvoorbeeld de thuiszorg afdeling en het aanbieden van andere zorgdiensten.

## Financiering

De wijze waarop (nieuw) vastgoed gefinancierd wordt speelt een belangrijke rol in de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Door gewijzigde regelgeving in het verleden is een actieve financiële benadering van vastgoed meer dan noodzakelijk.

*Vraag; wat heeft de voorkeur van de instelling, kopen of huren?*

De voorkeur tot op heden is kopen, het volledig in eigendom hebben van het vastgoed. Indien er een huur locatie in de portefeuille aanwezig is, komt dit voort uit een overname van een zorginstelling met (huur) locaties. Huurlocaties komen ook voort uit historische samenwerking met woningcorporaties. In het algemeen is er geen ambitie om opnieuw langjarige contracten aan te gaan met woningcorporaties voor nieuwe zorgcomplexen. De reden hiervoor is dat zorginstellingen moeilijk toekomst strategie kunnen bepalen. Dit komt door de snel veranderende politieke regelgeving. Daarnaast willen de woningcorporaties zich minder richten op specifiek vastgoed.

*Vraag; op welke wijze gaat uw organisatie nieuwe vastgoed projecten financieren?*

Voor huidige en toekomstige ontwikkelingen ligt de voorkeur voor financiering, zover dit mogelijk is, bij een combinatie van eigen vermogen en vreemd vermogen. Zorginstellingen die op dit moment grote investeringen doen, doen dit met minimaal 20% eigen vermogen. Dit percentage loopt onder de zorginstellingen erg uiteen. Het verschilt tussen de 20% en 80% ten opzichte van de gehele vastgoed portefeuille. 20% is voor banken het minimaal percentage eigen vermogen die zorginstellingen zelf moeten inbrengen. Het vreemde vermogen bestaat veelal in de vorm van een hypothecaire lening of het verhogen van de algemene bedrijfsfinanciering.

*Vraag; is het huren van zorgcomplex voor uw organisatie een optie?*

Het huren kent zijn voor- en nadelen. In principe is huren een goed alternatief in plaats van eigendom van vastgoed. De toekomst moet duidelijk zijn, wil een zorginstelling een langjarige huurovereenkomst sluiten. Waarbij het vroeger normaal was om huurperiodes van 30 jaar af te sluiten, is dat tegenwoordig niet meer aan de orde. Zorginstellingen die zulke contracten hebben afgesloten ondervinden nu hier problemen van, het vastgoed van deze zorgcomplexen voldoet niet meer aan de huidige eisen.

*Vraag; schrijft uw organisatie af op vastgoed en komt dit overeen met de werkelijkheid?*

Het afschrijven op vastgoed is verplicht omdat het boekhoudkundige eisen zijn. Alleen over de invulling hiervan verschilt. Voorbeelden van de uitwerkingen zijn dat het gebouw wordt afgeschreven op twee perioden. Één periode voor het casco dat in 60 jaar wordt afgeschreven, en een tweede periode van 20 jaar voor het inbouwpakket. De ontwikkelstrategie van deze zorginstelling is dat na 20 jaar er een nieuw inbouw pakket kan worden gerealiseerd voor een nieuwe doelgroep zorgvragers. Doorgaans schrijven zorginstellingen lineair af in 30 jaar. Wat ook volgens de richtlijnen is. Het vastgoed wordt doorgaans 40 jaar geëxploiteerd.

Daarnaast is door instellingen veelvuldig gebruik gemaakt van de mogelijkheid van versneld afschrijven die aangeboden is door de NZA. Door het versneld afschrijven is boekwaarde aangepast aan de bedrijfswaarde van het vastgoed.

## **Vastgoed**

Zorgcomplexen hebben specifieke kenmerken. Het vastgoed kenmerkt zich dat het eigenschappen heeft van wonen, maar ook verzorging en verpleging mogelijk is.

*Vraag; heeft het vastgoed ook een alternatieve aanwendbaarheid?*

Zorgcomplexen van 10 jaar en ouder hebben doorgaans geen alternatieve aanwendbaarheid. Bij jongere zorgcomplexen is tijdens de ontwikkeling meer rekening gehouden met een alternatief voor het gebouw. De nieuwe functies voor gebouwen kunnen divers zijn. Bijvoorbeeld dat het ook geschikt is voor een andere zorg doelgroep. Of dat juist de zorgfunctie komt te vervallen en het gebouw wordt geschikt gemaakt voor een woonfunctie. Eventueel door het samenvoegen van 2 appartementen tot 1 royaal appartement.

*Vraag; in hoeverre zijn moderne contractvormen mogelijk in de zorg (bouwteam, turn-key, PPS, DBFM(O))*

In de toekomst zal dit meer voor gaan komen. Een moderne contractvorm waarbij een gespecialiseerde partij niet alleen de ontwikkeling en bouw op zich neemt, maar ook het onderhouden en de financiering. Het nadeel van deze nieuwe contractvormen is dat de opdrachtgever, de zorginstelling, vooraf een duidelijk van programma van eisen moet hebben. De eisen waar het gebouw en alle overige zaken aan moet voldoen, moet aan het begin van het traject helemaal duidelijk zijn bij beide partijen. Deze kennis ontbreekt vaak (nog) bij zorginstellingen.

Daarnaast hebben zorginstellingen een voorkeur voor bouwteam ontwikkeling. De reden hiervoor is dat zorginstellingen tijdens de realisatie fase grote invloed hebben op de gebouwen. Hierdoor zal de kwaliteit van het eindresultaat hoger zijn.

Zorginstellingen die het aandurven om op basis van een traditionele wijze een project te realiseren, ontvangen veelal de beste prijs/kwaliteit verhouding.

*Vraag; heeft uw organisatie voldoende kennis en ervaring om zelfstandig nieuwe projecten te (laten) organiseren?*

Binnen zorginstellingen is dit verschillend. Een aantal zorginstellingen heeft hiervoor een zelfstandige afdeling met actief vastgoed beheer. Bij zorginstellingen waar vastgoedbeheer in mindere mate ontwikkeld is, is het onderdeel van de afdeling facilitair. Bij complexe vraagstukken worden dan externe adviseurs aangetrokken om de organisatie te adviseren. Zorginstellingen die een zelfstandige afdeling vastgoed hebben, voeren een actief beleid. De organisaties hebben een duidelijk strategisch vastgoedplan. Hierin is aangegeven wat de huidige gebruiksduur is van alle locaties en welk vastgoed als eerst vernieuwd, verbeterd of vervangen gaat worden.

*Vraag; hoe denkt uw organisatie op het gehele gebouw exploitatie te kunnen besparen (van initiatief t/m sloop)?*

Binnen zorginstellingen wordt naar dit onderwerp steeds meer naar gekeken. De vraag die heerst bij zorginstellingen is, op welke wijze kan onze organisatie op de totale huisvestingskosten besparen. Vooraf wordt niet alleen gekeken naar de ontwikkelkosten, maar ook naar schoonmaak, onderhoud en energiekosten. Voorbeelden zijn, voor de bouw van een project al nadenken over het onderhoud. Voor de bouw het al afsluiten van onderhoudscontracten. Een gebouw ontwikkelen dat minimaal 30 jaar aan de eisen en wensen voldoet, zonder tussentijdse renovatie. Standaard materialen en afwerking voorschrijven en die in de gehele vastgoed portefeuille doorvoeren. Voorkomen van faalkosten door onnodige ontwikkelingen in gang zetten. Door het eerder stopzetten van ontwikkelingen die niet haalbaar zijn.

#### **4.3.2 Bevindingen interview adviseurs, ontwikkelaars en beleggers**

In de interviews gehouden met adviseurs, ontwikkelaars en beleggers is het woon/zorgvastgoed benaderd vanuit een andere optiek. De optiek van nieuwe ontwikkel- en beleggingskansen. In de interviews wordt ingegaan op de eisen waar (zorg) vastgoed aan moet voldoen wil het aantrekkelijk zijn om het te ontwikkelen en in te beleggen.

#### **Beleid en capaciteit**

*Vraag; is uw organisatie van plan om in zorgvastgoed te gaan beleggen?*

De zorgvastgoed is een groeimarkt. Daarom wordt het nauwlettend gevolgd door beleggers en ontwikkelaars. Beleggers willen wel in zorgvastgoed beleggen, maar is afhankelijk van regio, rendement en risico. Het is nog niet duidelijk bij beleggers in welke categorie zorgvastgoed de belangstelling het grootst is.

*Vraag; welke zorgvastgoedmarkt zal in de komen de jaren groeien?*

De marktverkenningafdelingen van de bedrijven zien inderdaad de zorgvastgoedmarkt zal moeten groeien. Door de demografische ontwikkelingen zal de vraag naar zorg toenemen. Het is een logisch gevolg dat wonen waarbij zorgondersteuning mogelijk is, zal toenemen. Ook het vastgoed met overige gezondheidszorg functie zal zich verder ontwikkelen. Dit biedt kansen voor beleggers. Deze ontwikkelingen wordt ook met hoge interesse gevolgd.

*Vraag; zal het scheiden van wonen en zorg positief werken op de woningmarkt ontwikkelingen voor de categorie wonen met zorg?*

Voor bewoners die in het verleden met een lichte zorgvraag intramuraal konden gaan wonen, zal dit niet meer mogelijk zijn door de huidige politieke ontwikkelingen. De vraag naar wonen met zorg zal niet afnemen, eerder toenemen. Hier zal een extra vraag ontstaan. Dit maakt het dat er een vraag en aanbod markt zal ontstaan, waarbij de vraag toeneemt en het aanbod hierop moet anticiperen. Dit biedt kansen voor ontwikkelaars en beleggers. De verwachting is ook als de kwaliteit van wonen toeneemt, indien de mensen hiervoor extra willen betalen. Dit is niet mogelijk bij de huidige wijze van wonen in een intramuraal wooncomplex. Waarbij mensen niet kunnen kiezen voor extra woonkwaliteit voor een meerprijs.

*Vraag; is het voor zorginstellingen interessant om het vastgoed van een belegger te huren?*

Ieder bedrijf heeft zijn “core business” waar het goed in is. Voor zorginstellingen is het zorg verlenen. Vastgoed exploitatie is een heel specifieke branche met veel risico's. Zorginstellingen kunnen het wel zelf doen, maar moeten dan hier wel actief mee bezig zijn en een duidelijke strategie uitzetten. Door de risico's kan defensief beleid (veel) geld gaan kosten, vooral in de toekomst. Door het huren van vastgoed kunnen veel risico worden verlegd naar de verhuurder. Ook de financiering van nieuw vastgoed is voor bepaalde zorginstellingen moeilijk realiseerbaar. Voor nieuwe vastgoedontwikkelingen moeten zorginstellingen een groot bedrag aan eigen vermogen aanwenden, wat niet altijd mogelijk is. Door deze ontwikkelingen wordt het voor zorginstellingen interessant om vastgoed te gaan huren. In het verleden waren woningcorporatie een vanzelf sprekende partner, maar dit is niet meer het geval. Voor woningcorporaties is het momenteel ook niet eenvoudig om nieuwe projecten te financieren. Door deze ontwikkelingen wordt het voor zorginstellingen interessanter om zorgcomplexen te huren van (institutionele) beleggers.

*Vraag; wat zal de rol van de woningcorporatie in de toekomst zijn?*

De woningcorporatie zal op sociaal niveau een partner blijven voor een zorginstelling. De woningcorporatie zal zich focussen op de categorie sociale huisvesting. Dit is niet voldoende om in de gehele woningbehoefte te voorzien. Woningcorporaties gaan op termijn zich geheel terug trekken van specifiek (exploitatie gebonden) vastgoed.

*Vraag; in hoeverre spelen demografische ontwikkelingen een rol bij het strategisch vastgoedbeleid?*

Bij nieuwe ontwikkelingen gaan beleggers systematisch te werk. Daarbij spelen meerdere factoren een rol. Demografische ontwikkelingen worden ook hierin bestudeerd. Bijvoorbeeld er wordt niet belegd in vastgoed in krimpgebieden van Nederland. Beleggers willen alleen investeren in groei regio's waar zowel bevolkingsgroei en economische groei is. Daarnaast wordt er gekeken naar de schaal van het object ten aanzien van de locatie waar het staat in Nederland. In grote steden is één groot gebouw of een complex van gebouwen mogelijk. Terwijl dit in kleinere kernen niet wenselijk is.

*Vraag; aan welke eisen moeten huurders van gebouwen voldoen?*

Voor nieuwe ontwikkelingen van vastgoed met en zorgfunctie moeten huurders aan meerdere criteria voldoen. Er moet minimaal een huurcontract van 20 jaar afgesloten kunnen worden. Financieel gezien moet de organisatie kunnen aantonen dat er structureel een solvabiliteit is van boven de 20%. Zowel van de voorgaande jaren als voor de prognose voor de komende jaren. Daarnaast moeten huurders aantonen dat voor de komende jaren demografisch gezien, voldoende vraag naar het (zorg) product is.



## Financiering

*Vraag; op welke wijze wordt het vastgoed gefinancierd?*

De wijze van financieren verschilt per belegger. Fondsbeleggers trekken 60% van het vermogen aan bij banken. De overige 40% wordt in de vorm van participaties uitgegeven aan particulieren en overige beleggers. Andere beleggers financieren beleggingen in vastgoed (bijna) geheel met eigen vermogen of beleggen in vastgoed namens andere partijen.

*Vraag; wat is het geëiste rendement op vastgoedbeleggingen?*

Op vastgoed met een woon/zorg functie is het doel om een rendement van 7% te behalen over de gehele portefeuille. Dit is minimaal wat nodig is. De (financiering) kosten zijn ongeveer 5%. De overige 2% is voor de organisatie en reserveringen voor voorzieningen.

*Vraag; welke manier van taxeren wordt toegepast om het (toekomstig) rendement te berekenen?*

Voor het berekenen van rendement op vastgoed beleggingen worden meerdere methoden gebruikt. Het uiteindelijke besluit om een belegging te doen is gebaseerd op meerdere berekeningen, die allemaal een positief beeld moeten aantonen. De BAR/NAR methode geeft een duidelijk beeld over het aanvangsrendement, maar dit is niet voldoende. Een nieuwe belegging taxeren op basis van NCW methode is veel nauwkeuriger. Een belegging met een positieve NCW resultaat is meer doorslaggevend. Naast het eigen onderzoek van beleggers naar nieuwe beleggingen, laten beleggers ook nieuwe beleggingen controleren door externe partijen. Pas nadat alle factoren een positief beeld laten zien van een nieuwe belegging, gaat een belegger pas over tot de daadwerkelijke aankoop.

*Vraag; schrijft uw organisatie ook af op vastgoed en tot hoever?*

Beleggers schrijven af op het vastgoed. Dit heeft fiscaal gezien voordelen. De lengte van de afschrijftermijn hangt samen met de functie van het gebouw en lengte van het huurcontract. Ook is van belang hoe courant of specifiek het vastgoed is. Wat de alternatieve aanwendbaarheid is na afloop van het contract. Bijvoorbeeld bij 20 jarige huurcontracten wordt er lineair afgeschreven tot 60% van het investeringsbedrag. Hierbij wordt uitgegaan dat het vastgoed na 20 jaar een (verkoop) waarde heeft van 60%. Naast afschrijvingen word er ook een vast percentage van de huur gereserveerd voor groot onderhoud en tussentijdse renovaties. Een eenduidig antwoord is niet te geven op deze vraag, omdat het erg afhankelijk is van het object en kenmerken van de huurder.

*Vraag; op welke wijze wordt het risico geschat bij woon/zorgvastgoed?*

Het bepalen van risico is niet eenvoudig. Er zijn diverse risico factoren, zowel markt als object risico. Woon/zorgvastgoed is in vergelijking met andere sectoren zoals kantoren en winkels anders. Bij kantoorontwikkelingen zijn kortlopende contracten (5+5 jaar) voldoende voor een ontwikkeling. Economisch risico heeft een lagere factor voor zorgvastgoed, omdat het minder conjunctuur gevoelig is. Zorgvastgoed is meer gekoppeld aan demografische factoren. Wel een groot risico factor is politiek beleid. Politieke veranderingen kunnen snel gaan en zijn niet altijd snel implementeerbaar in vastgoedstrategie. Woon/zorgvastgoed heeft als eerste functie wonen. Woonvastgoed kenmerkt zich doordat het veelal waarde vast

is. Dit komt mede doordat het vastgoed courant is. Na het beëindigen van het huur contract kan het eenvoudig gebruikt worden door een nieuwe huurder of koper.

Voor woon/zorgvastgoed kan minimaal gebruik worden gemaakt van bestaande gegevens van onderzoek bureaus, bijvoorbeeld gegevens van ROZ/IPZ. Doordat tot kort geleden gebouwen met een zorgfunctie nog geheel toebehoorden aan de zorgmarkt. Hierdoor zijn er geen statistische cijfers bekend. Cijfers over rendement en risico ontwikkelingen door de jaren heen.

## **Vastgoed**

*Vraag; in hoeverre speelt alternatieve aanwendbaarheid een rol voor vastgoed beleggingen?*

De mate van alternatieve aanwendbaarheid voor vastgoed is divers. In hoeverre dit meeweegt in de beslissing om wel of niet in het specifieke vastgoed te beleggen is afhankelijk van meerdere factoren. Lengte van huurcontract, hoe specifiek is het ontwerp van het gebouw ontwerp, locatie van het gebouw, is het eenvoudig een nieuwe huurder/koper te vinden. Dit zijn allemaal factoren die meewegen in hoeverre een gebouw alternatief aanwendbaar is. Bij de ontwikkeling rekening houden met alternatieve aanwendbaarheid kent ook zijn beperkingen. In het ontwerp kent het zijn beperkingen, het gebouw kan niet altijd even effectief ontworpen worden voor de eerste functie die het krijgt. Tevens moet in het begin van het traject extra geïnvesteerd worden, terwijl het niet duidelijk is als het in de toekomst een meerwaarde oplevert.

*Vraag; in hoeverre zijn moderne contractvormen mogelijk in de zorg (bouwteam, turn-key, PPS, DBFM(O))*

In de basis moeten de vastgoed wereld en de zorg wereld elkaar nog erg leren kennen. Aan het begin van een samenwerking moeten de doelstellingen parallel staan, anders zal het eind resultaat bij beide partijen niet optimaal zijn. Zorginstellingen moeten zich realiseren als ze het (ontwikkel) risico willen minimaliseren door het over te dragen aan ontwikkelaars, dat hier een financiële vergoeding tegenover moet staan. Bij moderne contractvormen moeten zorginstellingen vooraf duidelijk voor ogen hebben wat het eindresultaat moet zijn. Tussentijdse aanpassingen kunnen alleen gerealiseerd worden tegen een meerprijs.

*Vraag; hoe denkt uw organisatie op de gehele gebouwexploitatie te kunnen besparen (van initiatief t/m sloop)?*

Ontwikkelaars en beleggers zijn van mening door een goed en duurzaam gebouw te ontwikkelen, met een lange levensduur. Het gebouw zo te ontwikkelen dat het een langere levensduur heeft, kunnen de kosten op jaarbasis ook omlaag. Een efficiënt gebouw ontwikkelen met optimale logistieke eigenschappen bevorderen lagere (arbeidskosten) kosten voor de zorginstellingen. Door het standaardiseren van woon/zorggebouwen kan op ontwikkelkosten worden bespaard. Hetzelfde gebouw meerdere keren te bouwen kan behoorlijk bespaard worden op de ontwikkelkosten. In een vroeg stadium van ontwikkelen rekening houden met domotica mogelijkheden, kan in de gehele zorgverlening bespaard worden.

*Vraag; hoe denk uw organisatie een meerwaarde van vastgoed te kunnen creëren?*

Ontwikkelen van zorgvastgoed is een specialisme, dit ontbreekt vaak bij de zorginstelling zelf. De reden is dat zorginstellingen te weinig nieuwe zorgvastgoed ontwikkelen. Door gebruik te maken van experts die dit als kerntaak hebben, zal er een beter eindresultaat ontstaan. Vooraf moet er een duidelijke visie zijn over de locatie, (zorg) toekomst en het eindresultaat.

#### **4.4 Conclusie**

Zorginstellingen en vastgoed ontwikkelaars/beleggers zitten nog niet op één lijn wat betreft nieuwe ontwikkelingen in de toekomst. Zorginstellingen hebben de intentie om zelfstandig (het huidige) vastgoed te gaan ontwikkelen. Om vervolgens dit onder de huidige wetgeving te verhuren aan de (nieuwe) bewoners die zorg nodig zijn. Dit komt niet overeen met het de kabinetsplannen (Regeerakkoord, 2012). De overheid wil dat de mensen die zorg nodig zijn zolang mogelijk zelfstandig en thuis blijven wonen en daar de zorg ontvangen. Hierdoor zal een andere rol voor de zorginstellingen ontstaan. Zorgcomplexen die zorg verlenen voor de lichtere zorgklassen gaan te maken krijgen met leegstand. Op den duur zal deze leegstand gevolgd worden door sluiting van zorgcomplexen. De snelheid van deze leegstand ontwikkeling is sterk afhankelijk van de regio in Nederland. Uit de interviews blijkt dat iedere zorginstelling een andere strategie heeft voor de toekomst. Het verschilt van het volledig afstoten van de woon/zorglocaties voor lichtere zorg, tot het zelfstandig ontwikkelen van woningen voor lichtere zorgvragers. Wat overeenkomstig is dat zorginstellingen de diensten pakketen gaan uitbreiden. De thuiszorg dienstverlening zal een belangrijkere rol krijgen binnen de zorgverlening.

Beleggers gaan de mogelijkheden in zorgvastgoed ontdekken. Zorg gerelateerd vastgoed is een groeimarkt door demografische ontwikkelingen. De markt is minder afhankelijk van economische ontwikkelingen. Het afsluiten van langlopende contracten biedt zekerheid. Bij beleggers is het rendement is 7% op het zorgvastgoed. Dit is niet altijd reëel in vergelijking met ander vastgoedbeleggingen. Bijvoorbeeld bij verhuur van kantoren is een rendement van +/- 7% voldoende terwijl hier kortere huurcontracten het uitgangspunt is (IPD, 2012). Beleggers kunnen een goed rendement behalen door een gebouw te ontwikkelen die minimaal 40 jaar (met eventueel tussentijdse renovatie) geschikt is voor wonen. Dat eventueel uitgebreid kan worden met zorg. Door effectief vastgoed te realiseren, behoud het een hoge eindwaarde. Waardoor in de gehele traject lagere afschrijvingskosten zijn. Dit resulteert in een waarde vaste belegging, die kan concurreren met de huidige huisvestingskosten voor zorginstellingen.

Deze lage kosten kunnen voor zorginstellingen een goed alternatief zijn voor de huidige financieringsproblemen bij ontwikkeling van nieuw vastgoed. In het verleden waren de woningcorporaties partners voor zorginstellingen in de huisvesting. Door de huidige politieke ontwikkelingen gaan woningcorporaties een kleinere rol spelen. Woningcorporaties gaan zich meer richten op de kerntaken, het verhuren van woningen voor de sociale klasse.

Onderwerpen waar de partijen verschillen van inzicht, zijn;

- Lengte van huurcontract. Zorginstellingen willen naar korte huurcontracten. De reden hiervoor is politieke veranderingen sneller in het beleid van zorginstellingen door gevoerd moet kunnen worden.
- Locaties. Zorginstellingen willen diensten aanbieden in de regio's waar vraag naar is. Beleggers willen alleen beleggen in groeikernen. Waar zowel de bevolking als de economie groeit.

Zorginstellingen en ontwikkelaars/beleggers zijn het eens over het onderwerp dat er door de huidige ontwikkelingen een grotere vraag zal gaan ontstaan naar wonen met zorg ondersteuning. Dat bij de huidige ontwikkelingen vastgoed een belangrijkere rol gaat fungeren binnen de organisatie. Vastgoed moet op een actieve wijze benaderd worden, of door de organisatie zelf of het uitbesteden aan organisatie die hierin gespecialiseerd zijn.

## **H5 Ontwikkel- en beleggingsmogelijkheden voor woonzorg vastgoed**

In eerste instantie is woon/zorgvastgoed gericht op bewoners met een lichte zorgvraag, echter deze zorgvraag kan in de toekomst toenemen. Ook dan moeten de woningen voldoen aan de wensen en eisen van bewoners en zorgverleners. De ontwikkelaar en belegger die dit soort woningen ontwikkelen of verhuren heeft ook zijn eisen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de eisen van elke belanghebbende partij. Welke zijn verwerkt in een programma van eisen.

### **5.1 Belangen van betrokken partijen**

#### **Bewoners met zorgvraag.**

De toekomstige bewoners zijn mensen met een lichte zorgvraag. Voor de sector GGZ en GHZ zal de vraag naar wonen met zorg niet toenemen, dit geldt echter niet, voor de sector V&V (Fortuna, 2012)(bijlage D). De verwachting is dat de vraag naar wonen met zorg tot 2040 toeneemt met 33 procent. Nu hebben 2.144.410 mensen een zorgvraag, in 2040 709.221 mensen meer. Deze mensen wonen al met zorg ondersteuning of geven aan dat ze dit willen (Fortuna, 2012). Er is momenteel een woningtekort van 24.940 woningen waarbij ook zorg geleverd kan worden, de prognose is dat de vraag naar deze woningen zal toenemen met 113.320 tot en met 2040. Dit komt bovenop het huidige tekort (Fortuna, 2012)(bijlage D).

De omschrijving van verzorgd wonen is “een huishouden in een aangepaste woning en gebruik kan maken van verzorging, verpleging en overige diensten vanuit een nabij gelegen zorgsteunpunt” (Fortuna, 2012). De doelgroep waar verzorgd wonen zich op richt zijn de 75+plussers. In 2011 zijn er in Nederland ongeveer 1.166.900 mensen 75 jaar en ouder. In de periode 2011-2040 zal dit toenemen met circa 1.357.300 mensen (Fortuna, 2012).

De woonwensen van deze doelgroep zijn te verdelen in de volgende factoren; huisvesting, financiën, gezondheid en sociale contacten/ontmoetingen (Aedes, 2011).

- Huisvesting; de bewoner heeft een aantal criteria, hoe komt de bewoner te wonen? Kan de bewoner kiezen voor een geheel zelfstandige woning of een onzelfstandige woning. In hoeverre is de kwaliteit van de nieuwe woning vergelijkbaar met de huidige woning. Komt de nieuwe woning overeen met de huidige woning qua grootte en afwerkingniveau.
- Financiën; kan de bewoner de nieuwe woning betalen? Zijn de maandelijkse woonlasten gelijkwaardig met de huidige maandelijkse woonlasten. Hoe hoog zijn de bijkomende maandelijks kosten (service kosten). Wat zijn de kosten van zorgafname en kan en wil de bewoner dat betalen.
- Gezondheid; tot en met welke zorgzwaarte kan de bewoner blijven wonen in de nieuwe woning. Welke zorg kan er geleverd worden in het complex. Wordt de zorg vergoed vanuit het AWBZ of moet de bewoner de zorg geheel zelf betalen.
- Sociale contacten/ontmoetingen; is de nieuwe woning gelegen in de nabijheid van de huidige woonomgeving. Zijn er in de buurt laagdrempelige ontmoetingsfaciliteiten. Welke doelgroep mensen wonen in de omgeving. Zijn voorzieningen op korte afstand.

## Woningeisen

De woning voor mensen met zorg moeten zogenaamde “nultreden” woning zijn. Dit zijn woningen die zonder trappen van buiten af bereikbaar zijn. Binnen de woning zijn de zogenaamde primaire ruimtes (de keuken, het sanitair, de woonkamer en minimaal één slaapkamer) op dezelfde woonlaag gelegen (KCWZ, 2013b). De woningen moeten geschikt zijn om zorg te verlenen van ZZP 1 tot en met minimaal ZZP 4. Een voorbeeld is voldoende grote sanitaire ruimtes waar bewoners geholpen kunnen worden bij persoonlijke verzorging. Het ontwerp van het gebouw en woning zal ook aan de eis moeten voldoen dat het rollator en rolstoel vriendelijk is.

## Hoger opgeleid en vermogende

De groep mensen met een zorg in de toekomst zijn relatief hoger opgeleid. Vooral de groep mensen die ouder worden hebben vaker een middelbare of hogere opleiding afgerond. Dit in tegenstelling tot de huidige groep mensen met een zorgvraag (RIGO, 2010). De komende generatie ouderen is ook relatief vermogend geworden (RIGO, 2010). Deze groep heeft vaker een eigen huis gehad en hebben kunnen meeliften op de waardevermeerdering. Deze twee factoren maken dat ze meer zelfredzaam zijn (RIGO, 2010). De (oudere) mensen met een zorgvraag gaan pas verhuizen indien de huidige woning niet meer geschikt is voor de toegenomen zorgvraag. De nieuwe woning waar de mensen komen wonen, moet daarom voldoen aan de eis, dat de woning ook geschikt moet zijn voor hogere ZZP klassen. Omdat mensen verhuizen om de toenemende zorgvraag, zal dit naar verwachting een huurmarkt gaan worden (bron; interview).

## Financiële toekomst voor de bewoners.

Zolang bewoners met een zorgvraag zelfstandig blijven wonen en de zorg thuis ontvangen, betalen ze het lage tarief van eigenbijdrage voor zorg (paragraaf 2.6). De bewoners betalen minimaal €152.- en maximaal €797,80.- per maand (prijspijl 2013)(Rijksoverheid, 2013b). Doordat de bewoners een Volledig Pakket Thuis (VPT) kunnen ontvangen, kunnen ook hogere ZZP klassen thuis blijven wonen. Het VPT is alleen mogelijk in de nabijheid van intramurale zorginstelling (bron; interview). Doordat de bewoners een VPT kunnen ontvangen, hebben ze het recht op een hoge mate van zorg tegen een tarief van een lage eigen bijdrage. In tegenstelling tot zorg in een intramurale omgeving, waar zorg wordt geleverd met een hoge eigenbijdrage met een maximaal bedrag van €2.189,20.- Per maand (prijspijl 2013)(paragraaf 2.6).

## Zorginstelling

Zorginstellingen hebben ook de eisen waaraan voldaan moet worden om een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg te leveren. Medewerkers die zorg verlenen moeten dit op een arbeidsvriendelijke manier kunnen uitvoeren. Ook de minimale omvang van het aantal zorgvragers moet hoog genoeg zijn om op een efficiënte wijze zorg te kunnen verlenen.

## Personele inzet

Voor de hogere ZZP klassen is er een hoge mate van begeleiding nodig. Hierbij gaat men vanuit dat één medewerker 6 cliënten kan begeleiden in de dagelijkse zorg (LOC, 2011). Voor een optimale 24-uurs verzorging zijn er minimaal 24 tot 40 cliënten nodig voor een

optimale bedrijfsvoering van een zorginstelling (IWZ, 2005)(bron; interview). De minimale grote van de groep zijn noodzakelijk voor een efficiënte inzet van personeel en een voldoende afname van zorg. Voor kleinere woon/zorgcomplexen geldt dat het op een korte afstand moet zijn gelegen van een groter complex. Het grotere zorgcomplex zal dan de basis zijn vanuit waar zorg wordt aangestuurd naar de kleinere satelliet vestigingen.

#### Service functie.

In de toekomst blijven verpleeghuizen noodzakelijk waarin zorg kan worden geleverd aan de hoogste zorg klassen (ZZP 5 en hoger). Omdat deze zorgzwaarte niet meer in zelfstandige woningen geleverd kan worden. Daarom kunnen deze verpleeghuizen dienen als hoofdvestiging. Vanuit hier kan de zorg gecoördineerd worden naar de kleinere satelliet vestigingen in de nabijheid. De satelliet vestigingen waar meer zelfredzame bewoners wonen. De hoofdvestiging kan ook de aanvullende diensten leveren voor de bewoners met zorg in de omgeving. Voorbeelden zijn maaltijd aanbod, winkelvoorziening, kapper, activiteiten ruimte, etc.

Indien in het complex ook ruimte is voor 1<sup>ste</sup> lijns zorg activiteiten zoals huisarts, tandarts, fysiotherapeut, apotheek, psychiater, etc. zal het een toegevoegde waarde hebben voor de gehele omgeving. Niet alleen voor mensen in het woon/zorgcomplex zelf, maar ook voor reguliere omwonenden.

#### **Belangen projectontwikkelaar/belegger**

Voor het ontwikkelen van woon/zorgcomplexen door een projectontwikkelaar zijn er een aantal factoren van belang. Hoe meer het project voldoet aan de factoren, hoe groter het succes van slagen voor de ontwikkelaar en de overige betrokkenen.

#### Lengte contract

Vooraf moeten de partijen duidelijk aangeven wat de belangen en uitgangspunten zijn. Zorginstellingen, ontwikkelaars en beleggers kunnen geen specifiek gebouw ontwikkelen voor een periode van 10 jaar. Voor het aangaan van een contract is minimaal een periode van 20 jaar noodzakelijk. Voor ontwikkelaars/beleggers is het van belang dat er langjarige huurders voor het object zijn (bron; interviews). Een lang huurcontract heeft een positieve ontwikkeling op de NCW (Netto Contante Waarde) (Berk e.a. 2012). Voor beleggers zijn de inkomsten tussen de jaren 10 en 20 het interessantst. Dit komt overeen met de investeringscurve in figuur 3.6. Het product levenscyclus van Vernon (paragraaf 3.5) geeft aan dat de eerste jaren van een investering niet winst gevend zijn. Voor beleggers is het van belang dat voor vastgoed minimaal een huurcontract van 20 jaar wordt afgesloten. Wil de investering een duurzame belegging zijn.

#### Risicospreiding

Door een gebouw te ontwikkelen met meerdere gebruikers en functies is de verhuurder niet afhankelijk van één huurder. Dit vergroot de risicospreiding. Voor het ontwikkelen van een woon/zorgcomplex met meerdere functies bijvoorbeeld wonen, zorgdiensten (zowel voor bewoners als overige buurtbewoners) en eventueel winkels, zijn meerdere huurders. De huurders zijn particulieren met een zorgvraag als huurders van de zelfstandige zorgwoningen. Zorginstellingen die de ruimten met een zorgfunctie huren. En (grote)

winkelorganisaties die de winkels huren. De mix van meerdere huurders leidt dat tot een lager leegstandsrisico. Door het lagere leegstand risico is het te verwachten dat het rendement constanter is (Van Gool e.a. 2007). De zorgmarkt is een groeimarkt, hierdoor is er laag risico op leegstand van de woningen (Fortuna, 2012).

#### Grondmarkt

Per 2015 gaan gemeenten een grotere rol spelen bij de zorgverlening aan de lagere ZZP klassen (paragraaf 2.7). Hierdoor worden de gemeenten gedwongen bewust te worden van een grote groep zorgvragers die zij moeten gaan bedienen via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De zorg zal in de wijken efficiënter moeten worden ingericht, wanneer het wonen met zorg gecentraliseerd en geoptimaliseerd is. Dit kan voor de gemeente leiden tot lagere kosten van het WMO budget. Hierdoor is het ook interessant om ontwikkelingen van zorgwoningen te stimuleren, door bijvoorbeeld de grondprijs te verlagen of het versoepelen van bestemmingsplannen. Voor gemeenten is het niet eenvoudig om maatschappelijk vastgoed te ontwikkelen en beheren (Vastgoedmarkt 2013a). Door in het woon/zorgcomplex ook een maatschappelijke functie te ontwikkelen, biedt dit mogelijkheden voor besparingen voor gemeentelijke ontwikkelingen van vastgoed.

#### Huurmarkt

Bestaande huurwoningen voldoen niet aan de wensen van bewoners met een zorgvraag. Huurwoningen zijn veelal gebouwd voor de reguliere marktvrage. Voor volledige zelfredzame huishoudens. Het is geen oplossing om een deel van de bestaande huurwoning voorraad aan te passen voor mensen met een zorgvraag. Het is beter de bewoners te verhuizen naar een woning die is aangepast aan de zorgvraag van de bewoner (Aedes, 2011). Het aanpassen van bestaande (huur)woningen aan de toenemende zorgvraag, kan de situatie tijdelijk verbeteren. Dit is echter niet de oplossing. Een voorbeeld is het installeren van een traplift. Het is een tijdelijke oplossing om de boven verdieping bereikbaar te houden, maar dit is niet de oplossing voor het probleem. Het verhuizen van bewoners met een zorgvraag geven mogelijkheden voor nieuwe bewoners. De woningen die verlaten worden bieden plaats voor nieuwe huishoudens.

Voor woningcorporaties is het niet eenvoudig om nieuwe woningen te realiseren om daarmee de wachtlijsten te verkorten. Woningcorporaties zijn gebonden aan het toewijzingsbeleid. Woningcorporaties moeten 90% van de sociale huur woningen aanbieden aan mensen met een lager verzamelinkomen van €34.229.- (prijsspeil 2013)(Rijksoverheid, 2013c). Aangezien ouderen relatief vaker een hoger inkomen hebben dan deze grens, kunnen zij niet terecht bij de woningcorporatie. Mensen met een zorgvraag zijn hierdoor aangewezen op de huurwoningmarkt die aangeboden wordt door private partijen (Anbo, 2013a).

#### Samenvattend

De beschreven factoren geven aan dat het ontwikkelen van zelfstandige woningen waar zorg geleverd moet worden aan lagere ZZP klassen, een groeimarkt is. Voor toekomstige bewoners, zorginstellingen en gemeenten is het een noodzaak dat hiervoor woningen ontwikkeld gaat worden. Het hoogtepunt van de vraag naar deze woningen zal rond het jaar 2040 zijn (Fortuna, 2012). Indien ontwikkelaars en beleggers vanaf nu hierop anticiperen, ontstaat er voor de aanstaande jaren een duurzame belegging.



## 5.2 Wonen met zorg in de praktijk

Inmiddels zijn er al projecten gerealiseerd waarbij mensen pas met een hoge zorgvraag (ZZP 5 en hoger) intramuraal hoeven te gaan wonen. In deze paragraaf wordt ingegaan op een aantal gerealiseerde voorbeelden van projecten wonen met zorg.

### De Reigers Rotterdam

In Rotterdam zijn in de wijk IJsselmonde woontorens ontwikkeld. De woningen zijn bestemd voor mensen met een zorgvraag. Het complex bestaat uit drie torens. In twee torens worden 154 huur appartementen aangeboden met een zorgpakket van een zorginstelling. In één van torens is plek voor voorzieningen, bijvoorbeeld (Humanitas)restaurant, kapsalon, pedicure, wellness, etc. In de derde toren zijn 70 koopappartementen ontwikkeld. De torens worden onderling gekoppeld door middel van een gang, zodat alle voorzieningen binnendoor kunnen worden bereikt. De doelgroep voor deze woningen is 50 plussers, zowel met als zonder een CIZ zorgindicatie. De zorg kan variëren van hulp in de huishouding tot en met VPT, dat door Stichting Humanitas kan worden aangeboden (Humanitas, 2013)(Stebru, 2013).



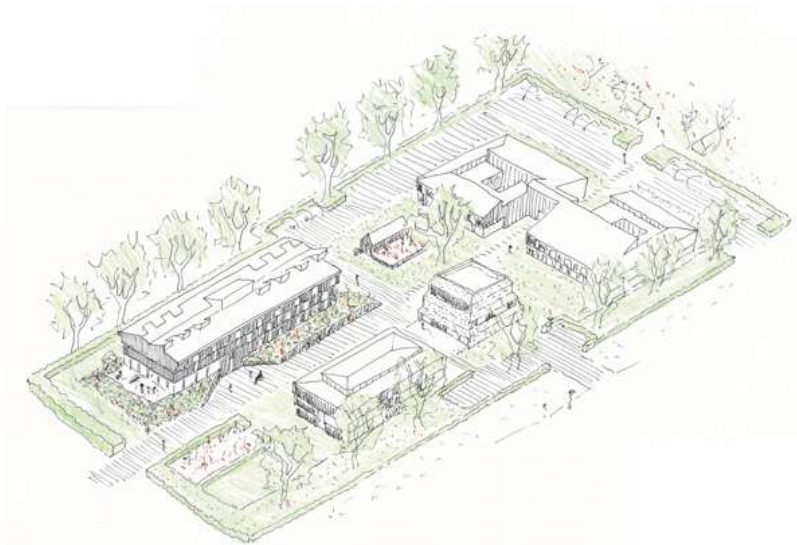
Figuur 5.1 De Reigers te Rotterdam (bron: Stebru, 2013)

#### Kenmerken

Project	: De Reigers Rotterdam
Doelgroep	: mensen van 50+ zonder zorg, mensen met een beginnende zorg tot en met intensieve zorgvraag.
Zorginstelling	: Stichting Humanitas
Ontwikkelaar	: Stebru
Belegger	: Syntrus Achmea Vastgoed

## Boerenerf te Apeldoorn

Aan de noordkant van Apeldoorn is het Sprenkelaarshof ontwikkeld. Het complex is specifiek ontwikkeld voor mensen met een zorgvraag. Het bestaat uit centraal complex met daaromheen woongebouwen voor diverse doelgroepen. Het complex bestaat uit het centrale gebouw die plaats biedt aan 48 bewoners met een psychogeriatrische zorgvraag. Het centrale gebouw huisvest ook recreatieve en ondersteunende functies. Rond het centrale gebouw zijn meerdere woongebouwen, met ieder zijn specifieke doelgroep. Het zijn 36 senioren appartementen, 12 woningen voor echtparen waarvan één van de partners bijzondere zorg nodig heeft, en 14 appartementen voor mensen met een verstandelijke beperking. De zorg aan de 48 bewoners met een psychogeriatrische zorgvraag wordt verleend door een regionale zorginstelling (Zorggroep Apeldoorn e.o.) Het is een zorginstelling die zorg verleend vanaf de beginnende zorgvraag tot en met de laatste fase. De bewoners van het aanliggende complexen kunnen gebruik maken van de zorg verlening die gestationeerd is in het centrale gebouw. Het gebouw met 12 woningen voor echtparen waarvan één bijzondere zorg nodig heeft, is zo ingericht dat hier tot en met een hoge zorgvraag gewoond kan worden. De woningen zijn zo ontworpen dat ook mensen met een rolstoel er kunnen wonen. De huurprijzen van de woningen zijn tot €681.02 (prijspeil 2013)(belastingdienst, 2013d). Hierdoor is het mogelijk om huurtoeslag te ontvangen. (Woudhuis, 2013)(Zorggroep Apeldoorn e.o., 2013)(J.P. van der bent, 2013)



Figuur 5.2 Het Boerenerf te Apeldoorn (bron: Onix architecten, 2013)

### Kenmerken

Project	: Sprenkelaarshof te Apeldoorn
Doelgroep	: senioren met zorgvraag, wonen met psychogeriatrische zorg, wonen voor mensen met een verstandelijke beperking.
Zorginstellingen	: Zorggroep Apeldoorn en omstreken, JP van der Bent stichting
Ontwikkelaar	: Woudhuis Vastgoed
Belegger	: Syntrus Achmea Vastgoed

De Marren te Leens.

In Leens (Gr.) is een nieuw centrumplan ontwikkeld. Het plan bestaat uit winkels en 41 zorg appartementen. Het geheel heeft een centrum functie voor de plaats en de regio. Op de begane grond zijn winkels ontwikkeld voor onder meer twee supermarkten. Deze winkels hebben een mensen trekkende functie. Op de begane grond is ook apotheek aanwezig en ruimten voor 1<sup>ste</sup> lijns zorg. De zorgwoningen op de etage zijn voor meerdere doelgroepen. Het zijn 10 zelfstandige woningen en drie woongroepen voor 31 bewoners met een intensieve zorgvraag. De bewoners van de zelfstandige appartementen kunnen zorg afnemen van dezelfde zorginstelling die ook zorg verleend aan de woongroepen. De doelgroep voor deze zorgappartementen zijn mensen uit de omgeving die door de toenemende zorgvraag niet meer (geheel) zelfstandig kunnen wonen. Na realisatie van het project heeft een lokale woningcorporatie de zorgappartementen overgenomen van de ontwikkelaar. De zorgappartementen zijn ontwikkeld met een hoge mate van alternatieve aanwendbaarheid. Hierdoor kan het gebouw eenvoudig aangepast worden naar een nieuwe functie, zelfstandige appartementen. Indien de zorgverlening komt te vervallen, kunnen de zelfstandige appartementen door de woningcorporatie als reguliere woning te huur aan worden geboden (Leyten,2013)(Wierden en Borgen, 2013).



Figuur 5.3 Winkelcentrum, 1<sup>ste</sup> lijnszorg en 41 zorgappartementen De Marren te Leens (bron: Leyten, 2013)

#### Kenmerken

Project	: De Marren Leens
Doelgroep	: begane grond commerciële ruimten (winkels) en 1 <sup>ste</sup> lijns zorg. Verdieping 41 zorgappartementen voor mensen met een lichte en zware zorgvraag.
Zorginstelling	: Zonnehuis Noord
Ontwikkelaar	: Leyten
Belegger	: Wierden en Borgen woningstichting

## De Peelhorst Amsterdam

In stadsdeel Zuid van Amsterdam is zorgappartementencomplex “De Peelhorst” ontwikkeld. Op deze locatie stond in het verleden maatschappelijk vastgoed, een verouderde school. Het complex bestaat uit 35 zelfstandige appartementen en een zorgsteunpunt voor thuiszorg. De doelgroep voor deze appartementen zijn mensen van 55+ met een zorgindicatie. De indicatie kan zijn wonen met verblijf tot en met het VPT. De bewoners kunnen er blijven wonen zolang de thuiszorg zorg kan verlenen. Het complex is gelegen op (rollator)loop afstand van woonzorgcentrum Torendeal. In dit woonzorgcentrum zijn ondersteunende diensten waar de bewoners van appartementencomplex De Peelhorst gebruik van kunnen maken. De diensten zijn winkel, bibliotheek, kapper, fitnessruimte, activiteiten ruimte, etc. De bewoners zijn verplicht om (thuis) zorg af te nemen van zorginstelling Puurzuid. De appartementen zijn geheel zelfstandig en variëren van 60m2 tot en met 92m2. Door de ruime indeling en grote badkamers kan op een eenvoudige wijze zorg verleend worden tot en met de zwaarste zorgvraag. De appartementen zijn voorzien van een basis uitrusting domotica. De basis uitrusting is een spreek-, luister- en beeldverbinding met (thuiszorg) medewerkers van zorginstelling Puur Zuid. Het basispakket domotica kan uitgebreid worden op verzoek van de bewoner van de appartementen (PuurZuid, 2013)(VitaalZorgVast, 2013).



Figuur 5.4 Zelfstandige appartementen met zorg De Peelhorst (bron: A&E Architecten, 2013)

### Kenmerken

Project	: De Peelhorst te Amsterdam
Doelgroep	: mensen 55+ met een geïndiceerde zorgvraag
Zorginstelling	: PuurZuid
Ontwikkelaar	: Vitaal ZorgVast
Belegger	: PuurZuid beheer



## Huize Maranatha te Rijssen

In een bestaande woonwijk in Rijssen is de nieuwbouw van Huize Maranatha in ontwikkeling. Het betreft de nieuwbouw van een woon/zorgcomplex voor ouderen en mensen met een verstandelijke handicap. Het plan voor de nieuwbouw speelde al een lange tijd voor de zorginstelling. Het ontbrak echter aan een duidelijke visie en budget voor nieuwbouw. De zorginstelling heeft op eigen initiatief een architect opdracht gegeven en een ontwerp laten tekenen. Het probleem was echter de financiering van het project. In samenwerking private ontwikkelaar is het uiteindelijk toch gelukt. Zorgvastgoed ontwikkelaar ZorgID heeft de ontwikkeling van het project op zich genomen. Doordat de ontwikkelaar de kennis heeft van het ontwikkelen van zorgvastgoed, is het nieuwbouwplan versneld. Mede doordat de ontwikkelaar participeert in de financiering van het project. Het project wordt in meerdere fasen ontwikkeld, omdat het wordt ontwikkeld op de plek waar nu het verouderde complex staat. De nieuwbouw bestaat uit meerdere woonblokken met zelfstandige appartementen. Tussen de woonblokken zijn binnentuinen met een beschutte omgeving. De woonblokken zijn onderling gekoppeld doormiddel van corridors. Door deze blokkenstructuur ontstaat een dorpse omgeving die gericht is op de zelfredzaamheid van de bewoners. In een centraal gebouw zijn diensten en activiteiten ondergebracht. Het project omvat 141 zelfstandige appartementen in verschillende grootten. De appartementen zijn bedoeld voor alleenstaanden en echtparen. De zorgvraag loopt uiteen, van lichte zorg (alleen thuiszorg) tot en met de hoogste mate van zorg verlening (Nieuwbouwmaranatha, 2013) (ZorgID, 2013).



Figuur 5.5 Nieuwbouw Huize Maranatha (Bron: Nieuwbouwmaranatha, 2013)

### Kenmerken

Project	: Huize Maranatha te Rijssen
Doelgroep	: Ouderen met lichte en zware zorgvraag en geestelijk gehandicapten
Zorginstelling	: Zorggroep Sirjon
Ontwikkelaar	: ZorgID
Belegger	: combinatie Zorggroep Sirjon en Volker Wessels Vastgoed

### **5.3 DESTEP en SWOT analyse verzorgd wonen projecten.**

Voor marktverkenningonderzoeken kunnen de DESTEP en SWOT analyse gehanteerd worden. Deze onderzoeken worden op verschillende niveaus uitgewerkt en geeft een goed beeld van de marktsituaties. Bij DESTEP analyse wordt de markt verkend op macro niveau. SWOT analyse gaat in op specifiekere factoren, op micro niveau (Alsem, 2009).

#### DESTEP analyse

Het staat voor Demografische-, Economische-, Sociale-, Technologische-, Ecologische- en Politieke-juridische factoren. Aan de hand van deze factoren zal er een marktverkenning worden gehouden. Per onderwerp wordt het ontwikkelen van woon/zorg projecten uitgewerkt (Alsem, 2009).

#### Demografische factoren

De Nederlandse bevolking verouderd in hoog tempo. Momenteel zijn er circa 2.6 miljoen 65 jarigen, in 2039 gaan dit 4.6 miljoen worden. Om daarna te dalen tot 4.4 miljoen, vanaf 2055 blijft het aantal stabiel. De groep mensen van 80 jaar en ouder zal verdubbelen. Rond 2054 is de verwachting dat 1.8 miljoen mensen 80 jaar en ouder zijn (Berenschot, 2013). De bevolkingsgroei blijft constanter. Door de verbeterde leefomgeving en gezondheidszorg worden mensen steeds ouder. De leeftijdsgrens waarop mensen mogen stoppen met werken stijgt minder hard. De huishoudens worden kleiner. De groep alleenstaanden en alleenstaande ouderen worden ook groter. Doordat mensen ook op oudere leeftijd de relatie verbreken, groeit de groep mensen die een één persoon huishouding vormen (CBS, 2013a). Deze factoren geven aan dat in de toekomst andere woonwensen gaan ontstaan.

#### Economische factoren

De verzorgingsstaat neemt af. Het idee dat alles voor de mensen geregeld en betaald wordt, neemt af. De ondersteuning voor mensen zal alleen nog maar voor de categorie zijn die het zelf niet (financieel) kunnen organiseren. Voor de zorgvraag zal dit betekenen dat mensen een groter beroep moeten doen op de omgeving en de eigen financiële middelen (paragraaf 2.6 en 2.7)(Regeerakkoord, 2012). Doordat de groep mensen met een zorgvraag gaat toenemen, zal bij voortzetting op de huidige manier, de kosten voor de overheid toenemen. Aangezien hier geen ruimte voor is in de huidige financiële begroting, zal er effectiever met het zelfde budget omgegaan moeten worden.

#### Sociale factoren

De sociale omgeving van de mensen verandert. De mensen met een zorgvraag hebben veel meer specifieke eigen wensen. Er zal een kanteling van de dienstverlening komen om hierop in te springen. In plaats van aanbod gestuurd zal het vraag gestuurd gaan worden. Dit komt voort uit de verschuiving van AWBZ zorg vanuit de overheid naar de gemeente (paragraaf 2.7). In plaats van wat voor zorg en diensten voor mensen met een zorgvraag beschikbaar is, zal er gekeken worden wat er noodzakelijk is voor de mensen om zich zolang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. In het verleden hebben mensen met een zorg indicatie recht op diverse ondersteuning. Ook indien dit in eerste instantie niet noodzakelijk was. Deze manier van werken zal veranderen. De criteria voor het verkrijgen van ondersteuning zal zijn dat de mensen het (deels) zelf moeten gaan financieren en pas recht op ondersteuning hebben indien het echt noodzakelijk is.

De mensen worden ook individualistischer, en hechten een hoge waarde aan zelfstandigheid (Alsem, 2009). De mensen zijn meer zelfredzaam tot op hogere leeftijd en hebben een hoger zelf oplossend vermogen. Dit komt doordat de mensen, ook de mensen met een zorgvraag, hoger opgeleid en vermogender zijn (RIGO, 2010).

#### Technologische factoren

Door technologische factoren kan eenvoudiger het welzijn voor de mensen worden verhoogd. Voor mensen met een zorgvraag zijn er uiteenlopende ondersteuning om zowel het welzijn van de zorgvrager te verhogen, als de dienstverlening door zorginstellingen te optimaliseren (paragraaf 2.8). Ontwikkelingen van technologische ondersteuning gaan in hoog tempo. Hierdoor moet hier in de ontwikkeling van woon/zorg projecten rekening mee worden gehouden (Alsem, 2009). Bijvoorbeeld informatie systemen hanteren die in de toekomst uitgebreid kunnen worden, of bij aanleg van de technische installatie rekening houden met nieuwe/toekomstige uitbreidingsmogelijkheden. Deze technologische ontwikkeling verruimt de mogelijkheden om in de toekomst langer zelfstandig te kunnen blijven wonen.

#### Ecologische factoren

Duurzaamheid wordt belangrijker. Mensen worden bewuster van de kwaliteit van leefomgeving. De keuze voor een duurzaam gebouw ligt eerder voor de hand, dan het kiezen van een woning in een verouderd gebouw. In een duurzaam gebouw kan eenvoudiger een optimaal binnen klimaat gerealiseerd worden. In zelfstandige woningen moeten de bewoners zelf de energie kosten betalen. Hierdoor hechten de bewoners hogere eisen aan het verminderen van energie verbruik van de woning (ECN, 2012).

#### Politiek-juridische factoren

Wonen met zorg is bijzondere markt. Het wordt gekenmerkt door enerzijds veel vrijheid in keuze voor bewoners, anderzijds de zorg is gebonden aan veel (kwaliteit) eisen. Voor de bewoners is er veel vrijheid in de keuze van manier van wonen. Ook de keuzevrijheid in het kiezen van de zorginstelling staat voorop, in kader van marktwerking in de zorg (Alsem, 2009). Door de marktwerking wordt er een actieve marktbenadering van de zorginstelling verwacht. Echter de zorginstelling zijn gebonden aan regelgeving. Het is niet eenvoudig door de snel opvolgende regering maatregelen daadwerkelijk plannen te realiseren. Hierdoor lopen zorginstellingen (financiële) risico dat een nieuwe ontwikkeling van een zorgconcept door beleidswijzigingen niet rendabel meer is. Zorginstellingen zijn terughoudend voor diepte investeringen. Dit bevordert niet altijd de mogelijkheid om de kwaliteit van zorg te verbeteren (Vastgoedmarkt, 2012b).

## SWOT analyse

De afkorting SWOT analyse staat voor vier onderdelen; Strengths (sterkte), Weaknesses (zwaktes), Opportunities (kansen) en Threats (bedreigingen). De mogelijkheden voor het ontwikkelen van nieuwe woon/zorgcomplexen heeft ook zijn kenmerken. Deze kunnen verdeeld worden in de vier genoemde onderdelen. Per onderdeel zal de mogelijkheden uitgewerkt worden. Strengths en weaknesses behoren tot de interne eigenschappen van een ontwikkeling. Opportunities en threats zijn afhankelijk van externe factoren.

### Strengths;

- De vraag naar wonen met zorg zal toenemen. Dit komt door twee factoren, overheidsbeleid en demografische ontwikkelingen. Door de maatregelen uit het regeerakkoord zien zij het beschikbaar stellen van intramurale (woon)zorg voor de lichtere zorgvraag niet meer tot de kerntaak (paragraaf 2.7)(Regeerakkoord, 2012). Naast het gewijzigde beleid speelt de stijgende vraag naar zorg. Door ouder wordende bevolking, zal de vraag naar wonen met zorg ook toenemen (Berenschot, 2012).
- Er zal een omslag gaan plaatsvinden. Door een effectievere inzet van personeel, wordt de zelfredzaamheid van mensen gemaximaliseerd (Aedes, 2011). Hierdoor zal de vraag naar woningen waar mensen zich meer en langer zelfstandig kunnen wonen toenemen (Fortuna, 2012).
- Dit segment van wonen is een huurmarkt (paragraaf 5.1). Het zal door de toenemende vraag met de hoogte punt in 2037 (Fortuna, 2012) een minimale kans op leegstand zijn, mits het concept voldoet aan de vraag.
- Doordat een woon/zorg complex rechtstreeks aan iedere bewoner verhuurd wordt, kent het complex een laag risico profiel. De huurinkomsten bestaat uit alle huren die de bewoners betalen. Hierdoor is de verhuurder niet afhankelijk van één of enkele partijen voor het complex.
- Door het aanbieden van extra diensten en voorzieningen naast de woning, mogen verhuurders de huurwaarde met 35% verhogen. Dit komt voort uit de huurberekening voor serviceflats. Hiervoor moeten de woningen wel aan de volgende eisen voldoen (Rijksoverheid, 2013d);
  - o Noodoproep installatie in de woning;
  - o Maaltijden die de verhuurder verstrekt;
  - o Levering van eenvoudige medische of paramedische zorg;
  - o Gebruik van recreatie ruimten en logeerkamers;
  - o Levering van diensten door de verhuurder die het gebruik van recreatieruimten en logeerkamers mogelijk maken.

Deze mogelijkheden verhogen de huurinkomsten. Waardoor het rendement van deze ontwikkeling hoger wordt.

- De bestemming en functie van het complex is wonen met zelfstandige appartementen, hierdoor is er een alternatieve aanwendbaarheid. Indien de eerste doelgroep wegvalt kan het (na eventuele een aanpassing) bewoond worden door een andere doelgroep. Hierdoor behoud het complex een hoge eindwaarde.
- Door het zolang mogelijk zelfstandig blijven wonen van mensen en de zorg thuis te ontvangen, hoeven de bewoners maar een lage eigenbijdrage voor de zorg te betalen (paragraaf 2.6). Hierdoor willen de mensen zolang mogelijk in de woning blijven, voordat ze de overstap maken naar een intramurale zorginstelling.



#### Weaknesses;

- Voor woon/zorgcomplexen worden er hogere eisen worden gesteld aan algemene ruimten, technische installaties en materiaal gebruik. Hierdoor kent het hogere investeringen dan reguliere woningbouw.
- De bewoners blijven wonen in het complex zolang dit de mogelijk is. Dit is afhankelijk van de ontwikkeling van de zorg toename. Indien de woning niet meer past bij de zorg toename, zal de bewoner verhuizen naar een omgeving die daar wel geschikt voor is (verpleegtehuis). Hierdoor zal er een hogere mutatie snelheid zijn van de woningen dan reguliere woningsector. Dit vraagt een intensiever management.
- Het verlenen van zorg in een woon/zorg complex wordt voor een zorginstelling pas rendabel en efficiënt bij voldoende mensen met een zorgindicatie. Het minimale aantal appartementen is rond de 40 cliënten (IWZ, 2005). Hierdoor moet de locatie groot genoeg zijn om dit te realiseren.

#### Opportunities;

- Woningcorporaties gaan zich in de toekomst richten op het ontwikkelen van sociale reguliere huurwoningen. Dit komt door gewijzigde regelgeving en bezuinigingen (Rijksoverheid, 2013c). Hierdoor kunnen woningcorporaties niet aan de veranderende vraag voldoen. Indien gemeenten tot de conclusie komen dat er te weinig zelfstandige woningen zijn waar zorg verleend kan worden, zijn ze aangewezen op de private markt van ontwikkelaars en beleggers.
- Gemeenten gaan vanaf 2015 een grotere rol krijgen in de zorgverlening. De zorgverlening aan mensen met een lichte zorgindicatie komt voor rekening van de gemeente, in plaats vanuit het AWBZ (paragraaf 2.7). Voor gemeenten wordt het ook interessant om wonen met zorg effectief te organiseren binnen het gemeentelijk beleid. Door het ontwikkelen van wonen/zorg complexen te stimuleren, zal een besparing op de WMO budget voor de gemeente opleveren.
- Momenteel is er in Nederland veel verouderd maatschappelijk vastgoed (Vastgoedmarkt, 2013a). Er zijn maar weinig alternatieve bestemmingen hiervoor. Dit vormt voor gemeenten een uitdaging om deze voorzieningen in stand te houden en te onderhouden op een kostenbewuste wijze. De huidige locaties van maatschappelijk vastgoed kunnen bestemd worden voor woon/zorg complexen. Door een maatschappelijke functie onderdeel uit te laten maken van het woon/zorg complex, kunnen de gemeentelijke voorzieningen op niveau worden gehouden.
- In de jaren zestig/zeventig zijn vaak zorginstellingen ontwikkeld op grote terreinen aan de randen van een stad of dorp. Door stads- en dorpsuitbreidingen door de jaren heen, zijn dit nu vaak geografische middelpunten van een woonwijk. De complexen uit de jaren zestig/zeventig zijn verouderd (EIB, 2012). Door de locaties te herontwikkeling met winkels en 1<sup>ste</sup> lijns gezondheidszorg, kan dit tot een centrum functie gaan leiden. Boven het winkel- en gezondheidscentrum kan wonen met zorg ontwikkeld worden. Zodat de mensen in de wijk blijven wonen en de zorg thuis kunnen ontvangen, wat overeenkomt met de intenties van de overheid (Regeerakkoord, 2012).

- Het ontwikkelen van woon/zorg vastgoed met private partijen is voor zorginstellingen de mogelijkheid om nieuwe ontwikkelingen mogelijk te maken. Door de huidige financiële situatie van zorginstellingen, is er geen mogelijkheid tot vernieuwing en verbetering van de woonkwaliteit. Zorginstellingen kunnen momenteel moeilijk financiering krijgen voor vastgoed investeringen (Vastgoedmarkt, 2011). Door locaties van verouderde zorgcomplexen te laten herontwikkelen door private partijen, komt er budget vrij voor investeringen in het overige vastgoed bezit. Zo kunnen bijvoorbeeld verpleeghuizen waar de zwaardere zorg wordt verleend (ZZP 5 en hoger), in stand worden gehouden.

#### Threats;

- Zorginstellingen gaan zelfstandig woon/zorg projecten ontwikkelen. Door het gebrek aan kennis van vastgoed ontwikkeling bij zorginstellingen, kan deze grote financiële gevolgen hebben. Dit kan ten kosten gaan van de kwaliteit van zorgverlening (Vastgoedmarkt, 2011).
- Overheidsbeleid. Indien de overheid wetgeving aanpast wat woon/zorg projecten niet stimuleert, zijn ontwikkelingen risicovoller dan reguliere woningbouw ontwikkelingen. Gezien de huidige economische- en bevolkingsontwikkeling is dit een laag risico.
- Hoge rendementsverwachtingen. Het ontwikkelen van woningen met een zorgfunctie hogere investeringen vergt dan reguliere woningbouw, is het rendement in eerste instantie lager. Echter met de verwachting dat de vraag zal gaan toenemen (Fortuna, 2012)(Berg, 2012), zal het rendement pas in een later stadium behaald kunnen worden.

#### Samenvattend.

Door samenloop van meerdere factoren, ontstaat er voor private ontwikkelingen een markt voor wonen met zorg. Zorginstellingen hebben geen budget om zelfstandig projecten te realiseren. Woningcorporaties leggen de prioriteit bij reguliere woningen te ontwikkelen voor de sociale klasse. Gemeenten hebben teveel (verouderd) maatschappelijk vastgoed. Ook krijgt de gemeente een grotere rol in de zorgverlening bij bewoners thuis. De overheid wil de mensen zolang mogelijk zelfstandig laten wonen in plaats van in intramuraal zorgcomplex. Marktpartijen willen meer beleggen in huurwoningen (PropetyNL, 2013a)

Door het combineren van deze genoemde feiten ontstaat er een breed gedragen ontwikkeling. Het ontwikkelen van woon/zorg complexen door de private markt, is een oplossing voor problemen van veel partijen.

## 5.4 Concept ontwikkeling

In het voorgaande zijn de randvoorwaarden geschetst waar een woon/zorgcomplex aan moet voldoen, om aan te sluiten bij de marktvraag. Met deze informatie kan er een concept ontwikkeld worden die voldoet aan de wensen van de betrokkenen. Op verschillende niveaus worden de eisen uitgewerkt.

### Kenmerken van de woning

- Zelfstandige woningen. Mensen met een zorgvraag ontvangen de zorg thuis. Om een duidelijke scheiding te maken tussen wonen en zorg, is het wonen gelegen in een zelfstandige woning. De voorwaarden van een zelfstandige woning zijn (Rijksoverheid, 2013e);
  - o Eigen toegang;
  - o Eigen douche gelegenheid;
  - o Eigen toilet;
  - o Eigen keuken.

Om de zelfstandigheid van een woning te bevorderen zijn eigen aansluitingen voor nuts voorzieningen aan te bevelen. De bewoner heeft hierdoor ook de vrijheid in de keuze voor bijvoorbeeld de energie leverancier en betaald naar mate van eigen verbruik.

- Noodoproep installatie in de woning. Met deze installatie kan de bewoner assistentie invoeren van een zorgverlener. Deze installatie kan onderdeel zijn van het domotica systeem die ook de overige ondersteuning kan leveren (paragraaf 2.8). De noodoproep installatie in de woning is verplichting om in aanmerking te komen om de huurprijs met 35% te verhogen omdat het de kenmerken heeft van een service flat (Rijksoverheid, 2013d).
- Het ontwerp van de woningen moet van een hoger niveau zijn, dan de basis eisen voor een woning die opgesteld zijn in het bouwbesluit. Sanitaire ruimte en het toilet moeten geschikt zijn om de bewoners te kunnen assisteren tijdens de persoonlijke verzorging. De basiseisen vanuit het bouwbesluit zijn hierin niet voldoende. De woning stelt bijvoorbeeld hogere eisen aan de toegankelijkheid. Er moet bijvoorbeeld een hoog/laag bed geplaatst kunnen worden. Ook praktische zaken zoals een opstelplaats voor een scootmobiel nabij de woning is vereist. Door deze voorzieningen worden er hogere eisen gesteld aan bijvoorbeeld deurbreedten, draaicirkels en installatie eisen (bron:interview).

### Kenmerken van het wooncomplex

- Het gebouw moet een beschutte woon omgeving zijn voor de bewoners. Bijvoorbeeld een binnentuin versterkt dit. Hierin kunnen de bewoners andere bewoners in de buitenlucht ontmoeten. Indien ze behoefte hebben aan buitenlucht hoeven zij het complex niet te verlaten.
- Interactie met medebewoners. Bewoners in woon/zorgcomplexen hechten hoge waarde aan gelijkgestemde mede bewoners. Hierdoor ontstaat er een hogere betrokkenheid onder de bewoners. Bewoners met een zorg vraag kunnen elkaar ondersteunen en kunnen beter met elkaar converseren (Aedes, 2011a). Door alleen bewoners met een (toekomstige) zorg vraag toe te laten, kunnen bewoners die

(tijdelijk) minder zelfstandig zijn, een beroep doen op medebewoners. Dit verlicht de druk op de thuiszorg ondersteuning.

- Logeerkamer. In het wooncomplex moet een logeerkamer beschikbaar zijn. De bewoners moeten gebruik kunnen maken van een logeerkamer voor gasten. Dit is een voorwaarde om te voldoen aan de serviceflat eisen om de huurprijs met 35% te mogen verhogen.
- Recreatie ruimten. Voor dag activiteiten voor de bewoners, zal er een recreatie ruimte(s) in het complex aanwezig zijn. Dit is ook vereiste om aan de eisen van een service flat te voldoen.
- Standplaats voor de zorgverlener. Om daar vanuit thuiszorg activiteiten te coördineren.

#### Kenmerken van de locatie

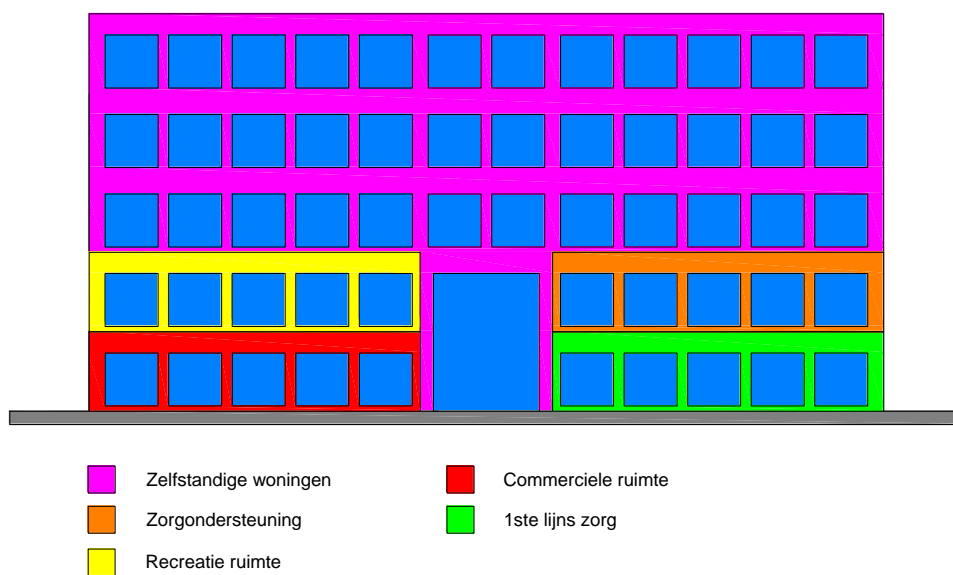
- Onderdeel van het complex kunnen de volgende voorzieningen zijn, die zowel door de bewoner met zorgvraag kunnen worden gebruikt als door buurt bewoners uit de omliggende wijk.
  - o Winkelvoorziening voor de eerste levensbehoefte (levensmiddelen winkel);
  - o Maatschappelijke ruimten;
  - o Sportfaciliteiten (beweegstudio, fitness);
  - o Persoonlijke verzorging (kapper, schoonheidsspecialist).
- Gezondheidscentrum met 1<sup>ste</sup> lijns zorg. Een gezondheidscentrum dat meer voorzieningen heeft dan alleen huisartszorg. Voorbeelden van zorgverleners zijn;
  - o Huisarts;
  - o Apotheek;
  - o Fysiotherapie;
  - o Tandarts;
  - o Psycholoog;
  - o Pedicure;
  - o Logopedie;
  - o Ergotherapeut;
  - o Diëtist.
- Het woon/zorgcomplex moet in de nabijheid zijn gelegen van opstap plaatsen voor openbaar vervoer.

#### Kenmerken van de omgeving

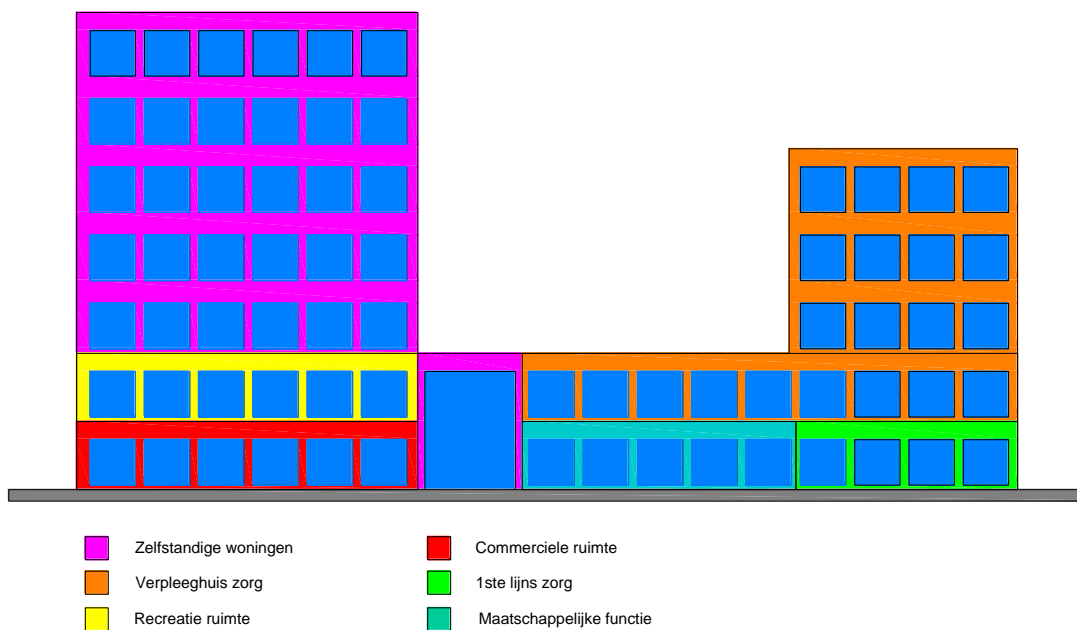
- In de woonwijk. Door het complex onderdeel uit te laten maken van de woonwijk, heeft het complex en de bewoners een grotere interactie met de omgeving. Het is voor bewoners in de woonwijk een aanvulling dat ze gebruik kunnen maken van de faciliteiten die het complex biedt. Wanneer bewoners in de wijk een zorg vraag gaan ontwikkelen, kunnen ze binnen de wijk verhuizen. Hierdoor wordt het eenvoudig om sociale contacten te onderhouden.
- Door de standplaats van de thuiszorg in het complex, kan eenvoudig thuiszorg in de wijk geleverd worden, wat overeenkomt met de plannen van de overheid (Regeerakkoord, 2012).

#### Te leveren diensten in het complex

- Om het wooncomplex te laten voldoen aan de eisen voor een serviceflat en daardoor de huurwaarde met 35% te laten stijgen, moeten de volgende diensten aangeboden worden (Rijksoverheid, 2013d);
  - o Het aanbieden van maaltijden aan de bewoners;
  - o Levering van eenvoudige medische of paramedische zorg;
  - o Het organiseren en het mogelijk maken van activiteiten in de recreatie ruimte;
  - o Het faciliteren en verzorgen van de voorzieningen in de logeerkamer(s).
- Zorgdiensten. In het woon/zorgcomplex is zorgverlening noodzakelijk. Echter de mate van zorg is afhankelijk van de zorg vraag en de zorg indicatie van de bewoner. De zorginstelling die de zorg verleend aan de bewoner kan hierop anticiperen door de verschillende zorgdiensten aan te bieden. Beginnende bij hulp in de huishouding tot en met het VPT. Het VPT is vergelijkbaar met lichte verpleeghuiszorg.
- Overige diensten die in het woon/zorgcomplex aan bewoners aangeboden kunnen worden zijn;
  - o Wasserette, het wassen van kleding voor de bewoner;
  - o Het coördineren van vervoerdiensten.



Figuur 5.6 Concept zelfstandig wonen met mogelijkheid tot zorg ondersteuning. Met ruimte voor commerciële ruimten, 1<sup>ste</sup> lijns zorg, zorgondersteuning en recreatie ruimte. (bron: auteur)



Figuur 5.7 Concept zelfstandig wonen met mogelijkheid tot zorg ondersteuning vanuit het verpleegtehuis, aansluitend in hetzelfde complex. Met ruimte voor commerciële ruimten, 1<sup>ste</sup> lijns zorg, maatschappelijke functie en recreatie ruimte. (bron: auteur)

## **5.5 Voordelen door het ontwikkelen van woon/zorgcomplex**

### **Bewoners**

Het wonen in zelfstandige appartementen biedt bewoners volledige zelfstandigheid. De basis is gelegd bij de volledige zelfredzaamheid. Indien de zorgvraag toeneemt, zal de mate van zorgverlening ook toenemen. De zorgverlening is vraag gestuurd, in plaats van aanbod gestuurd. Hierdoor hebben de bewoners volledige vrijheid, hetzelfde dat ze gewend zijn in de thuis situatie. De basis is het huren van een woning, dit kan uitgebreid worden met aanvullende diensten en zorg. Doordat de basis van het concept het huren van een woning is, heeft het een laag instapniveau. Indien bewoners nog geen zorgvraag hebben, maar wel beschermd willen wonen, is dit de mogelijkheid. Bewoners hoeven pas te verhuizen indien de zorgvraag zo hoog is, dat dit niet meer (effectief) gegeven kan worden in een thuis situatie. De volgende stap in de verhuisketen zal zijn naar een intramurale zorginstelling waar verpleeghuiszorg wordt gegeven. Omdat de zorg in de thuis situatie wordt verleend, hoeft er ook maar een lage eigen bijdrage voor de zorg worden betaald (paragraaf 2.6). Hierdoor hoeft de zorgvrager minimaal €152,- en maximaal €797,80,- (prijsspeil 2013) aan eigen bijdrage voor de zorg te betalen.

### **Zorginstellingen**

Voor zorginstellingen die intramurale- en thuiszorg leveren is het efficiënt om zorg te verlenen in één woon/zorgcomplex. Cliënten wonen dicht bij elkaar, hierdoor is er een minimale reisafstand tussen de cliënten en kan efficiënter gewerkt worden. In het woon/zorgcomplex woont dezelfde doelgroep. Door de sociale binding tussen de bewoners, wordt de zorgverlener in een latere fase ingeschakeld, omdat de bewoners bij eenvoudig werkzaamheden elkaar kunnen helpen. De woningen zijn ingericht om zorgverlening mogelijk te maken. Hierdoor ontstaat er voor zorgverleners de mogelijkheid om hulpmiddelen eenvoudig te gebruiken. Dit bevordert de werkomgeving van de zorgverlener. De zorginstellingen verlenen de zorg in de thuissituatie. Hierdoor zijn ze niet de verhuurder van huisvesting voor de cliënt. Zorginstellingen zijn daarom niet verantwoordelijk voor het vastgoed en de financiering hiervan.

### **Beleggers**

Woon/zorgcomplex is een duurzame belegging. Het heeft een laag aanvangsrendement, maar de termijn verwachtingen maakt het eindresultaat goed. De Netto Contante Waarde (NCW) waardering van deze projecten laten een duidelijker beeld zien. Hierin is de lengte van jaren in het huurcontract opgenomen. De prijsontwikkelingen in 30 jaar, laat het zien dat het rendement in een latere fase belangrijk is. De demografische ontwikkeling is de garantie dat de komende 30 jaar vraag is naar woon/zorgcomplexen (bijlage D).

### **Ontwikkelaars**

Het ontwikkelen van woon/zorgcomplexen met eventueel overige functies (winkel, maatschappelijke en gezondheidszorg) kent voor ontwikkelaars nieuwe mogelijkheden. Door het te anticiperen in maatschappelijke veranderingen, is er een mogelijkheid om bij gemeenten kortere procedures te volgen. Per 2015 gaan gemeenten een grotere rol spelen in het verlenen van zorg aan de lichtere zorgvragers (paragraaf 2.7). Hierdoor worden gemeenten bewuster dat de zorgverlening efficiënter georganiseerd moet worden. Door

woon/zorgcomplexen onderdeel te laten uitmaken van het WMO beleid van de gemeente, is vraag vanuit de markt gegarandeerd. Dit gegeven is voor beleggers van belang. De ontwikkelaar kan het complex hierdoor eenvoudiger verkopen aan de belegger.

#### Gemeente

Voor gemeenten is dit de mogelijkheid om een goed welzijnsbeleid te voeren zoals in het WMO omschreven. De gemeenten worden vanaf 2015 (paragraaf 2.7) financieel verantwoordelijk voor de zorg aan de mensen met een lichte zorgvraag. Door de zorgverlening effectief en geclusterd te organiseren kan er bespaard worden op de kosten. Tevens zijn woon/zorgcomplexen een goed alternatief voor de locaties van maatschappelijk vastgoed. Veel gemeenten kampen met te veel en verouderd maatschappelijk vastgoed (Vastgoedmarkt, 2013a). De locaties kunnen overgedaan worden aan ontwikkelaars met de verplichting om ook een maatschappelijk functie hierin te huisvesten. Dit geeft voor gemeenten een bezuiniging op de kosten van maatschappelijk vastgoed. De gemeentelijke voorzieningen kunnen gehuisvest worden in de maatschappelijke functie van het woon/zorgcomplex. Hierdoor blijven de gemeenschappelijke voorzieningen in de gemeente gegarandeerd.

#### Overheid

Het ontwikkelen van woon/zorgcomplexen in de wijk komt overeen met de plannen van de overheid (Regeerakkoord, 2012). De plannen zijn om mensen met een zorgvraag in de thuis situatie zorg te verlenen. Dit in tegenstelling tot het verleden. In het verleden was het beleid mensen met een zorg indicatie de mogelijkheid te geven om te verhuizen naar een intramurale zorginstelling. Door mensen (langer) zelfstandig te laten wonen, scheelt het een bedrag van €18.000,- per jaar per persoon (Aedes, 2011). Deze besparing is nodig om de zorgkosten van Nederland in de toekomst betaalbaar te houden (Berenschot, 2012). Het effectief organiseren van zorgverlening is een besparing op de gehele begroting voor de overheid.

#### Maatschappelijk

Het investeren en stimuleren van zelfstandig wonen en de zorg thuis te ontvangen heeft een multiplier van 4.0. Dat betekent dat het investeren van €1,- maatschappelijk gezien €4,- opbrengt (Aedes, 2011). Dit is gerekend over de gehele maatschappelijke- en zorgketen. Het investeren in woon/zorgcomplexen geeft hiermee aan dat in directe zin wellicht een laag rendement oplevert, maar in de gehele maatschappelijke keten geeft dit indirect een hoger rendement. Door het woon/zorgcentrum een maatschappelijke functie te geven in de wijk, heeft dit voor de gehele omgeving een toegevoegde waarde.

#### Woningcorporatie

Door het huidige beleid zijn woningcorporaties moeilijk in staat om te investeren in de wijk (Aedes, 2013b). De investeringen die de woningcorporatie doen zijn in eerste instantie het huidige woningbezit optimaliseren. Daarna volgen investeringen in sociale huurwoningen voor de reguliere doelgroep (Rijksoverheid, 2013c). Met het ontwikkelen van woon/zorgcomplexen waar mensen zelfstandig kunnen wonen, wordt er een verhuisbeweging op gang gezet. Door mensen een met zorgvraag in een huurwoning te



stimuleren om te verhuizen naar een woon/zorgcomplex, verlaten ze een eengezinswoning (Aedes, 2013a). Indien de eengezinswoning gehuurd is van een woningcorporatie, komt deze vrij, hierdoor verkorten de wachtlijsten voor sociale huurwoningen.

#### Samenvattend

Het ontwikkelen van woon/zorgcomplexen in samenspraak met zorginstellingen en gemeenten kan er voldaan worden aan de marktvraag en overheidsbeleid. Het ontwikkelen biedt voordelen voor veel betrokken partijen. Het sluit aan bij de huidige ontwikkelingen. Het komt overeen met de politieke ontwikkelingen om de zorg weer in de wijk thuis bij mensen te leveren (Regeerakkoord, 2012). Het sluit ook aan bij de demografische ontwikkelingen waarbij er meer mensen komen die een zorgvraag hebben.

### 5.6 Conclusie

In hoofdstuk 5 is ingegaan op de daadwerkelijke uitwerking van woon/zorgcomplexen. In de eerste paragraaf is ingegaan op de belangen van de betrokkenen. Voor bewoners is de zelfstandigheid en zelfredzaamheid het belangrijkste. Zorginstellingen willen zo efficiënt mogelijk werken. Voor zorgmedewerkers moet er een optimale werkplek zijn waar het gebruik van hulpmiddelen optimaal ingezet kunnen worden. Voor beleggers en ontwikkelaars van projecten is continuïteit belangrijk. Dat het object niet alleen nu aan de eisen voldoet, maar ook aan die van de toekomst. Hierdoor is er ook voldoende vraag in de toekomst naar het object.

In de tweede paragraaf zijn meerdere gerealiseerde projecten van woon/zorgcomplexen beschreven. Ieder project heeft zijn kenmerken en pluspunten. Wat de projecten gemeen hebben is dat ze ontwikkeld zijn door private partijen in samenwerking met zorginstellingen. Door de samenwerking van de private partij en zorginstelling is er courant vastgoedconcept ontstaan. Het benut de sterkste kanten van de marktpartijen. De private partij zorgt voor de ontwikkeling en financiering. Zorginstelling kunnen hierdoor optimaal zorg verlenen. De genoemde projecten hebben vaak ook een maatschappelijk functie. Deze bevordert de interactie met de woonwijk.

Vervolgens zijn in de derde paragraaf de DESTEP en de SWOT factoren uitgewerkt. De DESTEP factoren geven op macro niveau de betrokken factoren weer. De factoren zijn;

- Demografische ontwikkelingen;
- Economische ontwikkelingen;
- Sociale ontwikkelingen;
- Technologische ontwikkelingen;
- Ecologische ontwikkelingen;
- Politiek-juridische ontwikkelingen.

Hierin is per factor aangegeven wat van invloed is op het onderwerp. In de SWOT zijn op micro niveau de volgende factoren uitgewerkt

- Strengths, interne sterke punten van het project;
- Weaknesses, interne zwakke punten van het project;
- Oportunities, externe kansen voor het project, de omgeving en maatschappij;
- Threats, externe bedreigingen, factoren die het project negatief kunnen beïnvloeden.

De DESTEP en de SWOT analyse hebben overeenkomsten. De overeenkomsten zijn dat de demografische ontwikkelingen een kans is. Door een vastgoedconcept te ontwikkelen dat

aansluit bij deze groei van de doelgroep, is de vraag vanuit de markt gegarandeerd tot en met het jaar 2037 (Fortuna, 2012).

Aan de hand van de gegevens vanuit het voorgaande onderzoek kan er programma van eisen opgesteld worden, waaraan het woonconcept aan moet voldoen. Het programma van eisen is uitgewerkt, op verschillende niveaus;

- Kenmerken van de woning, eisen waar de woning aan moet voldoen;
- Kenmerken van het wooncomplex, eisen aan het wooncomplex;
- Kenmerken van de locatie, welke voorzieningen het gehele complex uit moet bestaan;
- Kenmerken van de omgeving, welke omgevingsfactoren optimaal zijn;
- Te leveren diensten in het complex, welke diensten aangeboden moeten worden voor een optimale leefomgeving te kunnen creëren voor de bewoners.

In de laatste paragraaf zijn de voordelen uitgewerkt voor het ontwikkelen van woon/zorgcomplexen. Per betrokken partij zijn de voordelen uitgewerkt. De betrokken partijen zijn;

- Bewoners, mensen die in de zelfstandige woningen gaan wonen;
- Zorginstellingen, bedrijven die zorg verlenen aan de mensen met een zorgvraag;
- Beleggers, de partij die het woon/zorgcomplex langdurig verhuurt;
- Ontwikkelaars, het bedrijf die het plan ontwikkelt en realiseert;
- Gemeente, deze gaat vanaf 2015 een grotere financiële verantwoordelijkheid krijgen in het zorg verlening in de wijk en is eigenaar van maatschappelijk vastgoed;
- Overheid, de gevolgen voor het AWBZ beleid en kosten;
- Maatschappelijk, de voordelen voor de gehele maatschappij;
- Woningcorporatie, gevolgen het beleid en ontwikkeling.

De voordelen samengevat voor het ontwikkelen van woon/zorgcomplexen. Voor bewoners ontstaat een woningconcept dat uitgaat van geheel zelfstandigheid. Indien er een zorgvraag ontwikkelt, kan hier tot op hoge mate zorg verleend worden. Zorginstellingen kunnen optimaal zorg verlenen in de thuis situatie, met gebruik van de modernste technische ondersteuning. Voor beleggers ontstaat er een solide belegging. Dat de aanstaande 30 jaar voldoet aan de marktvraag (Fortuna, 2012). Wonen met zorg is gekoppeld aan de demografische ontwikkelingen en onafhankelijk is van de economische ontwikkeling. Gemeenten worden bewust dat zij een belangrijkere financiële rol krijgen in de zorg verlening per 2015 (paragraaf 2.7). Voor gemeenten wordt het ook belangrijker dat de zorg efficiënter in de wijk georganiseerd kan worden. Het onderbrengen van maatschappelijke functies in het woon/zorgcomplex is een mogelijkheid. Dit is de oplossing voor het leegstaande en/of verouderd maatschappelijk vastgoed (Vastgoedmarkt, 2013a). Deze bewustwording van de gemeente biedt ontwikkelaars de gelegenheid om hierop te anticiperen. Bewoners met een zorgvraag zolang mogelijk zelfstandig te laten wonen, bespaart de overheid €18.000,- per jaar per persoon (Aedes, 2011). In vergelijking met een bewoner met een zorgvraag die in een intramurale zorginstelling gaat wonen. Maatschappelijk gezien heeft het ontwikkelen van woningen met optie tot zorg een multiplier van 4.0. Dat betekent dat het investeren van €1,- maatschappelijk gezien €4,- oplevert (Aedes, 2011). Het ontwikkelingen van woningen voor bewoners met een zorgvraag heeft voor de woningcorporatie ook voordelen. Het voordeel is dat zij de bestaande woning niet hoeven aan te passen aan de veranderende woonwens van de bewoners. Doordat de bewoner met een zorgvraag naar een verhuist, verlaat deze een huurwoning. Hierdoor komen huurwoningen vrij voor nieuwe bewoners (Aedes, 2013a).

## H6 conclusie

Het onderzoek is ingegaan op de huisvestingveranderingen van de care sector. De care sector is gericht op de langdurige zorgondersteuning van mensen. Hieronder valt de ouderen zorg (V&V), geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en gehandicapten zorg (GHZ). De hoofd vraag “Op welke wijze kunnen private partijen beleggen in zorgvastgoed voor AWBZ zorginstellingen” is onderverdeeld in meerdere deelvragen. Met behulp van de deelvragen zal de hoofdvraag beantwoordt worden.

### 6.1 Beantwoording deelvragen en hoofdvraag

Deelvraag 1 *“welke trends in wet- en regelgeving hebben zorghuisvesting doen veranderen?”*

De zorgmarkt is aan het veranderen, dit komt voort uit twee oorzaken. Enerzijds verandert de zorgvraag van de afnemer en anderzijds door veranderende regelgeving.

De verwachting is dat er een toename is van ouderen, tot 2041 zal het aantal 55+ers groeien Van 4.788.800 in 2011 naar 6.547.000 in 2040. Het aandeel 75+ers zal groeien van 1.357.200 naar 2.524.100 in 2040 (Fortuna, 2014). Dit resulteert naar verwachting in een grotere vraag naar zorg. De veranderende regelgeving zal de zorg dat de toekomst meer gericht is op het langer zelfstandig laten wonen van mensen. In tegenstelling tot de huidige mogelijkheid dat mensen indien dit nodig is naar een verzorgingshuis gaan.

Tot 2012 werden alle kapitaallasten voor vastgoed betaald door de overheid. Met ingang van 2012 is dit beleid gewijzigd in het Normatieve Huisvesting Component (NHC). Vanaf 2012 ontvangen zorginstellingen gekoppeld aan de vergoeding voor zorg, begeleiding en behandeling, ook een vergoeding voor de huisvesting. Hierdoor worden de huisvestingskosten van zorginstellingen niet meer per gebouw vergoedt, maar per cliënt. Hierdoor zijn zorginstellingen gedwongen bewuster geworden van de kapitaallasten van het vastgoed. Door een actieve vastgoedstrategie te realiseren, kan er bespaard worden op de kapitaallasten. Met als gevolg dat zorginstellingen een actievere houding hebben ten op zichte van voor 2012. In 2013 is het scheiden van wonen en zorg ingevoerd. Hierin is de huisvestingsvergoeding voor cliënten uit de categorie ZZZ 1&2 gehaald. Voor mensen met nieuwe indicaties ZZZ 1&2 ontvangen zorginstellingen geen vergoeding meer voor wonen van uit het AWBZ. De vergoeding voor wonen zal in de vorm van huur door de cliënt aan de zorginstelling betaald worden. Per 2014 zal dit ook voor ZZZ 3 gelden. Vanaf 2016 gaan alle ZZZ pakketten 1 tot en met 4 vallen onder de nieuwe regelgeving. Hierna krijgen de zorginstellingen alleen nog een huisvestingsvergoeding voor ZZZ 5 en hoger.

Vanaf 2013 is de berekening van de eigenbijdrage van zorg gewijzigd. Tot 2013 werd de eigenbijdrage alleen gebaseerd op het inkomen van de zorgvrager. Vanaf 2013 geldt dat het vermogen dat de zorgvrager in belasting box 3 heeft, wordt meegenomen in de berekening. Hierdoor kan de eigenbijdrage maximaal €2.189,20,- per maand (prijsspeil 2013) bedragen bij het wonen in een intramurale woonzorginstelling. Indien niet gekozen wordt voor wonen met zorg in een intramurale instelling, maar voor zorg in de thuis situatie, is de hoogte van de eigenbijdrage maximaal €797,80,- per maand (prijsspeil 2013).

Vanaf 2015 gaan ZZZ pakketten 1 tot en met 4 vallen onder de WMO, wet maatschappelijke ondersteuning. De vergoeding van zorg voor deze pakketten worden overgeheveld vanuit de AWBZ naar de WMO. De WMO valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. De gemeenten krijgen vanuit de overheid een budget om deze zorg te kunnen verlenen. Dit

budget zal (veel) lager zijn dan het huidige. Gemeenten krijgen hierdoor een belangrijkere rol in de zorgverlening en de bekostiging ervan.

Deze veranderingen maken dat de zorgmarkt voor een grote opgave staat en dat efficiënte huisvestingstrategie bijdraagt aan de kwaliteitsverbetering van de zorg.

*Deelvraag 2 “Kunnen private partijen participeren in woon/zorgvastgoed, en leidt dit tot lagere kosten?”*

De kosten van vastgoed kunnen verlaagd worden door het langer te exploiteren. Gebruikelijk is om gebouwen in een termijn van 30 jaar af te schrijven tot een restwaarde van nul. De daadwerkelijke gebruiksduur van vastgoed is momenteel rond de 40 jaar. Door deze relatieve korte gebruiksduur wordt er per jaar enorm afgeschreven op vastgoedobjecten. Dit in tegenstelling tot andere vastgoed markten, bijvoorbeeld woningen of kantoren. Door het bouwen voor een langere termijn met een hogere eindwaarde zijn de afschrijfkosten per jaar lager. In de ontwikkeling kan vooraf al rekening gehouden worden met een alternatieve functie voor het gebouw, hierdoor kan er een hogere eindwaarde gecreëerd worden. De alternatieve functie kan zitten in een andere zorgdoelgroep, maar ook in een andere functie van het gebouw bijvoorbeeld wonen. Het ontwikkelen van een gebouw met een langere levensduur en een hogere restwaarde vergt in de beginfase een grotere investering. Zorginstellingen kunnen deze hogere investeringen niet financieren. De vergoedingen voor het verlenen van huisvesting aan cliënten zijn te laag om deze piek in de investering te kunnen financieren. Doordat private partijen wel met een langere termijn visie investeringen kunnen doen, kunnen deze gemiddeld genomen goedkoper huisvesting aanbieden in plaats van dat zorginstellingen zelf vastgoed ontwikkelen en financieren.

*Deelvraag 3 “Wat zijn overwegingen voor zorginstellingen om ontwikkelingen en exploitatie wel of niet uit te besteden aan externe partijen?”*

Tot 2012 was het voor zorginstellingen heel aantrekkelijk om zelfstandig vastgoed te ontwikkelen en in eigendom te houden. De kosten werden, ongeacht of er efficiënt ontwikkeld werd, volledig vergoed door de overheid op basis van nacalculatie. Tot 2012 was er geen aanleiding voor zorginstellingen om met private partijen een samenwerkingsverband aan te gaan. Door gewijzigde regelgeving is er vanaf 2012 deze aanleiding er wel.

Het belangrijkste voor een zorginstelling is dat het gebouw voldoet aan de eisen die zij stellen. Waar op een efficiënte manier gewerkt kan worden met ondersteuning van de nieuwste technieken en hulpmiddelen.

Een belemmering in vrijheid voor zorginstelling zijn contracten. Zorginstellingen hebben niet de voorkeur om een huurcontract af te sluiten voor 20 jaar of langer. De reden hiervoor is dat zij hierdoor niet eenvoudig op marktontwikkelingen en gewijzigde regelgeving kunnen anticiperen. Ook het aflopen van contracten voor zorginstellingen is een onzekere factor in de continuïteit van dienstverlening. Indien het einde van het huurcontract nadert, moet er een alternatief zijn om de continuïteit te waarborgen. Bijvoorbeeld door het verlengen van het huurcontract tegen nieuwe voorwaarden of verhuizen naar een andere locatie.

*Deelvraag 4 “Waarom is het voor beleggers interessant om in woon/zorgvastgoed te beleggen?”*

Wonen met zorg ondersteuning is de toekomst. Op dit moment is er al een tekort van 24.9040 woningen waar zorg ondersteuning mogelijk is. Tot 2037 is de prognose dat de vraag stijgt naar 113.320 woningen. Om aan de vraag te voldoen tot 2037 zal er 138.260 woningen met zorg ondersteuning extra nodig zijn (Fortuna, 2012)(bijlage D). Door nu hierop te anticiperen is tot het jaar 2037 vraag vanuit de markt gegarandeerd. De alternatieve aanwendbaarheid voor woningen met zorg is een reguliere woning. Er hoeven geen investeringen gedaan te worden om een andere functie aan het object te geven. Hierdoor behoudt het een hoge eindwaarde. De combinatie van 30 jaar markconform rendement en een hoge eind/verkoop waarde maakt dat geheel een goede belegging is. Door de woningen rechtstreeks aan de consument te verhuren, is de belegger niet afhankelijk van één of enkele partijen. Dit heeft het voordeel dat er meer continuïteit is in de verhuur afname.

#### Deelvraag 5 *“Hoe ziet een optimaal proces eruit bij een succesvolle realisatie?”*

Om een project te realiseren dat voldoet aan de marktvraag van nu en in de toekomst zijn meerdere factoren van invloed. Het begint met onderzoek naar de marktvraag van de doelgroep. Er moet een groeiende vraag zijn naar wonen met zorg in de komende 30 jaar in de regio. Ook daarna moet er aan alternatieve doelgroep zijn voor de woningen. Om een succesvol project te realiseren moet een ontwikkelaar voortijdig samenwerken met een gemeente en zorginstelling. Met goed overleg met een gemeente kan de ontwikkelaar ook inspringen op lokale maatschappelijke vastgoed problemen. Tevens kan het woon/zorgcomplex onderdeel uitmaken van het gemeentelijke WMO diensten die de gemeente verplicht is om aan te bieden aan de inwoners. Echter de gemeenten moeten ook actief participeren en ontwikkelingen mogelijk maken. Door zorginstelling vroegtijdig te benaderen kan het complex beter voldoen aan de wensen van de zorginstelling om een efficiënte wijze zorg te kunnen verlenen. Daarnaast kan er een langjarig (huur) contract worden afgesloten over de te leveren diensten en zorg in het complex. Het ontwikkelen van winkels, maatschappelijke functies of 1<sup>ste</sup> lijns zorg in het gebouw, ontstaat er ook interactie met de wijk. Doordat bewoners uit de wijk ook gebruik kunnen maken van de voorzieningen in het complex.

#### Beantwoording hoofdvraag *“Op welke wijze kunnen private partijen beleggen in zorgvastgoed voor AWBZ zorginstellingen?”*

Door de gewijzigde regelgeving is het niet meer aantrekkelijk voor zorginstellingen om vastgoed te bezitten en hier zorg in te verlenen aan de lichtere ZZP indicaties (ZZP 1t/m4). Het is aantrekkelijker voor beleggers om woningen te verhuren waar ook zorg geleverd kan worden. De doelgroep betreft de bewoners met een zorgvraag in de ZZP klassen 1 t/m 4. Tot het jaar 2037 is er vraag naar 138.260 extra woningen waar zorg geleverd kan worden (Fortuna, 2012)(bijlage D). Om de bewoners met de zorgvraag zo goed mogelijk te voorzien van zorg en ondersteuning is het van belang om het te ontwikkelen in de nabijheid van een intramurale zorg instelling waar verpleeghuiszorg wordt geleverd (ZZP 5 en hoger). De intramurale zorginstelling kan ook onderdeel zijn van het woon/zorgcomplex. De woningen met zorg ondersteuning voldoen minimaal aan de volgende eisen;

- Zelfstandige woningen. Hierdoor is zorgtoeslag en laag tarief eigenbijdrage voor de zorg mogelijk.

- Voldoet aan de richtlijnen van een service flat. Hierdoor mag de huurwaarde met 35% verhoogd worden.
- De inrichting moet geschikt zijn voor zorgverlening. Bijvoorbeeld grote sanitaire ruimten en voldoende brede doorgangen.

De zorg in de woningen wordt verleend door thuiszorg. Door deze woningen op één locatie te concentreren kan efficiënt zorg verleend worden tot hoge ZZP categorieën. Hierdoor kunnen de bewoners langer thuis blijven wonen, wat overeenkomt met het kabinetsbeleid (Regeerakkoord, 2012). Door te ontwikkelen voor de doelgroep “ouderen met een zorgvraag” is de komende 30 jaar vraag vanuit de markt gegarandeerd (Berenschot, 2012)(bijlage D). Woningen rechtstreeks te verhuren aan de bewoners in plaats van aan zorginstelling, wordt meer zekerheden verkregen. De verhuurder is niet afhankelijk is van één of enkele huurders. De AWBZ zorginstelling heeft hierbij een faciliterende functie, het verlenen van zorg aan de bewoners. Zorginstellingen kunnen zich hierdoor meer richten waar ze goed in zijn, het verlenen van zorg. De activiteiten betreffende vastgoed financiering, ontwikkeling en beheer zijn de taken van de private partijen.

## **6.2 Aanbevelingen voor beleidmakers**

Het ontwikkelen van woningen met zorg is ingewikkelder dan de reguliere woningsector. Hierbij enkele aanbevelingen voor beleidmakers binnen verschillende disciplines.

- Zorginstelling. Vastgoed ontwikkeling, financiering en beheer is een specialisatie. Indien het vermogen en kennis voor nieuwe ontwikkelingen niet binnen de organisatie aanwezig is, besteed het uit aan de ontwikkelaars/beleggers. Het ontwikkelen van vastgoed is gebonden aan financiële risico's, marktpartijen kunnen hier op anticiperen.
- Ontwikkelaars. Om een goed woon/zorgcomplex te realiseren is inbreng van kennis door zorgverleners noodzakelijk. Een woon/zorgcomplex ontwikkelen waar niet op een efficiënte manier zorg verleend kan worden, is niet wenselijk.
- Beleggers. Woon/zorgcomplexen hebben in eerste instantie een laag aanvangsrendement. Echter in de toekomst stijgt de vraag. Hierdoor is over een lange termijn een hoogrendement, mede door de courantheid aan het einde van de belegging.
- Gemeenten. Wordt bewust van de van de groeiende uitgaven in het WMO beleid. Door effectief met marktpartijen samen te werken, kan er meer kwaliteit worden verleend voor een lager budget.
- Planologen/stedenbouwkundigen. Neem voor nieuwe wijkontwikkelingen een bestemming wonen met zorg op in de planvorming. Hierdoor zijn bestemmingsplanwijzigingen in een later stadium niet nodig.
- Overheid. Matig de snelheid van beleidswijzigingen. Zorginstellingen en marktpartijen kunnen hierop niet eenvoudig anticiperen. Dit maakt zorginstellingen en marktpartijen behouden voor nieuwe investeringen. Wat kwaliteit verbetering niet ten goede komt. Door de onzekerheden zijn krediet verschaffers ook behouden en stellen hoge eisen voor het verlenen van een financiering.

### **6.3 Aanbeveling voor vervolgonderzoek**

Voor vervolg onderzoek zijn de volgende onderwerpen interessant om verder uit te werken;

- Alternatieve mogelijkheden voor leegkomend zorgvastgoed. Door de nieuwe regelgeving voldoen veel gebouwen niet meer, wat zijn hier de alternatieven voor?
- Wat zijn de mogelijkheden in het beleggen in verpleegtehuizen? Wat maakt deze categorie zorg interessant of juist niet?
- Op welke wijze bewoners met een zorgvraag het beste gestimuleerd kunnen worden om vanuit een (sociale) huurwoning of koopwoning naar een woning met zorg te verhuizen.
- Aan welke eisen moeten zelfstandige woningen in woon/zorgcomplexen voldoen om daar zwaardere zorg (ZZP 5 en hoger) te kunnen leveren. Dit ter voorbereiding indien ook in ZZP 5&6 scheiden van wonen en zorg wordt geïntroduceerd.

## Literatuurlijst

### Boeken en artikelen

Aedes (2010). *De contractwaarde van intramuraal zorgvastgoed van corporaties in beeld gebracht*, Aedes, Hilversum

Aedes (2011). *Compact, slim samenwerken in wonen, welzijn en zorg*, Aedes, Hilversum

Alsem K.J. (2009) *Strategische marketing planning*, Noordhoff, Groningen/Houten

Atzema O. Lambooy J. Rietbergen T. van, en Wever E. (2002) *Ruimtelijke Economische Dynamiek*, Coutinho, Bussum

Baarda D.B. en De Goede M.P.M. (2001), *Basisboek methoden en technieken*, Wolters-Noordhoff bv, Groningen/Houten

Baarda D.B. De Goede M.P.M. en Kalmijn A (2000) *Enquêteren en gestructureerd interviewen*, Wolters-Noordhoff bv, Groningen/Houten

Baarda D.B. De Goede M.P.M. en Meer-Middelburg, A.G.E. Van der (2007) *Basisboek interviewen*, Wolters-Noordhoff bv, Groningen/Houten

Baas, R (2010) *verouderd vastgoed in de GGZ*, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen

Beld, H Van Den. En Zalk, D Van. (2010), *Essenties voor samenwerking in wonen en zorg*, Stafleu van Loghem, Bohn

Berenschot (2012), *De vergrijzing voorbij*, Berenschot Groep, Utrecht

Berg j. DeMarzo P. en Harford J. (2012), *Fundamentals of Corporate Finance*, Pearson Education Limited, Harlow Essex

Bouwcollege (2007) *Bouwcollege nu en straks*, College voor bouw zorginstellingen, Utrecht

CVZ, College Voor Zorgverzekering (2013), *Gebruikersgids verpleging en verzorging*, CVZ, Diemen

ECN (2012), *Energie trends 2012*, ECN Energie-Nederland en Netwerkbeheer Nederland, Amsterdam

EIB (2012), *Bouwen voor de zorg*, Economische Instituut voor de Bouwnijverheid, Amsterdam

Fortuna (2012), *Prognose wonen met zorg*, ABF research, Delft



Geltner, D & Miller, N.G. (2001), *Commercial Real Estate Analysis and Investments*, South-Western publishing, Cincinnati, Ohio

Gool, P. Van, Brounen, D., Jager, P., en Weisz. R.M., (2007), *Onroerend goed als belegging*, Noordhoff Uitgevers bv, Groningen/Houten.

IGZ (2008), *E-health en domotica in de zorg: kans of risico?*, Prisman / Inspectie voor de gezondheidszorg, Utrecht

IPD (2012), *De waardering van direct vastgoed*, IPD Nederland, Almere

Ipsos (2012), *landelijk onderzoek lokaal beleid ouderenhuisvesting*, Ipsos Data BV, Gouda

IVBN (2011). *Het risk management van institutionele vastgoedbeleggers*, Vereniging van Institutionele Beleggers in Vastgoed Nederland, Voorburg

IWZ (2005), *Een toekomst voor serviceflat*, Innovatieprogramma Wonen en Zorg, Rotterdam

LOC (2011), *Aanzet programma van eisen voor kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie of meervoudige problematiek*, LOC, zeggenschap in zorg, Utrecht.

Marquard, A. (2011), *Syllabus Moderne Portefeuille Theorie*, Marquard, Amsterdam

Nibud (2012). *Bestedingsmogelijkheden bij het scheiden van wonen en zorg*, Nationaal instituut voor budgetvoorlichting, Utrecht

Nozeman (2008), *Het handboek Projectontwikkeling*. NEPROM, Voorburg

NZA (2009), *Advies. naar integrale tarieven in de AWBZ, een zorgvuldige aanpak*, Nederlandse ZorgAutoriteit, Utrecht

NZA (2010), *Rapport enquête boekwaarde Care en GGZ, inventarisatie onder instellingen*. Nederlandse ZorgAutoriteit, Utrecht

NZA (2012), *advies NHC-onderhoud, langdurige intramurale zorg*, Nederlandse ZorgAutoriteit, Utrecht

Propety NL (2012a), *Zorg wordt losgeknipt van vastgoed*, jaargang 12 nr 11, juli 2012 p. 33-34

Propety NL (2012b), *Twee werelden komen samen*, jaargang 12 nr 11, juli 2012 p 35-36

Propety NL (2012c), *Nieuwe samenwerking tussen marktpartijen*, jaargang 12 nr 11, juli 2012 p. 30-32

Propety NL (2012d), *Nieuw leven gezocht voor Goois revalidatiecentrum*, jaargang 12 nr 5 april 2012 p. 26-27

Propety NL (2012e), *Het is goed dat zorgsector en pensioenfondsen de handen ineen slaan*, jaargang 12, nr 16 oktober 2012 p. 32-33

Propety NL (2013), *Er hangt € 2 mrd. boven huurwoningmarkt*, jaargang 13 nr 2 15 februari p. 26-27

PuurZuid (2013) *De Peelhorst te Amsterdam, verhuurbrochure*, PuurZuid, Amsterdam

TNO (2012a). *Huurmodel voor bestaande zorgwoningen*, Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek, Eindhoven

TNO (2012b), *Toekomst wonen met zorg*, Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek, Eindhoven

Regeerakkoord (2013), *Bruggen slaan*, regeerakkoord VVD – PVDA, Den Haag

RIGO (2008), *Zorg met verblijf >> wonen met zorg*, RIGO, Amsterdam

SCP (2006), *Rapportage ouderen 2006, veranderingen in leefsituatie en levensloop*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag

Vastgoedmarkt (2011), *Zorgondernemers logische bondgenoten vastgoedpartijen*, jaargang 38, februari 2011

Vastgoedmarkt (2012a), *Scheiden van wonen en zorg biedt belegger nieuwe stabiele markt*, jaargang 39, juni 2012

Vastgoedmarkt (2012b), *Grote bouwbehoefte in de zorg*, jaargang 39 oktober 2012

Vastgoedmarkt (2013a), *Leegloop maatschappelijk vastgoed dwingt tot meer focus*, jaargang 40 februari 2013

Vilente (2013), *De Sonneberg Oosterbeek*, Vilente, Ede

VWS (2007). *Met zorg ondernemen*, ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Den Haag

Woudhuis (2013), *Luxueus, verzorgd en gezellig wonen in woon/zorgappartementen Sprenkelaarshof*, Woudhuis Vastgoed, Apeldoorn

Zorggroep Apeldoorn e.o. (2013), *Welkom in Pachtserf, locatie Sprekelaarshof*.  
Zorggroep Apeldoorn en omstreken, Apeldoorn

Zorgvisie (2012a), *Samen ontwerpen, bouwen en beheren*, jaargang 42 nummer 12  
december 2012

Zorgvisie (2012b), *Het is goed dat de zorgsector en pensionfondsen de handen ineen slaan*,  
jaargang 42 nummer 10 oktober 2012

### **Webpagina's**

A&E Architecten (2013) <http://www.ae-architecten.nl/projectimg/48/865/woonzorggebouw-de-peelhorst.html> geraadpleegd 19 maart 2013

Actis (2012) <http://www.actiz.nl/website/dossiers/vastgoed/scheiden-van-wonen-en-zorg-2012> geraadpleegd 8 november 2012

Aedes-actiz (2012) <http://www.kcwz.nl/dossiers/scheidenwonenenzorg/invoeringstermijn>  
geraadpleegd 28 november 2012

Aedes (2013a) <http://www.aedes.nl/content/artikelen/woningmarkt/hervorming-woningmarkt/praktijkvoorbeelden-corporaties-en-woningmarkt/Doorstroming-in-Apeldoorn-door-Kleiner-wonen.xml> geraadpleegd 28 maart 2013

Aedes (2013b) <http://www.aedes.nl/content/artikelen/financi-n/financien/Investeringen-woningcorporaties-verdampen.xml> geraadpleegd 28 maart 2013

Anbo (2013) <http://www.anbo.nl/belangenbehartiging/wonen-en-mobiliteit/nieuws/woonbond-opent-meldpunt-ikwilookwonennl> geraadpleegd 15 maart 2013

Annexum (2013) <http://www.annexum.nl/nl/Beleggingsfondsen/Zorg.html> geraadpleegd 10 januari 2013

Belastingdienst (2012),  
[www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privetoeslagen/informatie\\_over\\_toeslagen/huurtoeslag/](http://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privetoeslagen/informatie_over_toeslagen/huurtoeslag/) geraadpleegd 03 december 2012

CBS (2012a),  
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/vergrijzing/cijfers/extra/piramide-fx.htm>  
geraadpleegd 28 september 2012

CBS (2012b), <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/vergrijzing/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-bt-iag-65-plussers.htm> geraadpleegd 09 november 2012

CBS (2013a), <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3701-wm.htm> geraadpleegd 21 maart 2013

CIZ (2012), <http://www.ciz.nl/awbz-zorg/awbz-wegwijzerr> geraadpleegd 9 november 2012

CSZ (2012), <http://www.collegesanering.nl/> geraadpleegd 05 december 2012

CVZ (2013), <http://www.cvz.nl/zorgpakket/awbz-kompas/verblijf/vpt/vpt.html> geraadpleegd 14 maart 2013

GGZ Drenthe (2013), <https://www.ggzdrenthe.nl> geraadpleegd 8 februari 2013

Hoesnel (2012) [http://www.hoesnel.nl/demografie\\_nederland/bevolkingsprognose-2050.html](http://www.hoesnel.nl/demografie_nederland/bevolkingsprognose-2050.html) geraadpleegd 10 november 2012

Humanitas (2013), [http://www.stichtinghumanitas.nl/site/?page\\_id=174](http://www.stichtinghumanitas.nl/site/?page_id=174) geraadpleegd 18 maart 2013

Huurcommissie (2012). <http://www.huurcommissie.nl/verhuurder/huurprijs/#c455> geraadpleegd 25 november 2012

Interzorg (2013). <http://www.interzorg.nl/nl/> geraadpleegd 8 februari 2013

J.P. van der Bent (2013), <http://www.jpvandenbent.nl/> geraadpleegd 19 maart 2013

KCWZ (2013a), [http://www.kcwz.nl/over\\_kcwz](http://www.kcwz.nl/over_kcwz) geraadpleegd 30 januari 2013

KCWZ (2013b), <http://www.kcwz.nl/zoeken?term=nultredenwoning> geraadpleegd 13 maart 2013

Kdesign (2013), [http://www.kdesign.be/stage/marktenlogistiek\\_1.html](http://www.kdesign.be/stage/marktenlogistiek_1.html) geraadpleegd 14 februari 2013

Lentis (2013), <http://www.lentis.nl> geraadpleegd 8 februari 2013

Leyten (2013), [http://www.leyten.nl/project/de\\_marren\\_](http://www.leyten.nl/project/de_marren_) geraadpleegd 19 maart 2013

Nieuwbouw Maranatha (2013), [http://www.nieuwbouwmaranatha.nl/index.php?p=1\\_2\\_Over-ons](http://www.nieuwbouwmaranatha.nl/index.php?p=1_2_Over-ons) geraadpleegd 19 maart 2013

NVEH (2013), <http://www.nveh.nl/> geraadpleegd 14 februari 2013

Onix (2013) <http://www.onix.nl/projects/het-boerenerf/?lang=nl> geraadpleegd 19 maart 2013

Promens Care (2013) <http://www.promens-care.nl/wonen/Paginas/dienstenoverzicht-wonen.aspx?bepierking=Een%20psychiatrische%20bepierking&leeftijd=Volwassene> geraadpleegd 29 januari 2013

PPS bij het rijk (2013) [http://www.ppsbijhetrijk.nl/PPS\\_Algemeen/PPS\\_bij\\_Huisvesting](http://www.ppsbijhetrijk.nl/PPS_Algemeen/PPS_bij_Huisvesting) geraadpleegd 20 februari 2013

Rijksoverheid (2012a) documenten en publicaties  
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/10/19/antwoorden-op-kamervragen-van-van-gerven-over-de-uitspraken-van-topambtenaar-m-over-bezuinigingen-in-de-zorg.html> geraadpleegd 25 oktober 2012

Rijksoverheid (2012b), ontwikkelingen in de AWBZ  
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/ontwikkelingen-in-de-awbz> geraadpleegd 28 september 2012

Rijksoverheid (2012c), <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/vraag-en-antwoord/wanneer-ben-ik-verzekerd-voor-de-algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz.html> geraadpleegd 1 november 2012

Rijksoverheid (2012d) <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgebonden-budget-pgb> geraadpleegd 20 november 2012

Rijksoverheid (2012e) zorgzwaartepakket: beschrijving van de zorg.  
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgzwaartepakketten/zorgzwaartepakket-beschrijving-van-de-zorg> geraadpleegd 19 november 2012

Rijksoverheid (2012f) behoud van vermogen voor de zorg.  
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/03/30/spoedwetgeving-behoud-van-vermogen.html> geraadpleegd 3 december 2012

Rijksoverheid (2013a) <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/ontwikkelingen-in-de-awbz> geraadpleegd 15 februari 2013

Rijksoverheid (2013b) <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/vraag-en-antwoord/betaal-ik-een-eigen-bijdrage-als-ik-in-een-awbz-instelling-verblijf-zorg-met-verblijf.html> geraadpleegd 20 februari 2013

Rijksoverheid (2013c) <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huurwoning/vraag-en-antwoord/wat-wordt-met-mijn-inkomen-meegerekend-bij-de-toewijzing-van-een-sociale-huurwoning.html> geraadpleegd 16 maart 2013

Rijksoverheid (2013d) <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huurwoning/puntensysteem-huurwoning/puntensysteem-zelfstandige-woning> geraadpleegd 21 maart 2013

Rijksoverheid (2013e) <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huurwoning/vraag-en-antwoord/wat-is-een-zelfstandige-woning-en-wat-is-een-onzelfstandige-woning.html> geraadpleegd 25 maart 2013

Rijksoverheid (2013f) <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/vraag-en-antwoord/wanneer-ben-ik-verzekerd-voor-de-algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz.html> geraadpleegd 27 maart 2013

Rug (2013) <http://www.rug.nl/education/other-study-opportunities/hcv/mondelinge-vaardigheden/voor-studenten/interviewen/vragen> geraadpleegd 28 januari 2013

S' Heeren Loo (2013) <http://www.sheerenloo.nl/wat-bieden-wij;jsessionid=9B81F58B2DAF35DBB5DBB511DACDA97B> geraadpleegd 30 maart 2013

Stebru (2013) <http://www.stebrubouw.nl/site/nl/stebru/nieuws/nieuws/dereigersgroenenstadswoneninijsselemonde>. Geraadpleegd 18 maart 2013

Syntrus Achmea (2013) <http://www.syntrusachmea.nl/vastgoed> geraadpleegd 30 januari 2013

Twijnstra Gudde (2013) [http://www.twynstragudde.nl/NL/\(293\)-Home.html](http://www.twynstragudde.nl/NL/(293)-Home.html) geraadpleegd 29 januari 2013

Vitaal ZorgVast (2013) <http://www.vitaalzorgvast.nl/> geraadpleegd 30 januari 2013

Zonnehuisgroep Noord (2013) <http://www.zonnehuisgroepnoord.nl> geraadpleegd 14 februari 2013

Zorggroep Drenthe (2013) <http://www.zorggroepdrenthe.nl> 10 februari 2013

ZorgID (2013) <http://www.zorgid.nl> geraadpleegd 12 februari 2013

Wetten overheid (2012) [http://wetten.overheid.nl/BWBR0018906/geldigheidsdatum\\_20-11-2012#HoofdstukIII](http://wetten.overheid.nl/BWBR0018906/geldigheidsdatum_20-11-2012#HoofdstukIII) geraadpleegd 20 november 2012

Wierden en Borgen (2013) <http://www.wierdenenborgen.nl/projecten/in-uitvoering/project/artikel/leens-centrumplan-25> geraadpleegd 19 maart 2013

Woonzorg Nederland (2013) [http://www.woonzorg.nl/over\\_ons](http://www.woonzorg.nl/over_ons) geraadpleegd 5 februari 2013

Woudhuis Vastgoed (2013) <http://www.woudhuisvastgoed.nl/zorgwoningen/zorgwoningen.html> geraadpleegd 25 maart 2013

## **Bijlage A - Lijst met geïnterviewde personen.**

### **Zorginstellingen**

Bedrijf : Zorggroep Drenthe  
Categorie : Verzorging, Verpleging en Thuiszorg (VVT)  
Persoon : dhr. H. Breider  
Functie : controller (financiële afdeling)  
Persoon : dhr. W. Hofstede  
Functie : algemeen beleidsmedewerker  
Datum, plaats : 25 januari 2013, Assen  
Website : [www.zorggroepdrenthe.nl](http://www.zorggroepdrenthe.nl)

Bedrijf : GGZ Drenthe  
Categorie : Geestelijke Gezondheid Zorg (GGZ)  
Persoon : dhr. A. Milius  
Functie : vastgoed adviseur  
Persoon : mevr. P. Franken  
Functie : portefeuille manager vastgoed  
Datum, plaats : 29 januari 2013, Assen  
Website : [www.ggzdrenthe.nl](http://www.ggzdrenthe.nl)

Bedrijf : Lentis  
Categorie : Geestelijke Gezondheid Zorg (GGZ) en Verpleging, Verzorging (V&V)  
Persoon : dhr. T. Pieters  
Functie : portefeuille manager vastgoed  
Datum, plaats : 30 januari 2013, Zuidlaren  
Website : [www.lentis.nl](http://www.lentis.nl)

Bedrijf : Promens Care  
Categorie : Regionale Instelling Beschermd Wonen (RIBW)  
Persoon : dhr. S. Holkema  
Functie : bedrijfseconomische medewerker vastgoed  
Website : [www.promens-care.nl](http://www.promens-care.nl)

Bedrijf : Zonnehuis groep Noord  
Categorie : Verzorging, Verpleging en Thuiszorg (VVT)  
Persoon : dhr. J. Bos  
Functie : hoofd Backoffice facilitair bedrijf  
Datum, plaats : 8 februari 2013, Zuidhorn  
Website : [www.zonnehuisgroepnoord.nl](http://www.zonnehuisgroepnoord.nl)

Bedrijf : Interzorg  
Categorie : Verzorging, Verpleging en Thuiszorg (VVT)  
Persoon : dhr. R. Schoemaker  
Functie : manager vastgoed  
Persoon : dhr. H. Jager  
Functie : adviseur facilitaire zaken  
Datum, plaats : 20 februari 2013, Assen  
Website : [www.interzorg.nl](http://www.interzorg.nl)

Bedrijf : 's Heeren Loo Zorggroep  
Categorie : Gehandicaptenzorg (GHZ)  
Persoon : dhr. drs. A. Halm  
Functie : Directeur vastgoed  
Datum, plaats : 27 maart 2013, Amersfoort  
Website : www.sheerenloo.nl

### **Belangenorganisatie**

Bedrijf : Kennis Centrum Wonen en Zorg (KCWZ)  
Categorie : overkoepelende organisatie van Aedes en Actiz  
Persoon : dhr. R. Goes  
Functie : adviseur huisvestingbeleid wonen en zorg  
Datum, plaats : 4 maart 2013, Utrecht  
Website : www.kcwz.nl

### **adviseur**

Bedrijf : Twijnstra Gudde  
Categorie : adviseur en managers  
Persoon : dhr. G. Ten Hoonte  
Functies : adviseur  
Datum, plaats : 18 februari 2013, Amersfoort  
Website : www.twijnstragudde.nl

### **Ontwikkelaars**

Bedrijf : ZorgID  
Categorie : zorgvastgoed ontwikkelaar  
Persoon : dhr. R. Goossens  
Functie : Directeur  
Datum, plaats : 18 maart 2013, Amersfoort  
Website : www.zorgid.nl

Bedrijf : Vitaal ZorgVast  
Categorie : zorgvastgoed ontwikkelaar  
Persoon : dhr. G. Theans  
Functies : sector manager care  
Persoon : dhr. Ir. A. de Groot  
Functie : projectdirecteur  
Datum, plaats : 25 februari 2013, Bunnik  
Website : www.vitaalzorgvast.nl

Bedrijf : Leyten  
Categorie : ontwikkelaar  
Persoon : dhr. T. Berg  
Functies : conceptontwikkelaar  
Datum, plaats : 13 maart 2013, Drachten  
Website : www.leyten.nl



Bedrijf : Woudhuis Vastgoed BV  
Categorie : zorgvastgoed ontwikkelaar  
Persoon : dhr. drs. B. Halm  
Functies : directeur  
Datum, plaats : 27 maart 2013, Amersfoort  
Website : [www.woudhuisvastgoed.nl](http://www.woudhuisvastgoed.nl)

### **Beleggers**

Bedrijf : Syntrus Achmea Vastgoed  
Categorie : pensioenfonds belegger, zorgvastgoed fonds  
Persoon : mevr. Ir. I. Lim  
Functies : senior marktonderzoeker zorgvastgoed  
Datum, plaats : 4 februari 2013, Amsterdam  
Website : [www.syntrusachmeavastgoed.nl](http://www.syntrusachmeavastgoed.nl)

Bedrijf : Annexum  
Categorie : aanbieder van (zorg) vastgoed CV's  
Persoon : dhr. Drs. O. van Alphen  
Functies : directie  
Datum, plaats : 14 februari 2013, Amsterdam  
Website : [www.annexum.nl](http://www.annexum.nl)

### **Woningcorporaties**

Bedrijf : Woonzorg Nederland  
Categorie : woningcorporatie voor senioren huisvesting en zorgcomplexen  
Persoon : dhr. S. Hoogendoorn  
Functies : accountmanager  
Datum, plaats : 11 februari 2013, Groningen  
Website : [www.woonzorg.nl](http://www.woonzorg.nl)

## **Bijlage B – Interviewvragen zorginstelling**

Instelling :  
Categorie :  
Persoon :  
Functie :

### **Beleid**

1. Denkt uw organisatie dat het “scheiden van wonen en zorg” positieve ontwikkeling is voor (nieuwe) bewoners?
2. Gaat uw organisatie beleid en strategie op de nieuwe ontwikkelingen aanpassen?
3. Gaat uw organisatie zelfstandig woonruimte verhuren?
4. Heeft uw organisatie al plannen voor verouderd vastgoed?
5. In hoeverre is leegstand het gevolg in uw organisatie?
6. Wat is uw mening van de wijze van invoering van nieuw beleid?

### **Capaciteit**

1. Heeft uw organisatie een onderbouwing over de ontwikkeling van de zorgvraag in de toekomst?
2. Op welke type van zorgvragers verwacht u organisatie te gaan groeien/krimpen in de toekomst?

### **Financiering**

1. Heeft uw organisatie de voorkeur voor kopen of huren?
2. Op welke wijze gaat uw organisatie nieuwe vastgoed projecten financieren?
3. Is het huren van zorgcomplex voor uw organisatie een optie?
4. Schrijven uw organisatie af op vastgoed en komt dit overeen met de werkelijkheid?

### **Vastgoed**

1. Heeft het vastgoed ook een alternatieve aanwendbaarheid?
2. In hoeverre zijn moderne contractvormen mogelijk in de zorg (bouwteam, turn-key, PPS, DBFM(O))
3. Heeft uw organisatie voldoende kennis en ervaring om zelfstandig nieuwe projecten te organiseren?
4. Hoe denkt u organisatie op de gehele gebouw exploitatie te kunnen besparen (van initiatief t/m sloop)?

## **Bijlage c – Interviewvragen ontwikkelaars, beleggers en woningcorporaties**

Bedrijf :  
Categorie :  
Persoon :  
Functie :

### **Beleid en capaciteit**

1. Is uw organisatie van plan om in zorgvastgoed te gaan ontwikkelen/beleggen?
2. Welke zorgvastgoedmarkt zal in de komende jaren groeien?
3. Zal het scheiden van wonen en zorg positief werken op de woningmarkt ontwikkelingen voor de categorie wonen met zorg?
4. Is het voor zorginstellingen interessant om het vastgoed van een belegger te huren?
5. Wat zal de rol van de woningcorporatie in de toekomst zijn?
6. In hoeverre speelt demografische ontwikkelingen een rol bij het strategisch vastgoed beleid?
7. Aan welke eisen moeten huurders van gebouwen voldoen?

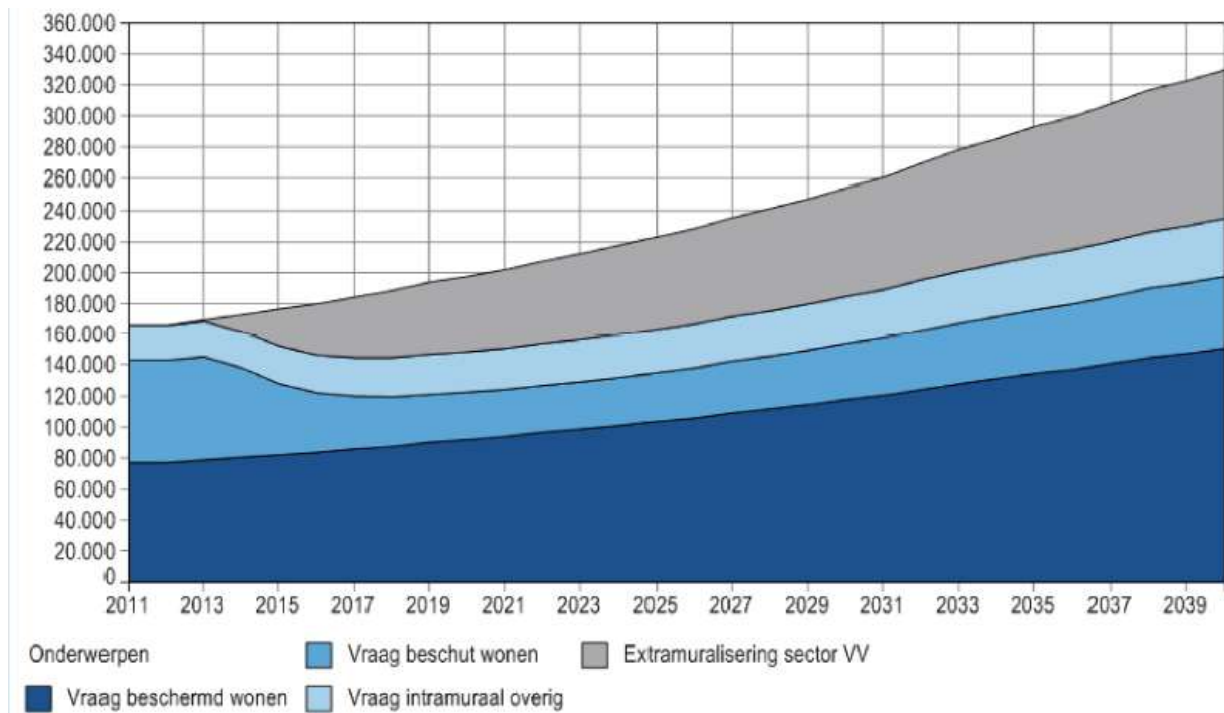
### **Financiering**

1. Op welke wijze wordt het vastgoed gefinancierd?
2. Wat is het geëiste rendement op vastgoedbeleggingen?
3. Welke manier van taxeren wordt toegepast om het (toekomstig) rendement te berekenen?
4. Schrijft uw organisatie ook af op vastgoed en tot hoever?
5. Op welke wijze wordt het risico ingeschat bij zorgvastgoed?

### **Vastgoed**

1. In hoeverre speelt alternatieve aanwendbaarheid een rol voor vastgoedbeleggingen?
2. In hoeverre zijn moderne contractvormen mogelijk in de zorg (bouwteam, turn-key, PPS, DBFM(O))
3. Hoe denkt u organisatie op het gehele gebouw exploitatie te kunnen besparen (van initiatief t/m sloop)?
4. Hoe denk uw organisatie een meerwaarde van vastgoed te kunnen creëren?

## Bijlage D – Overzicht woon/zorg ontwikkeling Nederland 2011-2040



Figuur 1 Ontwikkeling intramuraal wonen, Nederland 2011-2040 (bron: Fortuna, 2012)

**Beschut wonen** – omvat alle plaatsen in intramurale instellingen voor zover bewoond door personen met een ZZP1-4. Er wordt uitgegaan van een dalende vraag door de 'extramuralisering' van zorg.

**Beschermd wonen** - betreft woon- en verblijfsvormen met 24-uurs nabije zorg en bescherming. Met 'nabij' wordt bedoeld op zorg die permanent aanwezig is. In het algemeen betreft het onzelfstandig wonen. Concreet betekent dit dat alle plaatsen in intramurale instellingen voor zover bewoond door personen met een ZZP5-8 tot het beschermd wonen worden gerekend.

**Intramuraal overig** - omvat alle plaatsen in intramurale instellingen voor zover bewoond door personen met een ZZP9 of ZZP10. Deze cliëntengroep verblijft relatief kortdurend in een intramurale omgeving.

**Extramuralisering** - het wonen in zelfstandige woningen en de zorg thuis ontvangen. Er kan gebruik worden gemaakt van verzorging en verpleging vanuit een nabij gelegen zorgsteunpunt of intramurale zorginstelling.