

Zorgvastgoedontwikkeling

Strategiebepaling voor woningcorporaties



Auteur: Marco Peetsma
Begeleider: prof. dr. E.F. Nozeman
Rijks Universiteit Groningen
Master Vastgoedkunde

Groningen, augustus 2011



Voorwoord.

Er zijn een aantal grote veranderingen gaande wat betreft het bekostigingstelsel in de gezondheidszorg. Deze wijzigingen zijn van grote invloed op het zorgvastgoed dat veel zorginstellingen en in veel gevallen ook woningcorporaties in bezit hebben.

Zorgvastgoed is één van mijn interessegebieden op het gebied van vastgoed. Het is een segment dat veel potentie heeft, zeker gezien de demografische ontwikkelingen. Ook uit andere onderzoeken is dit al gebleken, maar deze onderzoeken belichten het onderwerp meer van de kant van de beleggers en de zorginstellingen. Onderzoek naar mogelijkheden en risico's voor woningcorporaties is er nauwelijks geweest.

Het leek mij daarom interessant dit onderwerp aan te snijden voor mijn masterthesis binnen de studie Vastgoedkunde aan de Rijks Universiteit Groningen, faculteit Ruimtelijke Wetenschappen.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van woningcorporatie Lefier in Hoogezand.

Ik wil Lefier bij deze bedanken voor het feit dat zij mij de mogelijkheid hebben geboden bij hen dit onderzoek uit te mogen voeren. De sfeer aldaar heb ik als zeer prettig ervaren. Bovendien was het interessant om ook op andere vlakken binnen Lefier mee te kunnen werken aan de werkzaamheden van Lefier. Ik wil in het bijzonder Frank Jongsma (procesmanager welzijn & vastgoed) bedanken voor de fijne samenwerking en zijn frisse blik op datgene wat ik geschreven heb over mijn onderzoek. Bovendien heeft Frank mij veel met de juiste mensen in contact gebracht wanneer dit nodig was. Daarnaast wil ik Esther Borstlap (manager maatschappij en markt) bedanken voor de mogelijkheden die ze mij gaf om meer bekend te raken met de werkzaamheden die horen bij een corporatie. Ik vond het interessant, leuk en afwisselend om zo nu en dan vraagstukken die speelden bij Lefier helpen op te lossen. Tenslotte wil ik Henk van der Meer (directeur Lefier Hoogezand) bedanken. Ook hij heeft me geholpen met het in contact komen met experts op het gebied van zorgvastgoed, zowel bij adviesbureaus als corporaties.

Vanuit de Universiteit ben ik begeleid door prof. dr. E.F. Nozeman. Zijn kritische aanwijzingen en ondersteuning hebben mij zeer geholpen tijdens het onderzoek, waarvoor bijzonder veel dank.

Tenslotte wil mijn familie, vrienden en vriendin bedanken voor de aanmoedigen en getoond begrip het afgelopen half jaar.

Groningen, augustus 2011

Marco Peetsma

Samenvatting

Grote veranderingen in het zorgstelsel en de beleidsveranderingen in de zorg zijn van aanzienlijke invloed op het zorgvastgoed. Sinds 2008 is het bouwregime komen te vervallen. Daarnaast is de invoering van de NHC component momenteel voorzien per 2012. Deze veranderingen brengen onzekerheid met zich mee, met als gevolg een 'bouwstop' in de gehele zorgsector.

Het veranderende overheidsbeleid vraagt om een andere houding van zorginstellingen. Er wordt van hen verlangd dat ze de stap maken van aanbodgerichte naar vraaggestuurde zorg. Concurrentie zal hierdoor toenemen. Bovendien zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor de kosten en baten en daarmee gepaard gaande risico's. Zorginstellingen moeten afwegen of ze het vastgoed zelf in bezit willen hebben of dit willen huren van bijvoorbeeld de corporatie.

Van oudsher zijn woningcorporaties natuurlijke partners van zorginstellingen als het gaat om vastgoedontwikkeling en -beheer in de care-sector.

Bovengenoemde veranderingen hebben indirect hun weerslag op corporaties. Er van uitgaande dat zorginstellingen en woningcorporaties natuurlijke partners blijven is het voor woningcorporaties van belang een duidelijke visie op en strategie ten aanzien van zorgvastgoed te hebben. Niet alleen omdat dit vanuit maatschappelijk belang verwacht wordt, maar ook omdat dit mogelijk kansen biedt.

Op basis van demografisch onderzoek kan gesteld worden dat de vraag naar zorgvastgoed toe zal nemen. Bovendien is veel van het huidige aanbod zorgvastgoed verouderd. Dit maakt (her)ontwikkeling daarom noodzakelijk.

Een strategie met duidelijke doelstellingen blijkt uit literatuuronderzoek en interviews bij corporaties vaak te ontbreken. Corporaties beoordelen aanvragen ad hoc en doelstellingen zijn veelal vaag geformuleerd. Hierdoor zijn prestaties niet goed meetbaar en te beoordelen.

Bovenstaande gaf aanleiding strategiebepaling van woningcorporaties te onderzoeken. Vanuit de theorie is een strategisch beslissingsmodel opgesteld dat toepasbaar is voor zorgvastgoedontwikkeling. Dit model is grotendeels gebaseerd op de meest gangbare theorieën m.b.t. strategieformulering van Andrews (1971) en Porter (1998). Deze theorieën zijn sterk gefocust op de marktsector. De marktsector verschilt wezenlijk van de non-profitsector. Het onderzoek is gericht op corporaties vandaar dat ook gezocht is naar theorieën voor de non-profit sector. Voor uitvoering van ontwikkelingen is vervolgens de koppeling gelegd met het ontwikkelproces volgens Nozeman (2010).

De hanteerbaarheid van het model in de praktijk is onderzocht d.m.v. interviews met adviseurs en corporaties. Op basis van deze interviews is het model aangevuld en aangepast. Beide partijen zijn van mening dat het model hanteerbaar is in de praktijk. Dit veronderstelt dat een uitgebreide strategische analyse t.a.v. zorgvastgoed noodzakelijk is.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
1. Introductie	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Probleemstelling	7
1.3 Doelstelling.....	7
1.4 Vraagstelling.....	7
1.5 Afbakening	8
1.6 Relevantie	8
1.6.1 Maatschappelijk	8
1.6.2 Wetenschappelijk	9
1.7 Onderzoeksopzet.....	9
1.7.1 Probleemanalyse	9
1.7.2 Diagnose	9
1.7.3 Ontwerp	9
1.7.4 Evaluatie	9
1.8 Methodologie.....	9
1.9 Dataverzameling	10
1.10 Conceptueel model	11
1.11 Leeswijzer.....	11
2. Strategische beslissingsmodellen	12
2.1 Inleiding.....	12
2.2 Verschillen tussen non-profit sector en marktsector.....	12
2.3 Strategieën	13
2.4 Klassieke benadering	14
2.5 Strategisch management voor non profit organisaties	14
2.6 Externe analyse	17
2.6.1 Maatschappelijke omgeving.....	17
2.6.2 Sectoromgeving	18
2.6.3 Operationele omgeving	19
2.6.3.1 Klantenanalyse.....	19
2.6.3.2 Concurrentie analyse.....	19
2.6.4 Kansen en bedreigingen	19
2.7 Interne analyse	20
2.7.1 Huidige strategie van organisatie	20
2.7.2 Analyse structuur en cultuur	20
2.7.3 Resultaten analyse.....	21
2.7.4 Sterkten en zwakten	21
2.8 SWOT-analyse.....	21
2.9 Strategische keuze	22
2.10 Formuleren van een strategie	22
2.11 Aanvulling en implementatie.....	22
2.12 Toelichting strategisch model	26
2.13 Evaluatie	26
2.14 Conclusie	26
3. Zorgvastgoed	28
3.1 Definitie zorgvastgoed.....	28
3.2 De zorg	28
3.2.1 Sectoren	28
3.2.2 Segmenten.....	28
3.2.3 Functies	29
3.3 Het vastgoed	29
3.4 Voorraad zorgvastgoed	30

3.4.1 Fusies	30
3.4.2 Boekwaarde.....	30
3.5 Huisvesting voor de care.....	31
3.6 Verpleeghuis	32
3.7 Verzorgingshuis	32
3.8 Kleinschalig wonen	33
3.9 Eigenaren zorgvastgoed.....	33
3.9.1 Zorginstellingen	33
3.9.2 Woningcorporaties	33
3.9.3 Beleggers	34
3.10 Trends in de zorg	35
3.10.1 Veranderend overheidsbeleid.....	36
3.10.2 Naar vraagsturing.....	36
3.10.3 Demografische veranderingen	37
3.10.4 Technologische ontwikkelingen.....	38
3.10.5 Veranderende eisen vraagzijde	38
3.10.6 Veroudering zorgvastgoed	38
3.10.7 Extramuralisering.....	38
3.10.8 Scheiden van wonen en zorg.....	39
3.10.9 Strategisch vastgoedmanagement	39
3.11 Conclusie	40
4. De bruikbaarheid van het strategisch beslissingsmodel; de visie van adviseurs	41
4.1 Strategiebepaling bij woningcorporaties.....	42
4.2 Stelselwijzigingen in de zorg.....	43
4.3 Knelpunten in zorgvastgoedontwikkeling	44
4.4 Het strategisch beslissingsmodel	46
4.5 Aanpassingen en aanvullingen.....	47
4.5.1 Portefeuille.....	47
4.5.2 Netwerkanalyse.....	48
4.5.3 DAS model.....	48
4.5.4 Beslismoment na initiatieffase	49
4.5.5 Interne projecten	49
4.5.6 Externe projecten	49
4.5.7 Compact model	49
4.6 Conclusie	50
5. De bruikbaarheid van het strategisch beslissingsmodel; de visie van corporaties	51
5.1 Strategiebepaling bij woningcorporaties.....	52
5.2 Stelselwijzigingen in de zorg.....	56
5.3 Knelpunten in zorgvastgoedontwikkelingen.....	57
5.4 Het strategisch beslissingsmodel	59
5.5 Aanvullingen van het strategisch beslissingsmodel.....	60
5.6 Conclusie	61
6. Conclusie & aanbevelingen	65
6.1 Hoofdvraag	65
6.2 Aanbevelingen	66
6.3 Vervolgonderzoek.....	68
6.4 Reflectie.....	68
Literatuurlijst	70
Bijlagen	72
Bijlage 1. Strategiebepaling	72
Bijlage 2. Consistentietest.....	73
Bijlage 3. Interview Adviseurs	74
Bijlage 4. Interview corporaties	76
Bijlage 5. Bijgewoonde symposia.....	77

1. Introductie

1.1 Aanleiding

Het beleid ten aanzien van huisvesting in de zorg en daarmee ook de wetgeving verandert ingrijpend. Bestaande regelgeving met betrekking tot budgettering en nacalculatie van huisvestingsvergoeding is vervangen door integrale genormeerde tarieven.

Sinds 1 januari 2008 hebben zorginstellingen geen vergunning meer nodig voor de bouw van nieuwe accommodaties tot het moment dat de integrale tarieven ingevoerd zullen worden. Het zogenoemde bouwregime is komen te vervallen. De invoering van deze integrale tarieven door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) staat gepland per 1 januari 2012.

Doel van deze maatregelen is dat de zorginstellingen zelf te maken krijgen met de kosten en de baten van hun investeringsbeslissing. Daarom zullen deze instellingen zelf moeten inspelen op de behoeften van de zorgvragers en daardoor dus efficiënter te werk moeten gaan (Nederlandse Zorg Autoriteit, 2010).

In het verleden werden de volledige huisvestingslasten vergoed door de overheid. De overheid stond garant. Hierdoor was er geen risico voor die partij die het vastgoed exploiteerde.

Door een zogenoemde normatieve huisvestingscomponent (NHC) aan zorgtarieven te koppelen wordt de vergoeding (en financieel rendement) afhankelijk van het aantal cliënten dat zorg aanvraagt bij de zorginstelling. Kort gezegd, de zorg zal veranderen van een aanbodgestuurde markt naar een vraaggestuurde markt.

Gevolg van deze beleidsverandering is dat de risico's die gelden voor exploitatie van vastgoed straks volledig voor de zorginstelling (mits die het vastgoed in eigen bezit heeft) of samenwerkende partijen zijn. Om deze ingrijpende verandering enigszins met beleid in te voeren zijn een tweetal overgangsregelingen getroffen. Ten eerste is een deel van de extra lasten in 2010 al vergoed, hierbij ging het om de zogenoemde immateriële vaste activa zoals ontwikkelings- en plankosten. Ten tweede komt er een garantieregeling tot 2018 die een (afnemende) garantie biedt aan zorginstellingen voor de kapitaallastenvergoeding zoals ze die normaal gesproken tijdens het bekostigingsregime gehad zouden hebben (Nederlandse Zorg Autoriteit, 2010). De exacte invulling van deze laatste overgangsregeling is echter nog niet duidelijk.

In het verleden is gebleken dat zorginstellingen en wooncorporaties vaak samenwerkende partners geweest zijn (Menagé, 2008). Wanneer zorginstellingen het vastgoed niet in eigen bezit (willen) hebben zullen zij wellicht toenadering zoeken tot wooncorporaties. Wanneer wooncorporaties vastgoed ontwikkelen, geldt dat het risico van exploitatie voor de corporatie is.

Omdat het exacte beleid, met betrekking tot de laatste overgangsregeling, nog niet vastgesteld is, heerst er veel onzekerheid. Gevolg hiervan is dat er nauwelijks nieuwe zorgvastgoed- ontwikkelingen plaatsvinden (Paul, 2010).

De zorg heeft niet alleen te maken met verandering van overheidsbeleid. Ook verandering in behoeften bij zorgvragers en demografische ontwikkeling zijn van belang. Waar voorheen ouderen vaak in een bejaardentehuis terecht kwamen, willen zij tegenwoordig zo lang mogelijk zelfstandig wonen. De zorg verandert meer en meer van

intramurale- naar extramurale zorg. Dit houdt ook in dat het oude zorgvastgoed niet meer aansluit bij de wensen van deze tijd. Daarnaast hebben we te maken met sterke vergrijzing. De vraag naar zorgvastgoed kan daardoor toenemen. Nieuwe ontwikkelingen zijn daarom nodig om aan te sluiten bij de vraag. Dit vraagt om actie gebaseerd op een duidelijke strategie.

Vanuit een corporatie is er behoefte aan duidelijkheid. In plaats van ad hoc beslissingen nemen wel of niet te investeren in zorgvastgoed is er juist behoefte aan overzicht. Vanuit Lefier, komt dan ook de vraag of het mogelijk dat overzicht te verkrijgen en hoe om te gaan met deze nieuwe beleidsmaatregelen.

1.2 Probleemstelling

Bij aanvragen met betrekking tot zorgvastgoedontwikkeling werd per specifieke situatie vaak gezocht naar een ad hoc oplossing. Duidelijk beleid gebaseerd op een strategisch vastgoedplan (SVP) of een strategisch beslissingsmodel ontbreekt vaak. Het ontbreken van een duidelijke visie hierop brengt onzekerheden met zich mee. Bovendien worden er kansen misgelopen.

Zeker nu er veel veranderingen op het gebied van overheidsbeleid gaande zijn, is het verstandig dit nauwlettend te monitoren en de eigen strategie hierop aan te passen.

De probleemstelling van dit onderzoek luidt daarom: *Corporaties nemen vaak ad-hoc beslissingen met betrekking tot zorgvastgoedontwikkeling. Het ontbreekt hen vaak aan een strategisch beslissingsmodel waarmee vooraf snel en duidelijk bepaald kan worden wel of niet te investeren in een project.*

1.3 Doelstelling

Er is veel onderzoek gedaan vanuit het perspectief van de institutionele belegger en de zorginstelling. Echter, onderzoek vanuit het perspectief van de wooncorporatie ontbreekt. Door wetswijzigingen te belichten, rendementen in care- en commerciële sector te onderzoeken, verschillende scenario's te doorgronden en opvattingen bij zorginstellingen en corporaties in kaart te brengen, wordt meer duidelijkheid verkregen voor beide partijen, zodat deze partijen elkaar beter begrijpen. Hierdoor zou de vastgelopen ontwikkeling weer in gang gezet kunnen worden.

Met het bovenstaande als fundament is de doelstelling van dit onderzoek: *een duidelijk strategisch beslissingsmodel ontwerpen voor corporaties, om strategische investeringsbeslissingen te kunnen nemen op het gebied van ontwikkeling van zorgvastgoed in de care sector.*

Dit wil niet zeggen dat het beslissingsmodel dé enige oplossing is voor de problematiek rondom de ontwikkeling van zorgvastgoed. Het zal wel meer kennis en inzicht kunnen verschaffen in stappen die genomen moeten worden wanneer over nieuwe ontwikkelingen besloten moet worden.

1.4 Vraagstelling

Hoofdvraag:

Is het mogelijk voor een corporatie een strategisch beslissingsmodel te ontwerpen en op betrouwbaarheid te toetsen dat betrekking heeft op de ontwikkeling en exploitatie van zorgvastgoed?

Deelvragen:

1. Wat is een strategisch beslissingsmodel en zijn er specifieke modellen voor de profit en non-profit sector, zo ja, waaruit bestaan overeenkomsten en verschillen?
2. Is er een strategisch beslissingsmodel voor corporaties? Zo ja, hoe ziet dat eruit? Zo niet, waaraan dient dat te voldoen?
3. Wat is zorgvastgoed, welke typen zorgvastgoed zijn er te onderscheiden en wat zijn de belangrijkste trends binnen de zorg voor zover die op het vastgoed invloed hebben?
4. Welke ingrediënten bevat een strategisch beslissingsmodel voor corporaties m.b.t. zorgvastgoed?
5. Is het ontwikkelde strategisch beslissingsmodel bruikbaar in de praktijk van corporaties?

1.5 Afbakening

Het onderzoek richt zich op het ontwikkelen van een strategisch beslissingsmodel voor de corporatie ten aanzien van zorgvastgoedontwikkeling voor de care sector.

Ontwikkelingen binnen de cure sector worden buiten beschouwing gelaten, omdat er doorgaans geen aanvragen komen vanuit dit type instellingen richting corporaties.

Het gaat met name om ontwikkelingen in zorgvastgoed die tot stand komen door samenwerking van een wooncorporatie en een zorginstelling. Als er wordt gesproken over ontwikkeling, zal het gaan om nieuwbouw, sloop of herstructurering.

Met zorgvastgoed wordt in dit onderzoek bedoeld op AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) gefinancierde ontwikkelingen voor de care sector.

Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van Lefier. Zij bedient een relatief grote markt, namelijk van zuidoost Groningen tot aan zuidoost Drenthe. Gegevens die verkrijgbaar zijn via Lefier kunnen als voorbeeld dienen. Daarnaast zullen ook andere corporaties om informatie en visie gevraagd worden, zodat er een beter algeheel beeld van de corporatie ontstaat.

Wanneer in dit onderzoek de termen risico en rendement voorkomen, zal dit niet slechts over financieel rendement en financieel risico gaan. Ook maatschappelijk risico en rendement spelen een belangrijke rol binnen non-profit organisaties.

1.6 Relevantie

1.6.1 Maatschappelijk

Omdat het overheidsbeleid aanstuurt op meer marktwerking in de zorg, wordt van zorginstellingen, wooncorporaties en beleggers verwacht dat deze 'zorgmarkt' nauwlettend in de gaten gehouden wordt. Vraag en aanbod zullen op elkaar afgestemd moeten worden om zorg rendabel en tegen 'normale' tarieven aan te kunnen bieden. Inefficiënt ruimtegebruik in zorgvastgoed leidt tot verliezen met mogelijke faillissementen tot gevolg. Bij een tekort aan ruimte echter, worden kansen (rendement) misgelopen. Ondanks dat al deze veranderingen aan veel mensen voorbij gaan is het maatschappelijk gezien van belang om die zorg te kunnen bieden die nodig is en om aan de wensen van de 'zorgklant', in het perspectief van de zorginstelling, en huurder, in het perspectief van de wooncorporatie, te kunnen blijven voldoen. Daarom is kennis van de markt en een duidelijk strategisch plan van belang.

1.6.2 Wetenschappelijk

Onderzoek naar gevolgen van beleidsverandering in de zorg voor zorginstellingen en institutionele beleggers is ruim voorhanden. Onderzoek vanuit het perspectief van de wooncorporatie ontbreekt echter nog, terwijl deze partij toch een heel belangrijke rol speelt. Vandaar dat het perspectief van de corporatie centraal staat in dit onderzoek. Daarnaast heeft het onderzoek als doel het ontwerpen van een strategisch beslissingsmodel voor de corporatie als non-profit organisatie. Een vraag die hierbij gesteld kan worden is: verschilt een strategisch beslissingsmodel voor een non-profit organisatie wezenlijk van een model voor een profit organisatie, en waardoor ontstaat dit verschil? Wetenschappelijk onderzoek op dit gebied is er tot op heden nog nauwelijks.

1.7 Onderzoeksopzet

1.7.1 Probleemanalyse

Deze fase behoeft geen aandacht. Het probleem is reeds geconstateerd en er is voldoende over geschreven. Deze literatuur kan gebruikt worden in de volgende fase.

1.7.2 Diagnose

Er kan vrijwel direct begonnen worden aan een diagnose. De eerste 4 deelvragen richten zich met name op dit deel van het onderzoek. Daarbij zal eerst aandacht besteed worden aan strategische beslissingsmodellen. Het onderzoek richt zich hierbij op de vraag hoe strategische beslissingsmodellen opgebouwd zijn. Daarnaast is het verschil in strategische beslissingsmodellen van profit- en non-profit organisaties van belang. Een exacte definiëring van zorgvastgoed is ook noodzakelijk. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan alle factoren die een rol spelen bij het bepalen van een strategie voor ontwikkeling van zorgvastgoed. Wanneer alle factoren bekend en onderzocht zijn kunnen er eventueel nog wijzigingen plaatsvinden in het model.

1.7.3 Ontwerp

Het ontwerp van het strategische beslissingsmodel vormt daarmee de basis voor nieuwe kennis en inzichten voor de oplossing van het probleem. Het model zal vooraf worden ontworpen aan de hand van een sterk theoretisch fundament. Vervolgens kunnen er tijdens het onderzoek nog aanpassingen plaatsvinden ter verbetering van het model.

1.7.4 Evaluatie

Tenslotte moet het strategisch beslissingsmodel getoetst worden aan de hand van de praktijk. Een aantal experts zal gevraagd worden of het model volledig is en daadwerkelijk bij kan dragen aan het op gang brengen van ontwikkeling van zorgvastgoed.

1.8 Methodologie

Bij het ontwerpen van een strategisch beslissingsmodel zal een ontwerpde onderzoeksmethode gehanteerd worden (Verschuren en Doorewaard, 2007). Daarbij is kennis vanuit de literatuur en praktijkonderzoek van belang. Kenmerkend voor een ontwerpde onderzoek is dat er zowel evaluerende als verklarende vragen aan vooraf gaan (Oost en Markenhof, 2002).

Na het verkrijgen van een stevig theoretisch fundament d.m.v. literatuurstudie, kunnen er gerichte vragen gesteld worden m.b.t. de factoren die een rol spelen bij het bepalen van een strategie. Deze factoren vragen om zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek. De uitkomsten van het onderzoek naar de factoren zullen leiden tot betere afwegingen bij het ontwerpen van het model. Informatie die niet beschikbaar is vanuit de literatuur zal verkregen worden doormiddel van interviews.

Tenslotte zal het strategisch beslissingsmodel aan een aantal experts worden voorgelegd om de bruikbaarheid ervan te laten beoordelen aan de hand van hun praktijkervaring. Dit zal een open interview betreffen.

Door bovenstaande methoden te gebruiken zal de algemeen geldigheid van de uitkomsten van het onderzoek zoveel mogelijk gewaarborgd blijven (Verschuuren en Doorewaard, 2007).

1.9 Dataverzameling

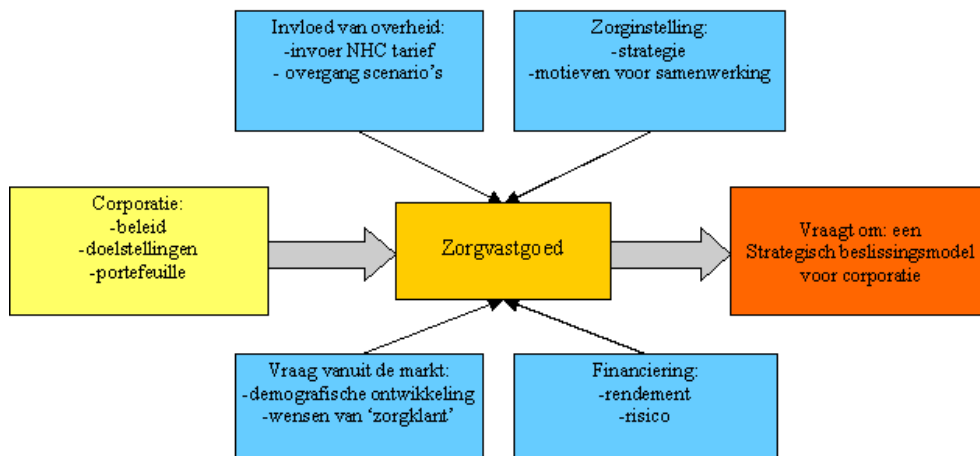
De hoofdstukken die betrekking hebben op het opstellen van een strategische beslissingsmodel zullen met name gebaseerd zijn op literatuurstudie.

Factoren die van belang zijn bij zorgvastgoedontwikkeling zullen tevens gebaseerd zijn op bestaande literatuur als overheidsdocumenten, beleidstukken van corporatie, maar ook bijgewoonde congressen.

Typische manieren van dataverzameling voor een ontwerp onderzoek zijn: enquêteren, observatie, experiment, open interviews en groepsgesprekken (Oost en Markenhof, 2002). Om aan de eisen van algemeen geldigheid te voldoen is het noodzaak het ontwerp te toetsen. Hiervoor dienen de interviews met experts op het gebied van zorg en vastgoed.

Naast bovengenoemde dataverzamelingsmethoden zullen er een aantal congressen bijgewoond worden die georganiseerd worden in het kader van zorgvastgoedontwikkeling. Bijgewoonde congressen en symposia zijn opgenomen in bijlage 5.

1.10 Conceptueel model



1.11 Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk zal het strategisch beslissingsmodel aan de orde komen. Aan de hand van theoretische achtergrond wordt aan het eind van het hoofdstuk een strategisch beslissingsmodel gepresenteerd voor een non-profit organisatie, de corporatie.

Aan het eind van het hoofdstuk zijn de deelvragen 1 en 2 beantwoord.

In hoofdstuk 3 wordt o.a. aandacht besteed aan de exacte definiëring van zorgvastgoed, verschillende typen zorgvastgoed en trends binnen de zorg die van invloed kunnen zijn op het vastgoed. Daarmee zal deelvraag 3 beantwoord worden.

In hoofdstuk 4 zal het strategisch beslissingsmodel voorgelegd worden aan adviseurs. Op basis van hun visie kan het model dat in hoofdstuk 2 is samengesteld aangepast en gewijzigd worden. Tevens worden stellingen uit de theorie gecontroleerd. De deelvragen 4 en 5 worden hiermee grotendeels beantwoord.

In hoofdstuk 5 zal tenslotte het model voorgelegd worden aan corporaties. Het model wordt nogmaals getoetst op hanteerbaarheid.

Ook de visie van Lefier zal vergeleken worden met die van andere corporaties, dit dient tevens als basis voor aanbevelingen aan Lefier. Beantwoording van de deelvragen 4 en 5 zal in dit hoofdstuk compleet zijn.

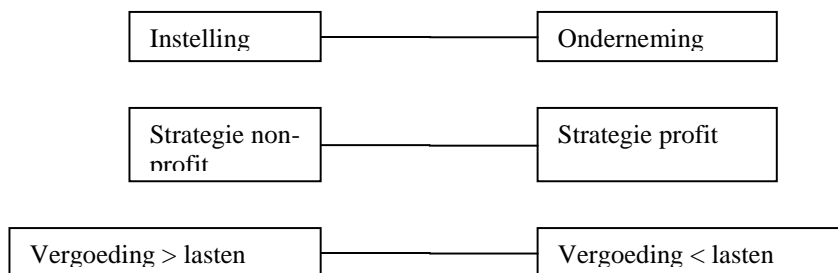
Tenslotte zullen de conclusies en aanbevelingen opgenomen worden in hoofdstuk 6.

2. Strategische beslissingsmodellen

2.1 Inleiding

Beleidsveranderingen van de overheid kunnen zorgen voor grote onzekerheid. Van non-profit organisaties als zorginstellingen en wooncorporaties wordt min of meer een cultuuromslag verwacht van instelling richting onderneming. Dat wil niet zeggen dat verwacht wordt dat deze organisaties profit-organisaties moeten worden, maar dit houdt wel in dat deze organisaties strategieën en werkwijzen moeten aanpassen. Van hen wordt verwacht meer bedrijfsmatig naar activiteiten te kijken, waarbij de opbrengsten opwegen tegen de kosten. Meer marktwerking is daarbij het devies. De overheid draait tegelijkertijd de geldkraan steeds verder dicht en stuurt meer aan op prestatiebekostiging. Financiële risico's nemen daarmee toe waardoor organisaties worden gedwongen efficiënter te werken.

De veranderingen door invoering van de NHC-tarieven en de gewenste strategische veranderingen kunnen als volgt worden weergegeven (Kroesbergen, 2011):



Figuur 2.1 Veranderingen van invloed op strategie. Bron: bewerking Kroesbergen 2010.

Het veranderen van de strategie waarbij meer gekeken wordt naar strategieën van profit-organisaties klinkt eenvoudig, maar dat is het niet. Non-profit organisaties behartigen andere belangen, zoals maatschappelijk belang. Hier dient rekening mee gehouden te worden.

2.2 Verschillen tussen non-profit sector en marktsector.

Omdat de overheid meer aanstuurt op marktwerking is het daarom logisch om de verschillen tussen de non-profit sector en de marktsector te vergelijken. Onderstaande tabel geeft de specifieke kenmerken van beide sectoren.

Kenmerken	Non-profit sector	Marktsector
Soort organisatie	Hybride	Marktorganisatie
Financiering	Budgetsubsidie, eigen bijdrage	Betalende klanten
Randvoorwaarden	Wetgeving, contractafspraken	Wetgeving, interne afspraken
Invloed politiek	Groot/direct	Gering/indirect
Eigendom	Professionals en financiers	Vooraf aandeelhouders
Doelen	Vaag, multiple	Helder en eenduidig
Drijfveren	Professionaliteit	Financieel

Tabel 2.1 Verschillen tussen sectoren. Bron: bewerking tabel Joldersma et al. 2000

Met de huidige beleidsplannen zullen vooral veranderingen plaats moeten vinden binnen de rood weergegeven kenmerken. Binnen de financiering vinden de grootste veranderingen plaats. Volledige kapitaallastenvergoeding verandert immers in een NHC

component. De overheid staat dan niet meer garant. Daarnaast zal ieder te ontwikkelen project als business case bekeken dienen te worden. Voor financiering bij de bank zal dit ook als zodanig beoordeeld worden (Van Schaik, 2011).

Om gedane investeringen te kunnen verantwoorden is het nodig duidelijke doelstellingen te formuleren, waardoor die prestaties definieerbaar zijn en daardoor ook meetbaar zijn. Binnen non-profit organisaties zijn doelstellingen vaak vaag in vergelijking met doelstellingen binnen de marktsector. Hierdoor kunnen er vaak meerdere interpretaties aan gegeven worden en zijn deze doelstellingen ook moeilijk meetbaar (Mouwen, 1998). Tenslotte zullen drijfveren ook enigszins aan verandering onderhevig zijn. Waar de marktsector in principe als belangrijkste drijfveer financieel rendement kent, ligt dat voor de non-profit sector anders. Maatschappelijk rendement speelt een belangrijke rol. Dit wil men bereiken door producten en diensten aan te bieden aan die mensen die dat nodig hebben. Met de huidige beleidsveranderingen zijn onuitputtelijke subsidies voor onrendabele toppen niet meer aan de orde. Het verdient prioriteit om de business case sluitend te krijgen.

2.3 Strategieën

Het feit dat van non-profit organisaties gevraagd wordt meer als onderneming naar de (bedrijfs)activiteiten te kijken vraagt om een blik op bedrijfstrategieën die bruikbaar zijn voor non-profitorganisaties.

Meest bekende theorieën over bedrijfstrategieën zijn afkomstig van Porter in zijn boek 'Concurrentie strategie' en het vervolg erop, 'Concurrentie voordeel'. Tevens hebben Johnson en Scholes (2002) een belangrijke bijdrage geleverd aan theorievorming rondom Corporate Strategy.

Johnson en Scholes geven in hun werk een duidelijke omschrijving van het begrip strategie: *'Strategy is the direction and scope of an organisation over the long term, which achieves advantage for the organisation through its configuration of resources within a changing environment and to fulfill stakeholders expectations'*.

Het valt op dat deze theorieën sterk gericht zijn op het formuleren van strategieën om concurrentiepositie te behouden of te versterken. Voor non-profitorganisaties als een wooncorporatie is concurrentie niet zozeer van toepassing. Eerder zou men een beeld moeten hebben van concurrerende organisaties. Dat neemt niet weg dat deze theorieën een stevig houvast bieden om bijvoorbeeld doelstellingen te formuleren, de bedrijfstak te analyseren en een strategie te formuleren die ook van toepassing is op een non-profitorganisatie.

Porter gebruikt als basis voor zijn theorieën de klassieke benadering van strategieformulering (Andrews, 1971) die, zoals hij zegt, standaard is geworden op dit terrein.

De Klassieke benadering van Andrews tezamen met uitwerkingen van Porter zullen als basis dienen voor de strategiebepaling in dit onderzoek. Daarnaast is het belangrijk het karakter van een non-profit organisatie niet uit het oog te verliezen. Daarom zal voor de strategische analyse, de strategische keuze en strategische implementatie ook gebruik gemaakt worden van theorieën volgens Joldersma, Mouwen, Otto en Geurts (2000). Deze theorieën vertonen overigens veel gelijkenissen. Tenslotte zal voor de strategische implementatie (of procesregie) ook gebruik worden gemaakt van het ontwikkelproces volgens Nozeman (2010). Dit vanwege het feit dat getracht wordt een strategisch

beslissingsmodel te realiseren dat gebruikt kan worden voor de ontwikkeling van zorgvastgoed in de care sector. Uiteindelijk zal het mogelijk zijn stap voor stap het model te doorlopen..

2.4 Klassieke benadering

In feite is een strategie een combinatie van doelstellingen en middelen of beleid, waarmee deze doelstellingen bereikt kunnen worden. De doelstellingen staan daarbij centraal. Dit kunnen bijvoorbeeld financiële- of maatschappelijke doelstellingen zijn. Om deze doelstellingen te bereiken is de organisatie actief op een aantal beleidsterreinen. Wanneer de organisatie een heldere doelstelling geformuleerd heeft en de verschillende beleidsterreinen bekend zijn, kan zij een basisstrategie ontwikkelen. Deze strategie bepaalt de gezamenlijke activiteiten van de organisatie (Porter, 1998).

Daarnaast stelt Porter dat er vier sleutelfactoren belangrijk zijn voor het bepalen wat de organisatie met succes kan bereiken, of niet.

Ten eerste de ‘sterke en zwakke punten van een bedrijf’. Dit moet een beeld geven van de bedrijfsmiddelen en vaardigheden in vergelijking met de concurrentie.

Ten tweede de ‘persoonlijke inbreng van de belangrijkste beleidsuitvoerders’. Dit is afhankelijk van de motivatie en prioriteiten van het management en personeel dat de strategie tot uitvoering moet brengen.

Ten derde de ‘kansen en bedreigingen in een bedrijfstak’. Dit heeft betrekking op het concurrentieklimaat en risico’s en mogelijkheden binnen het werkveld.

Tenslotte de vierde sleutelfactor, de ‘maatschappelijke verwachtingen’. Dit is een belangrijke factor voor een wooncorporatie. Hieronder vallen bijvoorbeeld het overheidsbeleid en maatschappelijke belangen.

Wanneer eenmaal de strategie is bepaald, is het van belang de strategie te testen op consistentie. Daarvoor heeft Andrews (1971) een consistentietest uitgewerkt. Hiermee kan duidelijk bepaald worden of de doelstellingen juist zijn en of deze haalbaar zijn met de huidige manier van implementatie (bijlage 2).

2.5 Strategisch management voor non profit organisaties

De klassieke benadering en de theorieën van Porter zijn zoals eerder gezegd sterk gericht op het bedrijfsleven. Benaderingen vanuit de non-profit sector zijn echter ook van belang. Strategisch management binnen non-profit organisaties betreft het omgaan met zowel interne als externe ontwikkelingen. Het gaat daarbij om: de positie van de organisatie in de omgeving (strategische analyse), het genereren, beoordelen en selecteren van strategische opties om die positie te verbeteren (strategische keuze) en het realiseren van strategische opties (strategie-implementatie). Daarbij gaat het om drie dimensies, namelijk: inhoudelijke koersbepaling, procesregie en metabesturing. Met inhoudelijke koersbepaling wordt bepaald *wat* de organisatie wil bereiken. Procesregie houdt zich bezig met *hoe* de organisatie dit doel wil bereiken. Metabesturing houdt zich bezig met de vraag *of* de organisatie deze doelstelling kan bereiken (Joldersma, Mouwen, Otto & Geurts, 2000).

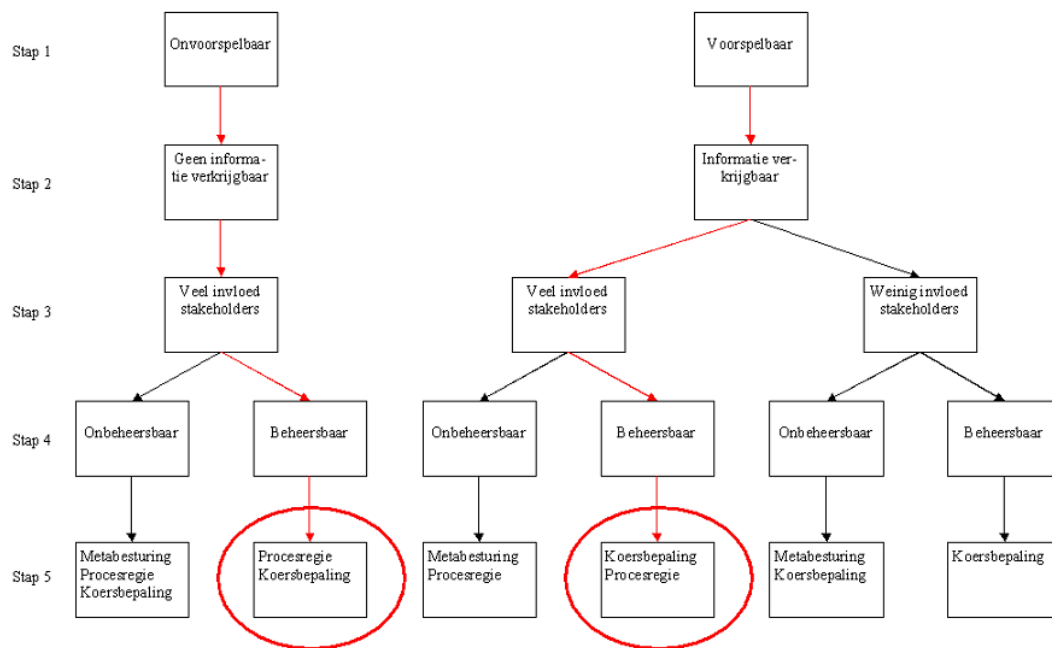
Daarmee voldoet deze omschrijving tevens aan de omschrijving die Johnson en Scholes (2002) geven: ‘*Strategic management includes understanding the strategic position of an organisation, strategic choices for the future and turning strategy into action*’.

Strategisch management wordt in de literatuur in vrij algemene termen omschreven. Deze theorieën zijn daarom toepasbaar op een grote verscheidenheid aan organisaties. Omdat zorgvastgoedontwikkeling een heel specifieke ontwikkeling is, wordt daarom getracht om in dit hoofdstuk van algemeen naar specifiek, naar een overzichtelijk strategisch beslissingsmodel voor ontwikkeling van zorgvastgoed te werken.

De probleemsituatie heeft veel invloed op de aanpak van strategisch management. De vier belangrijkste elementen daarbij zijn (Joldersma et al., 2000):

1. Voorspelbaarheid van de toekomst
2. Beschikbaarheid van informatie
3. Invloed van stakeholders
4. Beheersbaarheid

Met onderstaand model trachten Joldersma et al. (2000) de probleemsituatie te positioneren:



Figuur 2.2 De probleemsituatie. Bron: eigen bewerking model Joldersma et al., 2000.

In bovenstaand schema staat overzichtelijk weergegeven welke situatietekenen van strategisch management te onderscheiden zijn. Daarbij is met rode pijlen aangegeven wat van toepassing kan zijn op de toekomstige ontwikkeling van zorgvastgoed. De eerste stap in het schema gaat over de bepaling van de voorspelbaarheid van de toekomst. Specifiek voor de ontwikkeling van zorgvastgoed kan worden gesteld dat het deels onvoorspelbaar is en deels voorspelbaar. Dat er beleidsveranderingen van de overheid komen staat vast. De precieze inhoud is echter nog onzeker. Daarnaast valt op relatief korte termijn nog wel te voorspellen wat trends en ontwikkelingen zijn binnen de gezondheidszorg, zoals demografische ontwikkelingen en wensen van zorgbehoevenden. Maar des te langer de termijn, des te lastiger ontwikkelingen te voorspellen zijn. Vandaar dat voor beide opties gekozen is.

De voorspelbaarheid van de toekomst en de verkrijgbaarheid van informatie staat in nauw verband met elkaar. Onvoorspelbaarheid komt voort uit slechte verkrijgbaarheid van informatie, dit geldt tevens andersom. In het model is daarom de tweede stap ook verklaarbaar.

Aangenomen mag worden dat een woningcorporatie veel waarde hecht aan haar stakeholders, zoals de bewoners, de samenwerkende zorginstelling, gemeente etc. Deze stakeholders zullen mogelijk veel invloed hebben op het te ontwikkelen zorgvastgoed (stap3).

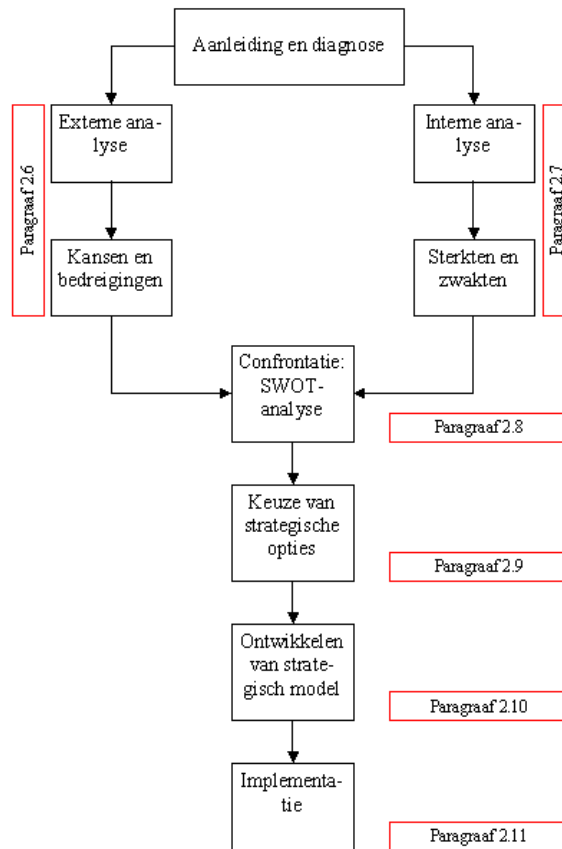
Door procesregie wordt getracht de situatie en ontwikkeling beheersbaar te maken. Er wordt daarom vanuit gegaan dat de situatie beheersbaar is (stap 4).

Uiteindelijk blijven er in stap 5 twee specifieke situaties over, waarbij het op het gebied van strategisch management gaat om twee dimensies, namelijk koersbepaling en procesregie.

De eerste situatie waarbij de ontwikkelingen onvoorspelbaar zijn kenmerkt zich door een kennisprobleem. Een voorbeeld bij deze situatie op het gebied van zorgvastgoedontwikkeling is het feit dat de zorginstelling vaak te weinig kennis van vastgoed in huis heeft, en daartegenover de woningcorporatie of andere ontwikkelaar die weinig kennis van zorg heeft. Procesregie kan hier een belangrijke rol in spelen door kennis van verschillende stakeholders te benutten om tot ontwikkeling te komen. Daarnaast kunnen onvoorspelbare situaties d.m.v. scenario analyses in kaart gebracht worden (Joldersma et al., 2000).

De tweede situatie kenmerkt zich als een voorspelbare situatie met voldoende beschikbare informatie. Ook heeft het management al enige koersbepaling in het hoofd, echter zij heeft nog niet een duidelijk idee hoe dit gecommuniceerd moet worden. Het gaat hier om een uitvoeringsprobleem. Procesregie is hierbij belangrijk. Veel aandacht zal hier uit moeten gaan naar het creëren van draagvlak bij de stakeholders.

Om de koers te kunnen bepalen en een strategisch model te kunnen ontwikkelen zullen eerst relevante factoren die een rol spelen bij zorgvastgoedontwikkeling, en die geanalyseerd dienen te worden, behandeld worden. Koersbepaling ziet er in schema als volgt uit:



Figuur 2.3 Koersbepaling. Bron: Van Zoest (1995)

2.6 Externe analyse

Een externe analyse heeft betrekking op de omgeving waarin de organisatie zich bevindt. Daarin vallen drie omgevingen te onderscheiden, namelijk de maatschappelijke omgeving, de sectoromgeving en de directe- of operationele omgeving. Deze omgevingen worden één voor één behandeld.

2.6.1 Maatschappelijke omgeving

De maatschappelijke omgeving heeft slechts indirect invloed op de organisatie, maar kent zeker zijn weerslag. Factoren die hierop van invloed zijn worden ook wel aangeduid met de afkorting 'DESTEP'. Dit staat voor demografische-, economische-, sociaal-culturele-, technologische-, ecologische- en politieke ontwikkelingen (Joldersma et al. 2000).

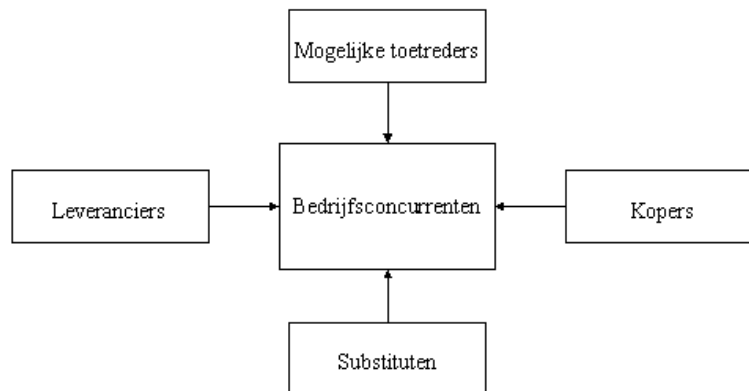
Bij demografische ontwikkelingen zou men kunnen denken aan krimp, ontgroening en vergrijzing. Economische ontwikkelingen zijn in breed opzicht van belang voor financiële haalbaarheid. Sociaal- culturele ontwikkelingen zijn van invloed op wensen en behoeften van mensen. Technologie speelt een steeds belangrijkere rol, bijvoorbeeld wat betreft aanpassingen voor domotica. Ecologische ontwikkelingen spelen vandaag de dag een heel belangrijke rol. Er zijn nauwelijks nieuwe ontwikkelingen waarbij niet aan duurzaamheid gedacht wordt. Tenslotte zijn politieke ontwikkelingen misschien wel het meest van belang. Corporaties zijn namelijk sterk afhankelijk van wet en regelgeving afkomstig van de overheid. Overheidsbeleid verandert regelmatig.

Van bovenstaande ontwikkelingen zal een nauwkeurige analyse gemaakt moeten worden om kansen en bedreigingen in te kunnen schatten.

2.6.2 Sectoromgeving

De sectoromgeving bestaat uit organisaties in de nabije omgeving die in de ogen van de klant/afnemer elkaars substituut zouden kunnen zijn. In het geval van een woningcorporatie zijn dit andere woningcorporaties. Toegepast op zorgvastgoed, kunnen dit ook zorginstellingen zijn die zelfstandig zorgvastgoed ontwikkelen of bijvoorbeeld beleggers.

Om de positie van de organisatie te bepalen in een bepaalde sector heeft Porter (1998) het vijf krachten model ontwikkeld (figuur 2.4). Deze vijf krachten zijn van invloed op de winstgevendheid van de organisatie, en daarmee ook op de concurrentiepositie. Het model is sterk gericht op bedrijven. Dus voor een non-profit organisatie als een wooncorporatie is enige aanpassing vereist. In eerste instantie zullen non-profit organisaties niet snel van concurrentie spreken. Dit kan echter wel het geval zijn wanneer er bijvoorbeeld strijd ontstaat om beperkte subsidieverlening van gemeente of provincie, of wanneer meerdere organisaties werkzaam zijn in hetzelfde gebied voor dezelfde doelgroep.



Figuur 2.4 Vijf krachten model. Bron: Porter (1998)

De vijf krachten worden achtereenvolgens uiteengezet.

Het is altijd mogelijk dat er nieuwe toetreders op de markt verschijnen. Om deze concurrentie het hoofd te bieden is het van belang de reputatie, het imago en vertrouwen hoog te houden (Joldersma et al. 2000).

Kopers of afnemers van een non-profitorganisatie als een wooncorporatie moeten niet alleen gezocht worden bij bewoners of huurders. Ook gemeenten of andere organisaties en opdrachtgevers kunnen klant zijn van de organisatie. Hun onderhandelingspositie wordt bepaald door de positie die de klant heeft ten opzichte van de organisatie en de concurrentie (Porter, 1998).

Substituten zijn producten of diensten die elkaar kunnen vervangen. Deze substituten kunnen op alternatieve wijze voorzien in de behoeften van de afnemers. Dit kan een bedreiging zijn voor het huidige of nieuwe aanbod van producten omdat bijvoorbeeld de resultaten beter zijn, of de kosten lager (Joldersma et al. 2000).

Leveranciers hebben een bepaalde machtspositie ten opzichte van de organisatie. Onderlinge afspraken met betrekking tot te leveren producten en prijsafspraken zijn van belang voor de concurrentiepositie van de organisatie.

Concurrentie is een lastig begrip voor non-profit organisaties. Men spreekt eerder van aanvullende dienstverlening dan van concurrentie. Dit heeft te maken met het feit dat een

non-profit organisatie diensten of producten levert voor diegene of daar waar de markt haar werk niet goed doet. Maar daarom kan de organisatie wel in kaart brengen waar zij zich onderscheidt van haar concurrenten.

Door middel van bovenstaande vijf krachten bepaalt zij de positie van de organisatie in de sector.

2.6.3 Operationele omgeving

Twee factoren die van belang zijn in de operationele omgeving zijn directe klanten en directe concurrenten.

2.6.3.1 Klantenanalyse

Klanten van een non-profitorganisatie zijn zowel directe gebruikers als indirecte gebruikers. Daarnaast behoren ook opdrachtgevers en financiers tot de klanten van de organisatie.

Om inzicht te krijgen in de meerwaarde die het product of dienst, die de organisatie levert, daadwerkelijk oplevert is het verstandig regelmatig te onderzoeken wat de wensen en behoeften van de klanten zijn. Daarbij kan een organisatie drie zaken onderzoeken. Namelijk de te onderscheiden doelgroepen, de wensen en behoeften van klanten en onvervulde behoeften van klanten (Joldersma et al. 2000).

Op deze manier kan de organisatie zoeken naar nieuwe mogelijkheden om klanten in behoeften te voorzien.

2.6.3.2 Concurrentie analyse

Voor een non-profit organisatie gaat het niet altijd zozeer om de concurrent, maar wel bijvoorbeeld om eventuele (samenwerkings)partners. Partners of concurrenten zijn organisaties waarbij de klant, de opdrachtgever of de financier hetzelfde soort product kan verkrijgen. In bepaalde sectoren speelt concurrentie wel een grotere rol, zoals bijvoorbeeld de thuiszorg. Het is bovendien goed denkbaar dat wanneer de overheid meer marktwerking wil bewerkstelligen in bepaalde sectoren, hierdoor concurrentie toe zal nemen.

Door te analyseren wat de doelstellingen zijn en het beleid is van deze partijen, maar ook wie de klanten zijn, krijgt de eigen organisatie beter inzicht wie eventuele samenwerkingspartners kunnen zijn of welke organisatie een zogenoemde concurrent is.

2.6.4 Kansen en bedreigingen

Tot slot kan de externe analyse worden afgesloten met een analyse van de kansen en bedreigingen binnen het werkveld van de organisatie. Aaker (1996) stelt dat een kans een trend of gebeurtenis is die de resultaten zou kunnen verbeteren. Daartegenover staat dat een bedreiging een trend of gebeurtenis is die de resultaten juist nadelig kan beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld economische- en demografische groei als kans. Andersom zijn economische- en demografische krimp juist bedreigingen.

Om trends en gebeurtenissen in te kunnen schatten kan een scenario analyse van belang zijn. Het is moeilijk, zo niet onmogelijk een scenario analyse te maken van alle ontwikkelingen, maar van afzonderlijke ontwikkelingen kan het zeker inzicht verschaffen een scenario analyse uit te voeren waarbij een pessimistisch-, normaal- en optimistisch beeld wordt geschetst. Hiermee zijn kansen en bedreigingen nog beter in beeld te brengen.

2.7 Interne analyse

Bij een interne analyse gaat het erom een duidelijk beeld te krijgen van strategisch relevante kenmerken van de organisatie. Inzicht in bronnen en competenties van de organisatie zijn daarbij van belang (Joldersma et al. 2000).

2.7.1 Huidige strategie van organisatie

Om inzicht in de huidige strategie te krijgen is het van belang in kaart te brengen welke diensten de organisatie levert, welke doelgroepen de organisatie bedient en wil bedienen, wat de kwaliteit is van de dienstverlening of product, wat de competenties zijn van de organisatie en welke strategische acties inmiddels zijn ondernomen.

Wat betreft diensten is het van belang die te kunnen meten en definiëren. Daarnaast moet duidelijk zijn welke behoefte met welke dienst wordt vervuld.

Om kwaliteit van dienstverlening in kaart te brengen kan de klanttevredenheid in beeld worden gebracht en kan gecontroleerd worden of met deze gegevens ook daadwerkelijk iets gedaan wordt.

Een competentie is datgene waar de organisatie goed in is in vergelijking met andere organisaties. Strategisch ondernomen acties kunnen nieuw gestarte projecten zijn waarbij nieuwe langdurige contracten afgesloten zijn of nieuw aangegane samenwerkingsvormen etc.

Vaak staan bovengenoemde zaken vermeld in jaarverslagen en beleidsplannen.

2.7.2 Analyse structuur en cultuur

Om de structuur en cultuur van een organisatie in kaart te brengen wordt in de literatuur verwezen naar het 7 S'en model van Waterman, Peters, Pascale en Athos (1981). Dit model zal hier worden toegelicht.

1. Strategie:
Manier van anticiperen op veranderingen in de externe omgeving, dit kan meer behoudend zijn, gepland of juist opportunistisch.
2. Structuur:
Taakverdeling binnen de organisatie. Ligt de macht en zeggenschap in handen van een selecte groep of juist niet?
3. Significante waarden:
Dit zijn waarden/ideeën waaraan de organisatie haar bestaansrecht heeft te danken. Dit kunnen financiële waarden inhouden, maar ook bijvoorbeeld maatschappelijke verantwoordelijkheid.
4. Systemen
Formele en informele werkwijzen die de organisatie draaiende houden. Deze werkwijzen kunnen verplichtend zijn of juist vrijblijvender.
5. Stijl
Managementstijl van managers in de organisatie. Stijl kan gericht zijn op verandering, leren en communiceren, samenwerking of beheersing.
6. Sleutelvaardigheden
Competenties van de organisatie en van het personeel.
7. Staf
Is de werkwijze collegiaal of juist meer individueel gericht.

2.7.3 Resultaten analyse

Het analyseren van resultaten ligt bij non-profitorganisaties wat ingewikkelder dan in het bedrijfsleven. Resultaten kunnen financieel van aard zijn, kan maatschappelijk rendement zijn, kunnen behaalde doelstellingen van de organisatie of opdrachtgever zijn etc. Het is van belang duidelijk te omschrijven welke resultaten belangrijk zijn voor de organisatie. Wanneer dit duidelijk is, kan de productiviteit, efficiëntie en effectiviteit beoordeeld worden. Dit kan vergeleken worden met voorgaande jaren, of men kan een benchmark gebruiken zodat het management weet hoe de prestaties zich verhouden ten opzichte van het gemiddelde in de sector. Ook kengetallen zijn bruikbaar. Kengetallen zijn verhoudingscijfers die het verband aangeven tussen twee bedrijfseconomische grootheden. Deze cijfers vergemakkelijken het inzicht in actuele prestaties en de ontwikkeling ervan.

Tenslotte kunnen ook de verschillende aangeboden diensten onderling worden vergeleken. Dit kan met behulp van een 'Growth share matrix'. In deze matrix zijn een viertal type diensten te onderscheiden; de Stars, Cash Cows, Question Marks en Dogs. Een 'Star' is een dienst met een groot marktaandeel en waarvan verwacht wordt dat dit in de toekomst zal toenemen. Een 'Cash cow' is een dienst met momenteel een groot marktaandeel, maar waarvan wordt verwacht dat dit af zal nemen. 'Question marks' zijn diensten met weinig marktaandeel, maar waarvan de vraag naar verwachting zal toenemen. 'Dogs' zijn diensten met nauwelijks marktaandeel en geen groeiverwachting (Johnson en Scholes, 2002). Wanneer marktwerking een rol gaat spelen binnen de sector zal het monitoren van het marktaandeel een rol kunnen gaan spelen.

2.7.4 Sterkten en zwakten

Tenslotte kunnen net als in de externe analyse de kansen en bedreigingen werden samengevat, bij de interne analyse de sterkten en zwakten worden geformuleerd. Sterkten zijn die kwaliteiten die de positie van de organisatie binnen het werkveld kunnen verbeteren. Zwakten zijn de eigenschappen die juist een negatieve uitwerking hebben op de positie van de organisatie. Bij de resultatenanalyse en benchmarking komt die goed tot uiting.

2.8 SWOT-analyse

SWOT staat voor Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats. Voor deze analyse worden de kansen en bedreigingen genoemd in de externe analyse gekoppeld aan de sterkten en zwakten van de interne analyse.

	Helpful	Harmful
Intern analysis	Strengths	Weaknesses
Extern analysis	Opportunities	Threats

Figuur 2.5 SWOT-analyse. Bron: eigen bewerking, managementip.nl (2011).

De huidige strategie van de organisatie wordt als het ware onder de loop genomen en er komt uit naar voren op welke gebieden enige bijstelling nodig is.

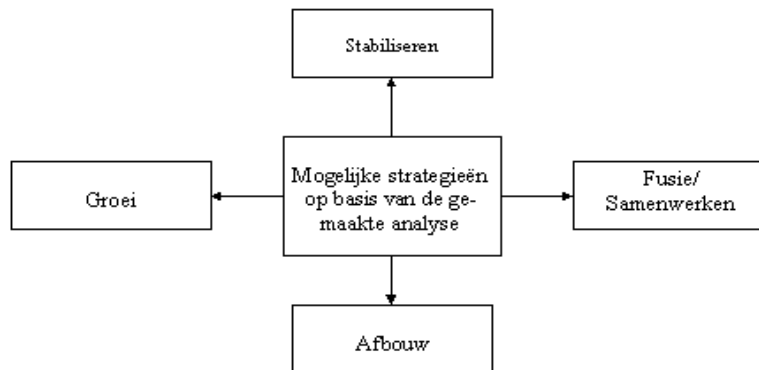
Bij het maken van een SWOT-analyse wordt begonnen met de belangrijkste kansen en bedreigingen onder elkaar te zetten. Vervolgens kunnen daaraan de sterkten en zwakten gekoppeld worden. Door een SWOT-analyse worden de echte zwakten en bedreigingen en sterkten en kansen duidelijk zodat men ook weet op welk terrein aanpassingen verricht dienen te worden om een sterke positie in de sector te behouden.

2.9 Strategische keuze

Een goede SWOT-analyse genereert allerlei opties voor het aanpassen van de huidige strategie. Met het maken van een strategische keuze beoordeel en kies je vervolgens uit deze opties. Om het overzichtelijk te houden, is het aan te raden alle opties in tabelvorm of boomdiagram weer te geven.

Een strategiekeuze bestaat uit keuzen uit verschillende doelstellingen binnen een aantal dimensies. Deze dimensies kunnen betrekking hebben op omvang, kwaliteit, marktwerking en positionering in de sector.

De verschillende opties binnen bovenstaande dimensies worden weergegeven in de volgende figuur.



Figuur 2.6 Strategiekeuze. Bron: Van Zoest (1995)

Wanneer een strategische keuze gemaakt is, is het aan te raden deze strategie ook te beoordelen. Strategische keuzen kunnen beoordeeld worden op effectiviteit, efficiëntie, wettelijke aanvaardbaarheid, politieke aanvaardbaarheid, uitvoerbaarheid en of het past bij de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de organisatie.

2.10 Formuleren van een strategie

Alle bovenstaande methoden zijn bruikbaar voor het formuleren van een strategie. De klassieke benadering biedt daarvoor een methode waarbij in eerste instantie gekeken wordt naar wat de organisatie op dit moment doet, daarna naar wat er in de omgeving gebeurt en tenslotte naar wat de organisatie zou moeten doen. In bijlage 1 staan vragen die Porter (1998) heeft opgesteld die helpen een strategie te formuleren.

De SWOT-analyse maakt duidelijk op welke terreinen aanpassingen mogelijk zijn voor het bepalen van een nieuwe strategie. Met behulp van een keuzemodel in tabelvorm of boomdiagram wordt stap voor stap duidelijk welke keuzen gemaakt zijn.

Tenslotte kan met behulp van de vragenlijst van Porter, de SWOT-analyse en het strategisch keuzemodel in tabelvorm of boomdiagram een duidelijke strategie geformuleerd worden die als kapstok dient voor toekomstige beslissingen.

2.11 Aanvulling en implementatie

Nadat een strategische keuze is gemaakt en deze duidelijk geformuleerd is, zal die uitgevoerd moeten worden.

Zorgvastgoedontwikkeling vereist een projectmatige aanpak. De strategische keuze zoals hierboven beschreven, dient als kapstok. Om de stap te kunnen maken naar de

projectontwikkeling zal het strategisch keuze model uitgebreid worden met de verschillende fases uit het ontwikkelingsproces.

Eén van de meest recente omschrijvingen is uitgewerkt door Nozeman (2010), waarin hij vier verschillende fasen onderscheidt, namelijk:

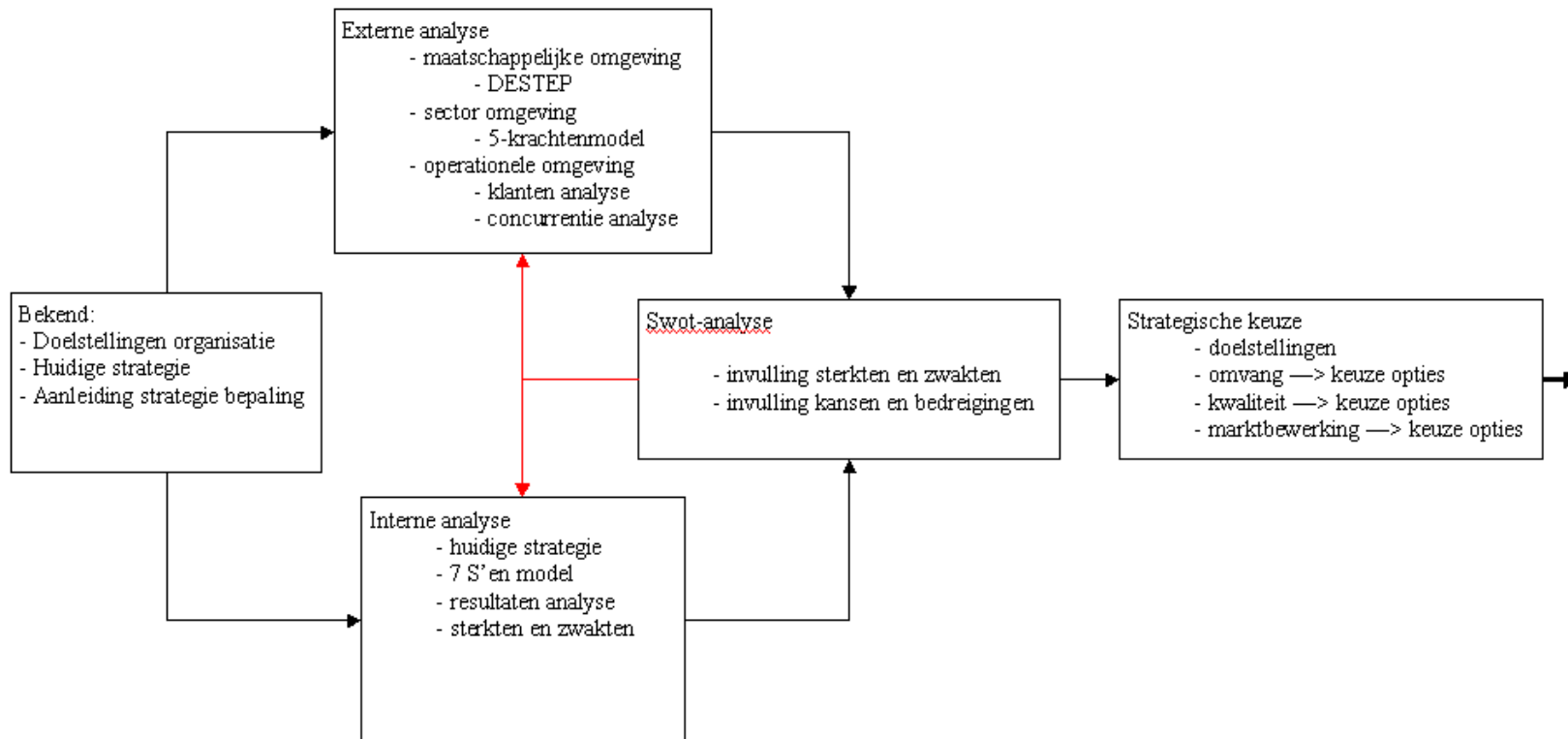
- Initiatief- of startfase;
- Ontwikkelingsfase;
- Realisatiefase;
- Exploitatie- of beheersfase.

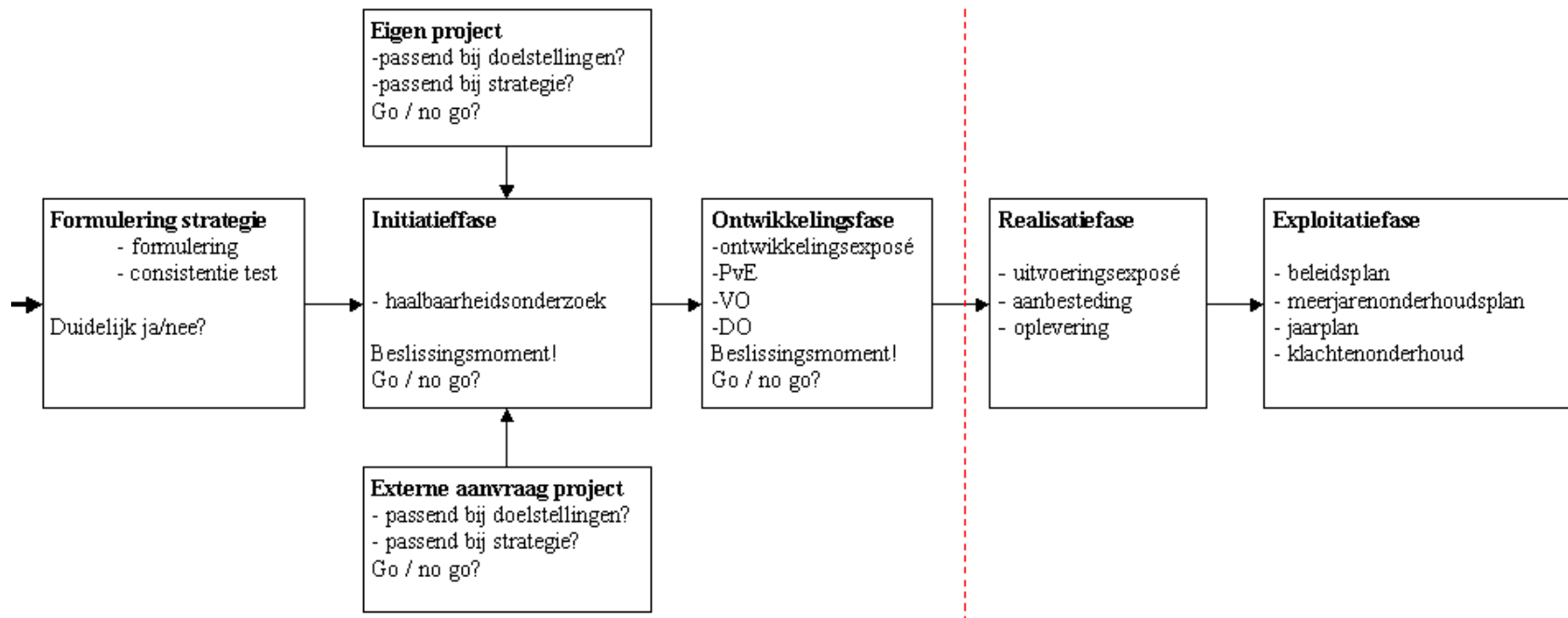
In de initiatieffase (fase 1) zal men zich eerst oriënteren, er zal een inventarisatie van de kosten en opbrengsten plaatsvinden en er zullen globale aannames en kengetallen verzameld worden. Wanneer dit aanleiding is tot vervolgonderzoek, zal er een gedetailleerde inventarisatie plaats moeten vinden m.b.t. de investeringsbeslissing. Dit is het zogenoemde vooronderzoek. De investeringsbeslissing zal gebaseerd moeten zijn op uitkomsten op het gebied van bouwkundig/technisch, juridisch, fiscaal/financieel en bedrijfseconomisch gebied.

Tenslotte zal een programma van eisen (PvE) worden opgesteld waarin de randvoorwaarden, de technische eisen en gedetailleerde berekeningen in worden vastgelegd. Na de initiatieffase vindt er een zogenoemd 'go, no go' moment plaats. Op basis van de gekozen strategie en de resultaten uit het vooronderzoek zal deze beslissing genomen worden. Wanneer besloten wordt door te gaan met het project, begint de ontwikkelingsfase (fase 2). In deze fase zal met behulp van het PvE een voorlopig ontwerp (VO) worden gemaakt. Vervolgens zal een definitief ontwerp (DO) ontworpen worden op basis van het VO en de wensen van de stakeholders. Daarnaast zal een gedetailleerde kostenbegroting opgesteld worden.

Het DO is de basis voor de volgende stap, de offerte aanvraag en/of keuze van aanbesteding. Na het ontvangen van de offerte zal wederom een 'go, no go' moment plaatsvinden. Dit is het laatste beslismoment waarin het project nog afgewezen kan worden. Wanneer dit beslismoment positief uitpakt zal begonnen worden met de realisatiefase (fase 3). Na realisatie van het project begint de exploitatiefase (fase 4). In deze fase zal een evaluatie plaatsvinden, gedane werkzaamheden worden gecontroleerd en financiële zaken zullen worden afgerond met de ontwikkelaar. Tenslotte wordt het project opgeleverd.

Strategisch beslissingsmodel projectontwikkeling non-profit sector





Figuur 2.7 Strategisch model. Bron: eigen bewerking.

2.12 Toelichting strategisch model

In het eerste deel van het model komen de externe-, interne- en SWOT-analyse zoals al eerder beschreven terug in het model. De volgende stappen zijn de strategische keuze voor de deelmarkt en de formulering hiervan. Er zijn twee mogelijke manieren hoe een project zich kan aandienen. Het project kan een intern idee zijn van de organisatie zelf, of het idee komt van een externe partij die aan de organisatie vraagt dit te ontwikkelen. De organisatie kan met de initiatieffase beginnen als het idee past bij de doelstellingen en de strategie. Tijdens de initiatieffase zal een breed haalbaarheidsonderzoek plaatsvinden. Het haalbaarheidsonderzoek zal zorgvuldig moeten gebeuren. Op basis van dit onderzoek wordt vervolgens een go- / no go-beslissing genomen. Wanneer de organisatie besloten heeft om verder te gaan met het project kan overgegaan worden tot de ontwikkelingsfase. In de ontwikkelingsfase ligt het laatste go- / no go-beslissingsmoment. Een juiste afweging is op dit moment van groot belang, aangezien na deze fase de kosten enorm zullen toenemen. Op basis van een ontwikkelingsexposé, een programma van eisen (PvE), een voorlopig ontwerp en een definitief ontwerp, zal de afweging gemaakt worden. Wanneer besloten is door te gaan met het project is het slechts tegen hoge kosten mogelijk nog uit te stappen. Dit gebeurt in de praktijk zelden. Vandaar dat hier de rode stippellijn door het model loopt. De volgende fase is vervolgens de realisatiefase, waarin op basis van het uitvoeringsexposé en de aanbesteding wordt begonnen met de bouw. Ten slotte zal in de exploitatiefase het project opgeleverd worden. Wanneer het project in beheer blijft van de organisatie zal de exploitatiefase meer aandacht behoeven. In de exploitatiefase zullen dan beslissingen gemaakt worden op basis van het beleidsplan, meerjarenonderhoudsplan, het jaarplan en het beleid m.b.t. klachtenonderhoud (Nozeman, 2010).

2.13 Evaluatie

Om de strategische keuze en implementatie te toetsen op consistentie heeft Porter (1998) een consistentietest opgesteld (bijlage 2). Kort gezegd vat deze consistentietest de gehele bovenstaande analyse samen in een aantal vragen die beantwoord dienen te worden. Na het definitief ontwerp van het strategisch beslissingsmodel en wanneer de strategiekeuze bepaald is, zal deze consistentietest uitgevoerd moeten worden. Indien de vragen bevredigend beantwoord kunnen worden is het gelukt een strategiekeuze te maken die gericht is op het behalen van de doelstellingen. Hier zal het management en de directie over moeten oordelen.

Daarnaast kan evaluatie van strategische keuzes vanuit de praktijk een zeer nuttige aanvulling zijn. Vandaar dat in deze thesis het strategisch model zowel aan interne als externe professionals wordt voorgelegd. Zij weten als geen ander hoe in de praktijk bepaalde keuzes worden gemaakt. Wellicht dat er stappen overgeslagen kunnen worden of dat er juist stappen vergeten zijn. Reden temeer om zowel theoretisch als praktisch te evalueren.

2.14 Conclusie

In deze paragraaf worden de deelvragen 1 en 2, behorend bij dit hoofdstuk zo duidelijk mogelijk beantwoord. Om te vast te stellen wat een strategisch beslissingsmodel is zal eerst een definitie van strategie gegeven worden. Een strategie is een combinatie van het gebruik van middelen en beleidskeuzes om gestelde doelstellingen te bereiken.

Een strategisch beslissingsmodel is een duidelijk overzicht waarin de doelstellingen van de organisatie duidelijk geformuleerd zijn en met behulp van de middelen en beleid (de strategie) t.a.v. de doelstellingen, keuzes gemaakt kunnen worden om deze doelstellingen te bereiken. Daarnaast zal een strategisch beslissingsmodel verduidelijken welke acties ondernomen moeten worden, zodat ook de juiste middelen daadwerkelijk ingezet worden.

Op basis van onderzoek naar de vraag of er specifieke strategische beslissingsmodellen voor corporaties zijn, kunnen we concluderen dat specifieke modellen voor deze sector in de literatuur ontbreken. Modellen en theorieën die gebruikt worden voor de non-profit sector, zoals Joldersma et al. (2000) beschrijven, zijn voor een groot deel gebaseerd op meer generieke modellen uit de marktsector, beschreven door Porter (1998) en Johnson en Scholes (2002). Het laatste aspect in de eerste deelvraag dat onderzocht diende te worden betrof de verschillen in modellen voor profit en non-profit sector. Verschillen in modellen voor beide sectoren zijn wel aan te wijzen. Verschillen zitten met name in de doelstellingen binnen beide sectoren. Drijfveer binnen de marktsector is vooral financieel rendement, terwijl de non-profit sector meer belang hecht aan maatschappelijk rendement. Daarnaast wordt duidelijk uit de theorie dat doelstellingen, die van belang zijn voor de bepaling van de strategie, veelal vaag geformuleerd zijn binnen non-profit organisaties. Doelstellingen binnen de marktsector zijn vaak beter meetbaar en dus ook beter te beoordelen.

Een ander verschil is de visie ten opzichte van de concurrentie. Non-profit organisaties ontleen hun bestaansrecht veelal aan het feit dat op bepaalde gebieden de markt niet in noodzakelijke behoeften kan voorzien. Non-profit organisaties zullen zich dan ook minder snel richten op producten of diensten die door de markt al geleverd worden. Daarnaast bestaat een deel van de financiering van non-profit organisaties uit subsidiegelden. Dat zorgt ervoor dat het voortbestaan van deze organisaties minder afhankelijk is van het financieel rendement en het marktaandeel. Hierdoor zijn non-profit organisaties minder gefocust op hun concurrenten, en beschouwen die ook niet als zodanig. Zij zullen eerder spreken van collega-instellingen die een deel van dezelfde markt bedienen. Met bovenstaande is voldaan aan de beantwoording van deelvraag 1.

In figuur 2.7 is een model weergegeven hoe een strategisch beslissingsmodel voor een corporatie er uit zou kunnen zien. Het model komt veelal overeen met een model voor de marktsector en bevat alle ingrediënten die volgens de theorie van belang zijn voor een non-profit organisatie. De inhoud van de analyses zal logischerwijs verschillen met die van organisaties in de marktsector. De strategische keuze zal ook anders zijn vanwege verschil in de drijfveren en een andere visie op concurrentie.

Omdat een corporatie veelal projectmatig werkt is het model aangevuld met het proces van projectontwikkeling. Hiermee is tevens deelvraag 2 beantwoord.

Nu bekend is wat strategische beslissingsmodellen zijn, hoe deze er voor een woningcorporatie idealiter uit zou moeten zien en wat er inhoudelijk aan kennis nodig is voor invulling van het model, is het van belang meer inzicht te verkrijgen in zorgvastgoed. In het volgende hoofdstuk zal de zorgvastgoedmarkt daarom belicht worden.

3. Zorgvastgoed

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van zorgvastgoed in Nederland. Er zal een duidelijke definitie gegeven worden, er zal onderscheid gemaakt worden naar segmenten binnen zorgvastgoed en trends die hierop van invloed zijn komen aan bod.

Om een goed beeld van zorgvastgoed te vormen is het noodzakelijk kennis te hebben van de verschillende segmenten binnen de gezondheidszorg. Daarnaast is er wetgeving van toepassing op verschillende typen zorgvastgoed.

Zoals bekend, gaat het in dit onderzoek om AWBZ gefinancierd vastgoed in de care-sector. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een volksverzekering voor ziektekostenrisico's. Iedereen die woont en/of werkt in Nederland is hier automatisch voor verzekerd en heeft recht op een vergoeding vanuit de AWBZ wanneer dit nodig is. Niet AWBZ gefinancierd vastgoed en vastgoed in de cure-sector worden zoveel mogelijk buiten beschouwing gelaten.

3.1 Definitie zorgvastgoed

Een eenduidige definitie van zorgvastgoed ontbreekt in de literatuur. Wel zijn er verschillende typen vastgoed naar type verleende zorg te onderscheiden. Op basis van de opgedane kennis kan zorgvastgoed gedefinieerd worden als: 'vastgoed waarbinnen verpleging, verzorging en diagnosestelling plaatsvindt, inclusief de bijbehorende infrastructuur. Dit omvat dan zowel vastgoed binnen de cure, de care en de eerstelijnszorg.'

3.2 De zorg

De gezondheidszorg kent een grote verscheidenheid aan zorg. Om dit te structureren is er een indeling in sectoren, segmenten en functies. In deze paragraaf zal deze indeling behandeld worden.

3.2.1 Sectoren

De gezondheidszorg kent drie sectoren; de cure, de care en de eerstelijnszorg. Grofweg omvat cure het genezen, en care het verzorgen. Eerstelijnszorg is het eerste aanspreekpunt voor de zorgbehoevende. Het grootste deel van de instellingen binnen de cure-sector bestaat uit algemene ziekenhuizen (ongeveer 90%). Daarnaast zijn er ook academische ziekenhuizen, revalidatiecentra en zelfstandige behandelcentra, zoals erkende klinieken (Deuning, 2009). De care-sector bestaat met name uit verpleeghuizen, verzorgingshuizen, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg (Klein Haarhuis, 2009). Onder de eerstelijnszorg vallen huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, psychologen et cetera.

3.2.2 Segmenten

Binnen de zorg valt naast het onderscheid in cure, care en eerstelijnszorg ook onderscheid te maken tussen extramurale zorg en intramurale zorg. Extramurale zorg bevat zorg die buiten de muren van de instelling wordt verleend. Cliënten die van deze zorg gebruik maken wonen vaak zelfstandig, maar hebben wel aanvullende zorg nodig. Er is bij deze cliënten geen sprake van opname. Voorbeelden van zorgverleners die extramurale zorg verlenen zijn psychiaters, psychologen en de thuiszorg (Klein Haarhuis, 2009).

Intramurale zorg is zorg die binnen de muren van de instelling plaatsvindt. Deze cliënten worden opgenomen en verblijven er enkele dagen of voor onbepaalde tijd. Voorbeelden van instellingen die intramurale zorg verlenen zijn; ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten (Klein Haarhuis, 2009).

3.2.3 Functies

Binnen de AWBZ is een indeling te maken in vijf soorten zorg, ook wel ‘functies’ genoemd. Deze functies zijn:

- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Begeleiding
- Verblijf
- Behandeling

Met de typen zorg in het achterhoofd zijn er binnen de AWBZ vervolgens een viertal sectoren te onderscheiden, namelijk; verpleging (VHZ), verzorging (VH), geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en gehandicaptenzorg (GZ)

3.3 Het vastgoed

Het vastgoed binnen iedere sector heeft zo zijn eigen karakteristiek. In het algemeen gaat het in de cure om grootschalige gebouwen die bestaan uit operatiekamers, behandelruimten, laboratoria, cliëntenkamers et cetera. Behandeling binnen cure instellingen is gericht op herstel waardoor patiënten er tijdelijk verblijven.

In de care daarentegen gaat het juist om langdurig verblijf. Het betreft zowel grootschalige als kleinschalige gebouwen of instellingsterreinen. Het vastgoed bestaat met name uit cliëntenappartementen en ondersteunende ruimten zoals zusterposten, kantoren, activiteitenruimtes en huiskamers.

In de eerstelijnszorg zijn verschillende vormen van het vastgoed te herkennen. Veelal zijn huisartsen en fysiotherapeuten gehuisvest in op zichzelf staande praktijken. Echter een trend bij nieuwe ontwikkelingen is het zogenoemde gezondheidscentrum of een HOED (Huisartsen Onder Eén Dak) (Berghs en Olde Bijvank, 2010).

Binnen het zorgvastgoed bestaat een groot verschil tussen vastgoed dat bedoeld is voor het leveren van zorgdiensten en vastgoed dat ook een woon en werkfunctie heeft voor de bewoner/cliënt. De care-sector bestaat voor een groot deel uit zorgvastgoed waarbij een woon- en werkfunctie gewenst is.

Zorgvastgoed kent inmiddels veel uiteenlopende verschijningsvormen, waarbij soms lastig onderscheid te maken is tussen bepaalde typen zorgvastgoed. Zo zijn er verzorgingshuizen waar verpleegunits aan toegevoegd zijn, maar ook verzorgingshuizen waar zelfstandige aanleunwoningen bij gebouwd zijn. Ook in en rondom ziekenhuizen vind je regelmatig een clustering van instellingen en voorzieningen die ieder hun eigen bekostiging via het zorgstelsel kennen.

3.4 Voorraad zorgvastgoed

Met de genoemde functies binnen de zorg in het achterhoofd is ook een onderverdeling te maken in 7 typen vastgoed die De Wildt (2006) onderscheidt. Tevens is de capaciteit per type in Nederland gegeven:

- Verpleeghuizen (350 locaties, 63.000 bedden);
- Voorzieningen voor GGZ (28.000 plaatsen);
- Verzorgingshuizen (1300 locaties, 108.000 plaatsen);
- Voorzieningen voor gehandicapten (3300 locaties, 40.000 plaatsen);
- Maatschappelijke opvang (450 voorzieningen, 12.000 plaatsen);
- Kleinschalige zorginfrastructuur (algemene ruimten, loop/kantoorruimte voor personeel);
- Thuiszorg (geen vastgoed, behalve de uitvalbasis/kantoor)

Het aantal zorginstellingen in de care-sector is weergegeven in onderstaande tabel.

Aantal instellingen				
	2006	2007	2008	2009
Type instelling:				
GGZ	100	102	97	95
GZ	158	150	150	141
V&V	550	537	491	473
Totaal	808	789	738	709

Tabel 3.1. Aantal instellingen Bron: CBS Statline (2010)

Uit de tabel is op te maken dat de sector Verpleging en Verzorging verreweg het meeste aantal instellingen kent.

3.4.1 Fusies

Opvallend is dat het totaal aantal instellingen de afgelopen decennia flink is afgenomen. De capaciteit is echter niet afgenomen maar gemiddeld zelfs gestegen. Dit heeft te maken met de vele fusies van instellingen afgelopen jaren. Het wil dus ook niet zeggen dat er minder locaties zijn. Meerdere locaties vallen onder dezelfde instellingen. Oorzaak van de vele fusies is gelegen in de verkrijgbaarheid van kapitaal door nieuwe regelgeving. Dit zien organisaties als reden om hun positie te versterken t.a.v. de kapitaalmarkt. Daarnaast zien deze zorginstellingen veelal in dat het noodzakelijk is om de concurrentiepositie te versterken (Beets, 2007). Tenslotte kunnen instellingen die meerdere zorgfuncties binnen de AWBZ vervullen, de zogenoemde AWBZ-brede instellingen, zorg beter op elkaar afstemmen (De Wildt, 2006).

3.4.2 Boekwaarde

In 2009 bedroeg de totale boekwaarde van zorgvastgoed in Nederland ongeveer €22 miljard. In onderstaande tabel valt ook op dat de totale boekwaarde van het vastgoed in de care sector jaarlijks toeneemt. Dit komt ondermeer omdat er jaarlijks 2 to 3 miljard geïnvesteerd wordt in nieuwe projecten (Bijsterveld, 2007).

Totaal waarde activa in mln euro				
	2006	2007	2008	2009
Type instelling:				
GGZ	2965	3175	4803	4962
GZ	4385	4630	4871	5348
V&V	9940	10343	10669	11250
Totaal	17290	18148	20343	21560

Tabel 3.2. Boekwaarde care-instellingen. Bron: CBS Statline (2010)

Deze investeringen zijn ook noodzakelijk. Het bouwcollege veronderstelde in 2005 dat de bouwkundige kwaliteit redelijk was, maar de functionele kwaliteit matig. Oorzaak hiervan is het feit dat een groot deel van de verpleeg- en verzorgingshuizen in de jaren '70 gebouwd zijn. Herinvesteringen en herontwikkelingen van verouderd vastgoed zijn daarom gewenst.

3.5 Huisvesting voor de care

Binnen de care bestaan er grote verschillen in doelgroepen/zorgvragers met uiteenlopende zorgbehoeften. Hierdoor ontstaan er ook verschillen in ruimtebehoefte, afwerkingsniveau en vormgeving. In tegenstelling tot ziekenhuizen, is naast zorg ook wonen een belangrijk onderdeel binnen vastgoed in de care-sector. Niet alleen dient er ruimte te zijn voor verzorging en wonen, maar ook voor activiteiten.

De voormalige instellingen in de AWBZ (V&V, GGZ en GZ) worden nu ingedeeld naar drie categorieën verblijf. Dit zijn de categorieën licht, zwaar en beveiligd, waarbij de bouw van een verblijf gekoppeld wordt aan de zorgbehoefte van de zorgvrager. In de praktijk zien we ook combinaties van deze categorieën. Naast deze categorieën kunnen instellingen ook zorg aanbieden in vastgoed dat valt onder semi- of extramurale zorgverlening, zoals dagbehandeling. Het blijkt dat er veel verschillende soorten voorzieningen mogelijk zijn, waardoor het soms moeilijk is om eenduidige omschrijving te geven aan een vastgoedobject.

De volgende tabel geeft een schematische verdeling van AWBZ-vastgoed in segmenten, naar bekostiging en verblijfsfunctie in het huidige AWBZ bekostigingssysteem.

	Intramuraal	semi-muraal	Extramural
Verpleging	Verpleeghuis	kleinschalig wonen	Thuiszorg
Verzorging	verzorgingshuis	kleinschalig wonen	woonzorg-complex / thuiszorg
Gehandicaptenzorg	zorginstelling	kleinschalig wonen	Thuiszorg
GGZ	zorginstelling	kleinschalig wonen	ambulante zorg
Bekostiging	bouwregime WTZi bekostiging AWBZ	geen bouwregime bekostiging AWBZ	geen bouwregime geen bekostiging AWBZ

Tabel 3.3. Typen vastgoed in de care. Bron: Rigo, 2006

Dit onderzoek richt zich op AWBZ gefinancierd vastgoed. Extramurale voorzieningen vallen hier niet onder. Het intra- en semi-murale vastgoed zal hieronder toegelicht worden.

3.6 Verpleeghuis

Een verpleeghuis is een complex waar mensen kunnen wonen die meer zorg nodig hebben dan een verzorgingshuis kan bieden. Dit wil niet zeggen dat er alleen ouderen wonen. Een verpleeghuis biedt zorg voor drie groepen mensen. MEE Amstel en Zaan & PPC (2011) geeft de volgende omschrijving van deze groepen:

- *Mensen die uit het ziekenhuis zijn ontslagen, maar nog wel veel verpleging of verzorging nodig hebben. Deze mensen wonen meestal tijdelijk in een verpleeghuis.*
- *Mensen die komen revalideren na een ongeluk, of na een operatie. Zij komen alleen overdag in een verpleeghuis. Ze leren daar hoe ze met hun beperking om moeten gaan.*
- *(Jonge) mensen die door een ziekte veel zorg nodig hebben, bijvoorbeeld mensen met multiple sclerose (MS) of hersenletsel.*

Leeftijd speelt dus geen rol. Er zijn ook verpleeghuizen die gespecialiseerd zijn in een bepaald type zorg. In deze verpleeghuizen worden slechts die mensen verzorgd die deze specifieke zorg nodig hebben.

Voor het vastgoed betekent dit dat verpleeghuizen aan specifieke hoogwaardige eisen moeten voldoen. In revalidatieruimten en andere ruimten waar intensieve zorg plaatsvindt zijn vaak technische toepassingen noodzakelijk. In vergelijking met verzorgingshuizen, het kleinschalig wonen en andere voorzieningen in de care zijn in verpleeghuizen relatief veel medische- en automatiseringsaanpassingen nodig.

3.7 Verzorgingshuis

Het verzorgingshuis biedt woonruimte voor ouderen die niet meer in staat zijn zelfstandig te wonen. Naast woonruimte biedt een verzorgingshuis zorg en begeleiding. Ook worden er regelmatig activiteiten voor dagbesteding georganiseerd. Dat wat de bewoners nog zelf kunnen doen wordt zoveel mogelijk gestimuleerd.

Er zijn in Nederland zowel reguliere als particuliere verzorgingshuizen. Om in een regulier verzorgingshuis te wonen heeft de cliënt een indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Wanneer de cliënt door CIZ is aangewezen voor een plaats in een verzorgingshuis wordt een deel van de kosten vergoed door de AWBZ. Daarnaast moet een eigen bijdrage betaald worden.

Wanneer een oudere ervoor kiest in een particulier verzorgingshuis te gaan wonen, wordt deze bewoner geacht deze kosten zelf te betalen. Een oudere kan in aanmerking komen voor een vergoeding mits er een indicatie van het CIZ verkregen is voor langdurig verblijf in een AWBZ-instelling.

Het vastgoed van verzorgingshuizen bestaat met name uit kleine appartementen. Het grootste deel van deze appartementen is voor alleenstaande ouderen. Naast woonruimte is ook in verzorgingshuizen ruimte voor dagbesteding, recreatie en andere voorzieningen. Het vastgoed is minder specifiek dan verpleeghuizen. Een groot deel van het vastgoed is net als de verpleeghuizen verouderd (Paul, 2011). Bij nieuw vastgoed wordt veelal

nagedacht over flexibel bouwen. Het is soms nauwelijks zichtbaar dat het om een verzorgingshuis gaat.

Particuliere zorginstellingen zullen het aanbod sterker afstemmen op de vraag. Zij bieden meer ruimte en extra services. De extra kosten zijn voor de cliënt zelf.

3.8 Kleinschalig wonen

Kleinschalig wonen wordt door het Kenniscentrum Wonen en Zorg (2011) omschreven als *'een kleine groep mensen, die intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben, die met elkaar in een groepswoning wonen, waardoor het voor hen mogelijk is een zo normaal mogelijk leven te leiden.'* Er wordt ook wel gesproken van een vermaatschappelijking van deze mensen door kleine locaties in de wijk te plaatsen. Vaak zijn deze voorzieningen voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap, maar het wordt tegenwoordig ook toegepast voor mensen met dementie.

Het kleinschalig wonen wordt vaak als alternatief gezien voor verpleeghuiszorg en past binnen de trend van extramuraliseren van de zorg.

Het vastgoed bestaat uit kleinschalige woonvoorzieningen met daarnaast een kleinschalige zorginfrastructuur. Het vastgoed dient flexibel aan te passen te zijn voor domotica en andere technische vernieuwingen.

3.9 Eigenaren zorgvastgoed

De laatste jaren gaan er steeds meer geluiden op dat marktpartijen interesse zouden hebben in zorgvastgoed. Deze paragraaf besteedt aandacht aan verschillende eigenaren van zorgvastgoed in Nederland. Traditioneel gezien waren zorginstellingen zelf meestal eigenaar van hun vastgoed, maar ook andere partijen laten zien interesse te hebben.

3.9.1 Zorginstellingen

Zorgvastgoed was in het verleden bij toepassing van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en later de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in het algemeen in eigendom van de zorginstelling. Het vastgoed mocht niet zonder toestemming van de minister overgedragen worden aan een andere partij. Immers, zo zou er kapitaal bestemd voor de zorg weg kunnen lekken naar andere partijen. Voor nieuwe investeringen was tevens toestemming en een vergunning nodig van het Bouwcollege. Financiering van deze investeringen gebeurde op de kapitaalmarkt door banken en financiële instellingen, met garanties van de overheid en het Waarborgfonds Zorg. Zorginstellingen liepen geen risico. Invoering van NHC tarieven brengt een ware culturomslag teweeg. Uit de vele georganiseerde symposia over zorgvastgoed, waarin met name gesproken werd over vastgoedbeheer en –management, blijkt dat zorginstellingen zoekende zijn naar de juiste strategie. Vaak heeft de zorginstelling niet de vastgoedkennis in huis. Daardoor is onzekerheid en het risico voor haar te groot om investeringen te doen. In toenemende mate kiezen zorginstellingen om het vastgoed te huren van woningcorporaties. Zij richten zich op hun core-business, het zorg verlenen. Daarentegen zijn er ook zorginstellingen die kennis over strategisch vastgoedbeheer en Corporate Real Estate Management snel oppakken en juist het vastgoed in bezit houden.

3.9.2 Woningcorporaties

Sinds de Tweede Wereldoorlog zien we dat woningcorporaties een rol vervullen in het beheren en in eigendom hebben van zorgvastgoed. In het begin ging het daarbij om

zogenoemde ‘bejaardenoorden’ of ‘rusthuizen’. Dit waren woningen voor mensen van 65 jaar of ouder die wat kleiner wilden wonen. Sinds 2001 kwamen verzorgingshuizen onder de AWBZ te vallen en de exploitatie en beheer onder de WZV en het bouwregime. Daarnaast werd er een artikel toegevoegd aan het Besluit Beheer Sociale Huursector (BBSH) en werden woningcorporaties geacht bij te dragen aan “het volgens redelijke wensen tot stand brengen van huisvesting voor ouderen, gehandicapten en personen die zorg of begeleiding behoeven”. Daarnaast werkt de extramuralisering en loskoppeling van wonen en zorg samenwerking tussen corporatie en zorginstelling in de hand. Van 2001 tot 2005 schoot het bezit van verzorgingshuizen gemeten in eenheden omhoog van 41.000 naar 49.000. Dit is ongeveer 47% van alle eenheden in verzorgingshuizen. Het bezit van corporaties in verpleeghuizen en accommodaties voor gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is zeer klein. Deze zorginstellingen werd opgedragen het vastgoed in eigen handen te houden ter voorkoming van het weglekken van kapitaal naar andere partijen. Slechts in enkele gevallen werden er uitzonderingen gemaakt (Menagé, 2008).

Woningbouwcorporaties en zorginstellingen ontwikkelen tegenwoordig allerlei nieuwe concepten van zorgvastgoed zoals woonzorgcomplexen, woonzorgzones, wijkservicecentra, zorghotels etc.

Ensing (2006) meldt in zijn onderzoek over “de Zorgwooncorporatie” het volgende: *‘Van de geïnterviewde zorginstellingen heeft 90% een intensieve samenwerking met een woningcorporatie. De overige 10% werkt op projectbasis af en toe samen met een woningcorporatie. Alle zorginstellingen werken samen met één of meerdere woningcorporaties. Slechts één van de geïnterviewde zorginstellingen geeft aan geen vruchtbare samenwerking met woningcorporaties te hebben’.*

Geconcludeerd kan worden dat er vaak toenadering gezocht wordt tot woningcorporaties. Redenen hiervoor zijn het feit dat dit veelal kapitaalkrachtige instellingen zijn die bijvoorbeeld onrendabele toppen kunnen financieren en dit ook kunnen verantwoorden onder het etiket van “maatschappelijk belang”. Daarnaast is er voor minder kapitaalkrachtige zorginstellingen niet veel andere keus dan samenwerking met een woningcorporatie. Ze zijn min of meer op elkaar aangewezen.

Bovendien hebben de zorginstellingen vaak te weinig kennis in huis om verstandige keuzes te maken met betrekking tot vastgoedontwikkeling en het beheer ervan. Daarentegen is dat dagelijkse kost voor een woningcorporatie. Daarbij valt ook op dat zorginstellingen over het algemeen voorkeur hebben voor regionaal opererende woningcorporaties vanwege kennis van de lokale markt (Ensing, 2006).

Wanneer zorgvastgoed in eigendom van de woningcorporatie is kan dit voordelen voor beide partijen opleveren. Aan de ene kant kunnen er relatief langlopende huurcontracten opgesteld worden, waardoor de corporatie verzekerd is van langdurige huurinkomsten. Aan de andere kant kan de zorginstelling contractuele afspraken vastleggen met betrekking tot zorgafname, waardoor de zorginstelling verzekerd is van productafname. Zo is er een wederzijdse afhankelijkheid ontstaan.

3.9.3 Beleggers

Naast de grotere rol van woningcorporaties valt ook op dat de belangstelling van vastgoedbeleggers toeneemt in zorgvastgoed. Vastgoed in het algemeen heeft jarenlang uitstekende rendementen laten zien. De vraag van beleggers naar niet-beursgenoteerd

vastgoed is gegroeid (Beets, 2007). Volgens Van Schaik (2011) wordt zorgvastgoed gezien als een niche in de markt. De woningmarkt zal langzamerhand een vervangingsmarkt worden, een overschot op de kantorenmarkt maakt beleggen hierin onaantrekkelijk en daarnaast blijkt Nederland het op één na meest bewinkelde land van Europa te zijn, waardoor de groeiverwachtingen hierin ook gering zijn. Bovendien is er veel verouderd vastgoed op de markt. De interesse in zorgvastgoed neemt echter toe (Beets, 2007). Zorgvastgoed zou een nieuwe aantrekkelijke markt kunnen zijn met voldoende kansen voor beleggers, met name voor pensioenfondsen. In het onderzoek van Beets (2007) naar het potentiële van beleggen in zorgvastgoed wordt de verwachting uitgesproken dat er op korte termijn echter niet veel van beleggers verwacht hoeft te worden. Beleggers zijn nog zoekende naar mogelijkheden. Rendementen in zorgvastgoed zijn gemiddeld namelijk laag (ongeveer 2%). Dit kan te maken hebben met inefficiënte werkwijzen in het verleden. Verbetering is dus mogelijk. Daarnaast is nog te weinig duidelijkheid over wet- en regelgeving. Tenslotte is er gebrek aan kennis over zorgvastgoed onder vastgoedbeleggers. Dit weerhoudt hen er van te investeren in zorgvastgoed (Van Schaik, 2010). Zeker is wel dat de ontwikkelingen in het zorgvastgoed beleggers en financiers kansen biedt. Ook Troostwijk Real Estate deed onderzoek naar interesses van grote vastgoedbeleggers. Daaruit bleek dat 73 procent van de ondervraagden aangaf te kijken naar kansen in zorgvastgoed, met name in de care zoals zorgwoningen (Bijsterveld, 2007).

Enkele belangrijke spelers op de zorgvastgoedmarkt worden in onderstaande tabel weergegeven. Opvallend is ook dat deze partijen met name nog zoekende zijn naar mogelijkheden.

Bedrijf	Eigendom
<i>Woningcorporaties > 500</i>	
Habion	> 3.700 woningen, 58 verzorgingshuizen, 1 verpleeghuis en 1 zorghotel
Woonzorg Nederland	> 26.000 woningen, 159 verzorgingshuizen, 18 verpleeghuizen
<i>Zorginstellingen</i>	
Open Ankh (samenwerking van 11 care instellingen)	1.500 appartementen
<i>Ontwikkelaars</i>	
AM	Geen eigendom, ontwikkelaar
Rabo Bouwfonds MAB	Geen eigendom, ontwikkelaar voor corporaties en beleggers
TCN Cares (TCN Property Projects)	Eigenaar en ontwikkelaar
Vitaal Zorgvast (onderdeel van Koninklijke BAM groep)	Geen eigendom, ontwikkelaar
ZorgID (dochteronderneming VolkerWessels)	Geen eigendom, bouwer en ontwikkelaar
<i>Beleggers</i>	
Achmea Vastgoed	Geen eigendom, onderzoekt de markt
AMVEST	Eigenaar
Arlington Properties	Geen eigendom, onderzoekt de markt
Meromi Holding B.V	Eigenaar van Slotervaart Ziekenhuis
Rabo Bouwfonds Asset management	Geen eigendom, onderzoekt de markt
Vesteda	Eigenaar van ca. 29.000 woningen
<i>Overige</i>	
Siemens Nederland	Geen eigendom. Ontwikkelen en bouwen van Orbis Medical Park

Tabel 3.4. Spelers op de vastgoedmarkt. Bron: Price WaterhouseCoopers, in Beets (2007)

3.10 Trends in de zorg

In deze paragraaf worden trends besproken die direct en indirect van invloed zijn op de vraag en het aanbod van zorgvastgoed. Trends en ingrijpende veranderingen zijn van grote invloed op zorgvastgoedontwikkeling. De overheid speelt een belangrijke rol nu zij allerlei wetgeving aanpast. Daarnaast staan ontwikkelingen in de gezondheidszorg nooit

stil. Dit brengt veranderende eisen met zich mee. Ook ontwikkelingen die de vraag beïnvloeden worden in ogenschouw genomen.

3.10.1 Veranderend overheidsbeleid.

De zorg is een sector waar de overheid altijd veel sturing aan heeft gegeven. Beleid verandert regelmatig, en dat maakt het voor veel partijen lastig.

Sinds 2005 is de overheid begonnen aan de modernisering van de AWBZ. In februari 2005 verscheen de nota “Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg”, dat ook wel de “kapitaallastenbrief” of “Februaribrief” genoemd wordt. Deze modernisering moet resulteren in meer vraaggerichte zorg waarbij cliënten meer keuzemogelijkheden en zeggenschap zouden krijgen (CBZ, 2006). Deze marktwerking zou een flinke impuls moeten geven.

De Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) is vervangen voor de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Hiermee veranderde de kapitaallastenvergoeding op basis van nacalculatie in een vergoeding die afhankelijk is van het aantal cliënten dat door de instelling behandeld en verzorgd wordt, de zogenoemde Normatieve Huisvesting Component (NHC tarieven).

De overheid wil bewerkstelligen dat zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de kapitaallasten van hun vastgoed, waarbij de instellingen ook zelf het risico lopen. Deze NHC is een voldoende hoge vergoeding voor de bouw en exploitatie van gebouwen. Het NHC tarief zou alle investerings- en exploitatiekosten moeten dekken. Invoering van de NHC tarieven was voorzien per 1 januari 2011. Maar zoals reeds bekend is dit uitgesteld tot 2012 (Van den Elsen, 2010).

3.10.2 Naar vraagsturing

De overgang van aanbodsturing (door overheid) naar vraagsturing (vanuit de markt) brengt een aantal veranderingen met zich mee.

Hieronder een overzicht van deze veranderingen volgens Fritsche, et al. (2004):

Van aanbodsturing	Naar vraagsturing
1. Zekerheden	Kansen en risico's
2. Goedkeuring vragen	Verantwoordelijkheid nemen
3. Normen en maatstaven als basis voor bouwplannen	Ondernemingsplan als basis voor bouwplannen
4. Nacalculatie van goedgekeurde investeringen	Intergraal budget, inclusief huisvestingskosten
5. Boekwaarde op basis van technische levensduur	Reële waarde, op basis van gebruiksduur
6. Grotendeels in eigendom	Alleen strategisch deel in eigendom
7. Maximaliseren van oppervlakte en investeringen	Optimaliseren van exploitatie
8. Monofunctionele huisvesting	Flexibel aan te passen huisvesting
9. Investeringsstoetsing door toezichthouder	Toetsing door kapitaalverstrekkers.

Tabel 3.5. Van aanbodsturing naar vraagsturing. Bron: Fritsche et al. (2004).

Ad 1. Zekerheid dat de overheid garant staat komt te vervallen. Door integrale tarieven ontstaan er risico's voor de zorginstelling omdat de kosten gedekt moeten worden door de inkomsten. Wanneer de zorginstelling inefficiënt te werk gaat bestaat het risico dat de kosten hoger uitvallen dan de inkomsten. Kansen ontstaan juist wanneer er een efficiëntieslag geslagen kan worden en de kosten ruimschoots gedekt zijn.

Ad 2. De overheid zal een minder sturende rol in gaan nemen. Instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de te maken keuzes.

Ad 3. Met het ondernemingsplan valt of staat het bouwplan. Voor financiering is de zogenoemde businesscase leidend voor de bank. Wanneer de businesscase niet voldoet zal de bank geen lening verstrekken.

Ad 4. Nacalculatie was volledig kostendekkend. Het integrale budget is vooraf bekend. In plaats van achteraf kosten te berekenen, dient hier nu vooraf rekening mee gehouden te worden.

Ad 5. De boekwaarde op basis van technische levensduur bleek niet reëel. Vastgoed werd afgeschreven over een termijn van 50 jaar terwijl vastgoedobjecten veelal na 20 a 30 jaar niet meer voldeden aan de technische eisen van zorginstellingen. Gevolg hiervan is dat veel vastgoedobjecten voor een te hoge boekwaarde in de boeken stond. In het nieuwe systeem zullen afschrijvingstermijnen korter zijn en op basis van gebruiksduur.

Ad 6. Veel zorginstellingen zullen zich meer gaan richten op hun core-business, zorg verlenen aan cliënten. Expertise op het gebied van vastgoed behoort niet tot hun kerntaken. Daarom zouden veel zorginstellingen hun vastgoed van bijvoorbeeld woningcorporaties kunnen gaan huren. Zo kan de instelling zich richten op waar zij goed in zijn en lopen ze bovendien geen risico op hun vastgoed. Zij zullen mogelijk in toenemende mate slechts het strategische deel van het vastgoed dat noodzakelijk is voor hun core-business in bezit houden.

Ad 7. In de tijd van de nacalculatie werden de te ontvangen gelden berekend aan de hand van het aantal bedden binnen een zorginstelling. Dat had tot gevolg dat bij nieuwe bouwplannen er werd getracht zoveel mogelijk metrages te realiseren. Des te meer ruimte, des te meer bedden, des te meer inkomsten. Met de huidige integrale tarieven zullen zorginstellingen zich richten op het optimaliseren van de exploitatie.

Ad 8. Vanwege het feit dat zorginstellingen goedkeuring vroegen aan de toezichthouder voor nieuwe bouwplannen en uit konden gaan van volledige kapitaallastenvergoeding, was er geen noodzaak om flexibel te bouwen. Om risico's te beperken is het noodzakelijk om over flexibiliteit van het vastgoed na te denken.

Ad 9. Door toezichthouders vindt straks geen enkele toetsing meer plaats.

Kapitaalverstrekkers zoals banken zullen nieuwe bouwplannen toetsen op haalbaarheid. De businesscase is hierbij leidend. Het is voor de zorginstelling van belang financieel gezond te zijn.

3.10.3 Demografische veranderingen

Demografische ontwikkelingen zijn van grote invloed op de vraag naar zorg, en daarmee gepaard gaande de vraag naar zorgvastgoed. Zorgvraag zal in de toekomst toenemen. Dit kan op basis van demografische gegevens geconcludeerd worden (Beets, 2007).

Binnen de demografie zijn er twee factoren die direct invloed uitoefenen op de vraag naar (zorg)vastgoed. Dit zijn de bevolkingsomvang en de samenstelling van de bevolking of leeftijdsopbouw. Verwacht wordt dat de Nederlandse bevolking zal toenemen tot 18 miljoen in 2040. Deze groei van de bevolking heeft drie oorzaken; het aantal geboorten, toenemende gemiddelde leeftijd en immigratie.

Vooraf door toename van de gemiddelde leeftijd, zogenoemde vergrijzing, zal vraag naar zorg en zorgvastgoed toenemen. De toename van het aantal 65-plussers is aanzienlijk. Het Centraal Bureau voor de Statistiek verwacht dat het aantal 65-plussers zal toenemen tot

meer dan 4,5 miljoen in 2040. Daarna zal deze groep geleidelijk in omvang afnemen (CBS, 2011). Ouderen zijn tegenwoordig wel vitaler, ofwel ouderen worden later oud. Hierdoor zijn er andere leefpatronen onder ouderen waar te nemen dan in het verleden (Van den Berg en Nienhuis, 2010).

3.10.4 Technologische ontwikkelingen

Technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg (domotica) hebben meer indirect invloed op de vraag naar zorg en zorgvastgoed. Enerzijds vormt technologie als het ware een “bedreiging” voor de vraag naar zorgvastgoed, omdat het mogelijkheden biedt voor thuisbehandeling, zelfdiagnose en zelfbehandeling. Anderzijds hebben deze technologische ontwikkelingen een hogere gemiddelde levensverwachting tot gevolg. Dit zal de vraag naar zorgvastgoed doen toenemen zoals ook onder ‘demografie’ is vermeld (De Wildt, 2006).

3.10.5 Veranderende eisen vraagzijde

Niet alleen technologische ontwikkelingen zorgen ervoor dat zorgbehoevenden langer thuis kunnen wonen, ook is er een trend waarneembaar waarbij de zorgbehoevende zelf langer thuis wenst te blijven wonen (De Wildt, 2006). Vaak wordt daarbij de keuze gemaakt om in levensloopbestendige woningen te wonen. Naast deze trend om langer zelfstandig te blijven wonen worden zorgvragers ook steeds mondiger. Ze eisen meer van de zorgaanbieders en bepalen graag zelf waar zij behandeld of verzorgd willen worden.

3.10.6 Veroudering zorgvastgoed

Veel zorgvastgoed is gebouwd in de jaren zestig en zeventig. Hier zou een kans kunnen liggen, maar er zijn ook hoge kosten mee gemoeid wanneer overgegaan wordt tot vervanging. Voordat nieuwe plannen gerealiseerd zijn is er veel tijd verstreken. Op dit moment kijken verschillende partijen spreekwoordelijk ‘de kat uit de boom’. Zolang de NHC-tarieven voor de care-sector nog niet bekend zijn, durven zij het nauwelijks aan tot ontwikkeling over te gaan. Momenteel is er zelfs sprake van een bouwstop. Omdat in het verleden kapitaallasten volledig gedekt werden, zijn er zorginstellingen die nauwelijks reserves opgebouwd hebben voor eventuele nieuwe investeringen. Dit maakt vastgoedontwikkelingen door deze partijen bijna onmogelijk (Van den Berg en Nienhuis, 2010).

3.10.7 Extramuralisering

Extramuralisering betekent letterlijk ‘verschuiving van intramurale zorg naar lichtere vormen van zorg en ondersteuning buiten de muren van de instelling, zoals verpleeghuiszorg die thuis wordt geboden of projecten voor begeleid wonen in de wijk voor mensen met een verstandelijke beperking in plaats van verblijf in een instelling’ (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2011). Het gaat met name om cliënten met beperkingen van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard, chronisch zieken en kwetsbare ouderen. Samen met medewerkers van de instelling wordt gezocht naar een geschikte plek om te wonen. De cliënten bepalen zelf welke zorg en begeleiding zij verder nodig hebben. Het inzicht dat cliënten die intensieve verzorging nodig hebben ook behoefte hebben aan een waardige plek om te wonen en voor een deel eigen regie over hun leven willen hebben gaf aanleiding om extramuralisatie veelvuldig toe te passen. Ook de komende

jaren zal dit een trend blijven. Extramuralisering wordt ook wel als vermaatschappelijking aangeduid.

3.10.8 Scheiden van wonen en zorg

In de nieuwe AWBZ wil het huidige kabinet overgaan tot het scheiden van wonen en zorg (Nederlandse Zorg Autoriteit, 2010). Bewoners die een indicatiestelling voor de AWBZ hebben zullen dan de huur voor de woning volledig zelf moeten betalen. Alleen de zorg zal via de AWBZ betaald gaan worden. Bewoners zullen hierdoor meer keuzevrijheid krijgen. Bovendien zullen zorginstellingen zich beter gaan richten op de woonwensen van hun cliënten. Gevolg hiervan is dat de woonlasten hoger uit kunnen vallen. Voor cliënten die de woonlasten niet kunnen dragen, zal huurtoeslag verstrekt worden.

3.10.9 Strategisch vastgoedmanagement

De omslag van aanbodgerichte naar vraaggestuurde zorg zoals boven vermeld vraagt om een verandering van facilitair huisvestingsdenken naar strategisch vastgoedmanagement. Veranderingen die dit tot gevolg hebben worden in onderstaande tabel weergegeven.

Van Facilitair huisvestingsdenken	Naar Strategisch vastgoedmanagement
Nadruk op nieuwbouw en instandhouding	Nadruk op vastgoedstrategie en portefeuillemanagement
Beheerder, controller	Ondernemer, strateeg
Eigenaars- en gebruikersrol zijn geïntegreerd	Scheiding in eigenaars- en gebruikersrol
Afschrijvingsdenken	Rendements- en waardedenken
Specifiek vastgoed	Zoveel mogelijk courant en flexibel vastgoed
Vermogen vastgelegd in vastgoed	Vermogen inzetten tbv primair proces
Focus op gebouw en inrichting	aandacht voor locatie, architectuur, omgeving en portefeuilleopbouw
Maximale oppervlakte	Minder maar betere vierkante meters
Normatieve argumentatie en kostenplafonds per m ²	Optimale investering door bedrijfseconomische argumentatie
Gebouw als omhulling van het primaire proces	Gebouw en ligging als marketinginstrument
Eigendom als vanzelfsprekendheid	Bewuste afweging tussen huur, koop en leasing
Vastgoed los van andere bedrijfsmiddelen	Vastgoed als strategisch bedrijfsmiddel, integrale benadering
Huisvesting als onderdeel van technisch of facilitair aandachtsgebied	Specifieke discipline
Nauwelijks kostenbewustzijn bij eindgebruiker	Doorbelasting kosten aan eindgebruiker
Alles in eigen beheer (doen) uitvoeren	Sourcingstrategie voor vastgoed
Bestuurlijke aandacht incidenteel bij (nieuw)bouw	Structurele bestuurlijke aandacht voor strategisch vastgoedmanagement
Risico-arm ondernemen	Vastgoed als integraal onderdeel van de beleidscyclus
Brede scope aan producten leveren	Concurreren met andere aanbieders
Stabiel marktaandeel	Focus op waardepropositie
	Wisselend marktaandeel

Tabel 3.6. Naar Strategisch vastgoedmanagement. Bron: Twynstra Gudde, in Van Velzen (2005)

Concluderend kunnen we stellen dat kennis van vastgoed noodzakelijk is om effectief strategisch vastgoedmanagement te kunnen voeren. Omdat zorginstellingen deze specifieke kennis (nog) niet in huis hebben zal vaker een beroep gedaan worden op externe partijen zoals de woningcorporatie.

3.11 Conclusie

In het afgelopen hoofdstuk is getracht deelvraag 3 zo volledig mogelijk te beantwoorden. Deze vraag luidde: *‘Wat is zorgvastgoed, welke typen zorgvastgoed zijn er te onderscheiden en wat zijn de belangrijkste trends binnen de zorg voor zover die op het vastgoed invloed hebben?’*

Een exacte definitie van zorgvastgoed is niet aangetroffen in de literatuur. Maar op basis van de te onderscheiden typen zorgvastgoed kan hier wel een algemene definitie voor gegeven worden. Onder zorgvastgoed wordt verstaan: *‘vastgoed waarbinnen verpleging, verzorging en diagnosestelling plaatsvindt, inclusief de bijbehorende infrastructuur. Dit omvat dan zowel vastgoed binnen de cure, de care als de eerstelijnszorg.’*

Wat betreft de verschillende te onderscheiden typen zorgvastgoed heeft dit onderzoek zich alleen gericht op vastgoed in de care-sector dat ten tijde van het schrijven van dit onderzoek AWBZ gefinancierd is.

Binnen de intramurale zorgverlening gaat het dan om verzorgingshuizen, verpleeghuizen en zorginstellingen. Binnen de semi-murale zorgverlening gaat het om kleinschalig wonen. Extramurale zorgverlening kent geen AWBZ financiering. Het vastgoed zal met name bestaan uit kantoorruimte en wordt in dit onderzoek niet gerekend tot zorgvastgoed. Wat betreft trends en ontwikkelingen in de zorg en huisvesting daarvan, vallen de veranderingen merendeels toe te schrijven aan overheidsbeleid. Beleid gericht op verandering van aanbodgerichte naar vraaggestuurde zorg, het scheiden van wonen en zorg en de extramuralisering brengen een heel scala aan noodzakelijke veranderingen met zich mee.

De zorg is volop in beweging. Vraagstukken met betrekking tot het zorgvastgoed zijn momenteel van groot belang. Door onzekerheid bij zorginstellingen en potentiële investeerders over de NHC tarieven en daarmee gepaard gaande risico's leidt momenteel tot een bouwstop. Dit terwijl nieuwe ontwikkelingen zeer gewenst zijn gezien het feit dat veel zorgvastgoed veroudert en demografische ontwikkelingen hier om vragen. Het monitoren van trends is belangrijke input om een beeld te verkrijgen van de markt.

Met dit hoofdstuk is het theoretisch kader afgerond. In de volgende hoofdstukken zal het strategische beslissingsmodel getoetst worden aan de hand van de praktijk. Daarnaast zullen de ontwikkelingen die zojuist beschreven zijn ook besproken worden tijdens interviews om na te gaan of de constatering van de theorie kloppen in de praktijk.

4. De bruikbaarheid van het strategisch beslissingsmodel; de visie van adviseurs

Het strategische beslissingsmodel dat in figuur 2.7 is gepresenteerd, is met name gebaseerd op bevindingen vanuit de literatuur. Om het model te toetsen aan de hand van de praktijk is een aantal experts op het gebied van zorgvastgoedontwikkeling gevraagd het model te bestuderen en daaraan gekoppelde vragen te beantwoorden. Voor de beantwoording van de gestelde vragen schiet de literatuur tekort. Bovendien zullen enkele stellingen gecontroleerd worden op de juistheid ervan.

Voor de selectie van experts is gekozen zowel experts met kennis van de zorgsector, als experts die juist meer kennis hebben van de corporatiesector te interviewen. Deze experts zijn allen werkzaam voor adviesorganisaties die nauw samenwerken met corporaties en zorginstellingen door het hele land. De adviseurs zijn select gekozen, rekening houdend met hun kennis van de zorg- en corporatiesector. De adviseurs zijn benaderd op bijgewoonde symposia en via het netwerk van Lefier. In figuur 4.1 is een lijst opgenomen met namen, functies en organisaties waarvoor zij werkzaam zijn.

Overzicht interviews Experts				
Naam	Functie	Organisatie	Datum interview	Plaats
B. Baselmans	Senior adviseur	AAG	12-4-2011	Arnhem
R.J.M. Middelkoop MRE	Directeur	BOB advies	13-4-2011	Zeist
Drs. A. Biesheuvel	Directeur Healthcare midden Nederland	Coresta Group	15-4-2011	Meppel
T. Adema	Adviseur proces manager	KAW architecten en adviseurs	28-4-2011	Hoogezand

Tabel 4.1 Lijst geïnterviewde adviseurs.

De interviews zijn als zeer informatief ervaren. Deze hebben een grote toegevoegde waarde voor het onderzoek gehad. Veel informatie is bekend vanuit de literatuur, maar tijdens de interviews kwamen ook nieuwe zaken aan het licht.

Het viel op dat de adviseurs zeer goed op de hoogte waren van ontwikkelingen in corporatie- en zorgland. Bovendien bleken ze kritisch te zijn en namen zeker niet dezelfde standpunten in. Hun eigen visie bleken ze goed te kunnen onderbouwen. Grootste winst uit de interviews zijn de aanvullingen die de adviseurs gaven t.a.v. het model. De praktijk blijkt soms anders te werken dan de theorie.

Alle adviseurs namen uitgebreid de tijd om de vragen te beantwoorden. Vanwege de uitgebreide vragenlijst is echter een enkele keer een vraag niet gesteld en prioriteit gegeven aan andere vragen om toch een helder beeld te krijgen van het desbetreffende onderwerp.

Het interview is ten eerste ingegaan op de visie van adviseurs t.a.v. strategiebepaling bij woningcorporaties. Daarbij werd nagegaan of woningcorporaties volgens hen wel werken volgens vooraf bepaalde strategieën, wat voor strategie men gebruikt, of corporaties de nodige specialisten in eigen huis hebben of externe partijen inschakelt, of corporaties denken als onderneming of instelling en wat de doorslaggevende factoren voor hen zijn om te gaan ontwikkelen.

Ten tweede is ingegaan op de visie van de adviseurs t.a.v. de stelselwijzigingen in de zorg. Met name de gevolgen van deze wijzigingen komen hier aan het licht. Ten derde is er gevraagd naar knelpunten in zorgvastgoedontwikkeling. Bovendien wordt in de literatuur gesproken over onbegrip tussen zorgpartijen en woningcorporaties, maar klopt dit wel? Hier is dieper op in gegaan.

Tenslotte zijn een aantal vragen beantwoord die betrekking hebben op het strategische beslissingsmodel. Hier wordt het theoretische model min of meer getoetst aan de hand van de praktijk. Bovendien is gevraagd naar noodzakelijke wijzigingen en/of aanvullingen binnen het model. De aanpassing van het model op basis van de gegeven adviezen zullen uitgebreid besproken worden. Het uitgebreide vragenformulier is opgenomen in bijlage 3.

Deelvragen behorend tot dit hoofdstuk zullen hiermee ten dele beantwoord worden. Om een volledig antwoord te kunnen geven zullen ook corporaties gevraagd worden of aanvullingen noodzakelijk zijn of dat zij andere meningen zijn toegedaan. Bevindingen uit de interviews met corporaties komen in hoofdstuk 5 aan bod.

4.1 Strategiebepaling bij woningcorporaties

De hoofdzaken die naar voren kwamen t.a.v. strategiebepaling bij woningcorporaties zijn:

- De meeste adviseurs zijn goed bekend met de theorie over strategiebepaling volgens Porter.
- De stelling dat corporaties veelal vaag geformuleerde doelstellingen hebben wordt vaak bevestigd.
- De stelling dat corporaties vaak een strategisch vastgoed plan (SVP) missen en dat geen gebruik gemaakt wordt van strategische beslissingsmodellen, wordt bevestigd door alle adviseurs.

Doordat corporaties vage doelstellingen hanteren en geen duidelijke vooraf gestelde strategische keuzes maken worden nauwelijks beslissingen t.a.v.

zorgvastgoedontwikkeling genomen op basis van een duidelijk vastgelegde visie, strategie of beleid. Ofwel, vaak worden deze beslissingen ad hoc genomen.

Wel geven de adviseurs aan dat er twee uitzonderingen zijn wat dit betreft. Habion en Woonzorg Nederland zijn corporaties die zich specifiek richten op zorgvastgoed. Hun visie, strategie en beleid is dan ook specifiek op zorgvastgoed gericht, en die is duidelijk geformuleerd, aldus enkele adviseurs. Wat betreft corporaties die zich voornamelijk richten op volkshuisvesting en ook zorgvastgoed in de portefeuille hebben is het vermoeden dat er wel vaak een strategie is voor de “normale” volkshuisvesting, maar dat er voor zorgvastgoed geen duidelijke strategie bepaald wordt.

Oorzaak voor het ontbreken van een duidelijke strategie is volgens de adviseurs met name de houding van corporaties t.a.v. zorgvastgoedontwikkeling. Er wordt gedacht dat zorgvastgoedontwikkeling hetzelfde werkt als ontwikkeling van woningen. Er heerst vaak het gevoel van “Dat kunnen wij wel”. Maar corporaties zijn nauwelijks op de hoogte van de ontwikkelingen in de zorg en daardoor valt het wel eens tegen. De adviseurs geven ook aan dat wanneer corporaties hier wel van op de hoogte zijn, deze nauwelijks beseffen dat zij slecht op de zorg anticiperen. Bovendien geven een aantal adviseurs aan dat ontwikkelingsplannen niet zozeer ontstaan vanuit een visie of strategie, maar dat deze

plannen en samenwerking ook vaak ontstaan binnen het eigen netwerk. Strategie heeft daar volgens hen niet veel mee van doen.

Wanneer er geen strategie geformuleerd is of wanneer doelstellingen vaag geformuleerd zijn is het vanzelfsprekend dat deze strategieën en doelstellingen ook minder goed meetbaar zijn. Het achteraf beoordelen van strategieën en/of doelstellingen gebeurt weinig volgens de adviseurs. Projecten worden slechts beoordeeld op eenvoudige parameters als rendement, waardeontwikkeling, positie etc.

Concluderend kunnen we stellen dat de adviseurs over het bovenstaande dezelfde mening zijn toegedaan. Dit zou echter een gekleurde mening kunnen zijn, omdat het geven van strategisch advies het bestaansrecht van deze adviesorganisaties onderstreept. Oorzaak voor het feit dat corporaties de expertise niet in huis hebben kan zijn dat deze organisaties simpelweg te klein zijn. Ook is het mogelijk dat sommige corporaties te makkelijk denken over het oplossen van huisvestingsproblemen in de zorg en dat ze nauwelijks opgeleverde projecten achteraf beoordelen, waardoor verbeteren van de aanpak ook moeilijk wordt. De adviseurs stellen uiteraard corporaties te kunnen helpen daar waar hun kennis tekort schiet.

4.2 Stelselwijzigingen in de zorg

De volgende hoofdpunten t.a.v. de stelselwijzigingen in de zorg kwamen naar voren:

- Adviseurs staan positief tegenover de invoering van de ZZP tarieven en de NHC component en geven aan dat noodzakelijk te vinden.
- De hoogte van de NHC component zal hoog genoeg zijn om fatsoenlijk vastgoed te realiseren.
- De stelselwijziging maakt strategiebepaling aan de hand van duidelijke modellen zoals van Porter in de corporatiesector noodzakelijk.
- Vaststelling van de NHC component zal niet veel onzekerheid wegnemen.

De adviseurs geven aan dat productiegerelateerde vergoeding de normaalste zaak van de wereld is. De AWBZ is volgens hen niet meer houdbaar in zijn huidige vorm. Dat mensen die gebruik maken van intramurale zorg straks zelf gaan betalen voor de component wonen, is volgens hen een goede ontwikkeling. Wel wordt aangegeven dat er een beschermende schil zou moeten zijn voor mensen die dit financieel niet kunnen dragen. Biesheuvel geeft bovendien aan dat scheiden van wonen en zorg slechts zou moeten gaan over het scheiden van financieringsstromen en niet scheiden van het fysieke wonen en zorg. Ook moeten de nieuwe wijzigingen niet leiden tot het feit dat iedere oudere in de wijk zou moeten gaan wonen. Ook intramurale geconcentreerde zorgvoorzieningen moet er voldoende blijven.

Aangezien iedere adviseur positief is over de hoogte van de NHC component zou dit geen oorzaak hoeven te zijn voor de 'bouwstop'.

Daarnaast geven adviseurs aan dat de NHC component al nagenoeg bekend is. Met deze normgetallen wordt momenteel al gerekend, en er worden al verschillende scenario's geschetst. Opeenvolgende berichtgeving van de NZA over de NHC component geven al een duidelijke richting aan. Vandaar dat de adviseurs verwachten er vanuit te kunnen gaan dat gerekend kan worden met de tot nu toe bekende tarieven.

Wat betreft de noodzaak een strategie te bepalen wordt aangegeven dat dit altijd noodzakelijk is, voor iedere organisatie. Bovendien zal door de productiegerelateerde vergoedingen meer concurrentie ontstaan, zeker in de zorg, maar ook bij corporaties. Voor corporaties is het noodzakelijk deze ontwikkelingen te monitoren, en dat kan uitstekend met het model van Porter. Daarnaast zijn banken terughoudender met het verstrekken van financiering. Zij zullen vragen om een gedegen businesscase. Een duidelijke strategie en visie kan bijdragen aan een solide businesscase.

Concluderend kan gezegd worden dat het interessant is dat de adviseurs hier spreken over concurrentie, aangezien in de theorie ervan uit wordt gegaan dat corporaties collega instellingen niet als concurrentie zullen bestempelen. Door de stelselwijzigingen zou dit wel eens kunnen veranderen.

Het is ook opvallend dat de adviseurs geen onzekerheid zien in de nog vast te stellen NHC component. Men rekent al met de cijfers door middel van verschillende scenario modellen. Toch bleek vanuit de literatuur dat er sprake is van een bouwstop in de zorgvastgoedontwikkeling. Wellicht zijn corporaties en zorginstellingen minder zeker van hun zaak en nemen zij een afwachtende houding aan. Adviesbureaus zijn dagelijks bezig up te date te blijven wat betreft deze ontwikkelingen. Ze hebben wellicht een kennisvoorsprong. Maar het is ook denkbaar dat corporaties en zorginstellingen toch liever de daadwerkelijke vaststelling afwachten om onnodige risico's te voorkomen. Bovenstaande bevestigt de noodzaak van het gebruik van een strategisch beslissingsmodel.

4.3 Knelpunten in zorgvastgoedontwikkeling

De volgende knelpunten zijn door de adviseurs genoemd:

- Banken zijn terughoudender met verstrekking van financiering.
- Samenwerking tussen corporaties en zorginstellingen hebben in het verleden regelmatig tot teleurstelling geleid.
- Er heerst onduidelijkheid over keuzes m.b.t. hoeveel vastgoed zorginstellingen op de balans zouden moeten hebben.
- Veel corporaties zitten financieel gezien zelf in zwaar weer.

Ten aanzien van de terughoudendheid van banken geeft Middelkoop aan te verwachten dat banken terughoudend zullen zijn tot 2018, op basis van het feit dat banken geacht worden hun reserves op peil te brengen. Mogelijk dat banken tegen die tijd iets soepeler worden met de verstrekking van financiering voor nieuwe projecten.

Wat betreft de relatie tussen zorginstellingen en woningcorporaties zagen corporaties het oplossen van vastgoedvraagstukken in de zorg te gemakkelijk in. Dit werd wel eens als een arrogante houding opgevat. De relatie tussen corporaties en zorginstellingen, die natuurlijk leek, heeft hierdoor regelmatig tot teleurstelling geleid. Ook wordt de relatie bemoeilijkt omdat beide organisaties te maken hebben met verschillende ministeries. Met betrekking tot zorgvastgoed wordt door beide partijen gerekend met verschillende parameters waardoor frustraties ontstaan. Bovendien zou het ontbreken aan één gezamenlijke visie van beide ministeries.

Wat betreft de verwachting of zorginstellingen hun vastgoed behouden of onderbrengen bij corporaties of beleggers lopen de meningen van de adviseurs behoorlijk uiteen. Biesheuvel verwacht dat in een marktsituatie partijen die vastgoed niet als core-business beschouwen, hun vastgoed op termijn onderbrengen bij een corporatie of belegger. Hij geeft aan dat dit in de zorgsector wellicht ook zal gebeuren, maar dat daar nu nog niets van te merken is. Als een duidelijke strategie bepaald is, zal waarschijnlijk blijken dat het verstandig is (bepaalde typen) vastgoed af te stoten. Maar zolang er geen duidelijke strategieën worden vastgesteld, zal dit niet snel gebeuren. Daarnaast moeten zorginstellingen oppassen om wel de regie bij de ontwikkeling en het gebruik er van in eigen hand te houden. Het vastgoed in de zorg is namelijk onlosmakelijk verbonden met de zorg, aldus Biesheuvel.

Middelkoop is een totaal andere mening toegedaan en stelt dat zorginstellingen het vastgoed niet moeten verkopen aan corporaties. Hij adviseert zorginstellingen juist de eigen portefeuille zo groot mogelijk te maken, eventueel door samenwerking of fusie, zodat ze de controle houden. Hij verwacht ook niet dat zorginstellingen hun vastgoed van de hand zullen doen.

Baselmans en Adema kijken daar totaal anders tegen aan. Zij geven beide aan dat afstoten van zorgvastgoed door zorginstellingen met name zal gelden voor zorgvastgoed dat bestemd is voor mensen met lichte Zorg Zwaarte Paketten (ZZP) 1 t/m 3. Een ZZP is een omschrijving van welk soort zorg en hoeveel een client nodig heeft en maakt deel uit van de AWBZ. Er zijn totaal 7 ZZP's. Er wordt onderscheid gemaakt tussen zorg thuis en zorg met verblijf. Zorg met verblijf valt onder een ZZP (Rijksoverheid, 2011). De lichtere pakketten zullen in plaats van intramuraal zorgvastgoed extramuraal zorgvastgoed worden. Met name voor zorgwoningen voor mensen met lage inkomens zal vaker beroep gedaan worden op corporaties. Zij verwachten niet dat de vraag naar ontwikkeling van intramuraal zorgvastgoed vanuit zorginstellingen richting de corporaties enorm toe zal nemen.

Tenslotte werd aangegeven dat veel corporaties momenteel zelf ook financieel in zwaar weer verkeren, waardoor zij terughoudender zijn met nieuwe ontwikkelingen en zeker zorgvastgoedontwikkeling. Veel woningcorporaties zijn niet volledig op de hoogte van de ontwikkelingen wat betreft de stelselwijzigingen. Dit wordt dan gauw als risico gezien. Vandaar hun terughoudendheid.

Om de grootste knelpunten te overbruggen geeft iedere adviseur min of meer aan dat zowel zorginstellingen als corporaties een duidelijke visie moeten ontwikkelen, dus eigenlijk een strategie moeten uitstippelen. Als beide partijen weten wat ze willen, zullen ze elkaar beter begrijpen waardoor samenwerking ook makkelijker wordt. In het verleden was samenwerking vaak gebaseerd op goede netwerkrelaties van bestuurders onderling. Aan strategie werd in zulke situaties vaak voorbijgegaan. De adviseurs geven aan dat bij het bepalen van een strategie volgens het model corporaties te weten komen wat er speelt in het werkveld en welke factoren van belang zijn. Dit zorgt voor duidelijkheid voor beide partijen.

Naast het bepalen van een strategie geven adviseurs aan dat zij veel kansen zien in zorgvastgoedontwikkeling. Kansen liggen volgens allen met name in de toename van de vraag. Bovendien is er momenteel veel verouderd vastgoed in de zorgsector, wordt er veel privaat geld in gepompt, loopt de ouderenhuisvesting ver achter en zal de oude woningvoorraad aangepast moeten worden.

Daarnaast zal volgens Middelkoop door het scheiden van wonen en zorg de wooncomponent zich meer gaan gedragen zoals de normale woningmarkt. Dat betekent dat hierop ook normaal rendement behaald kan worden.

Een andere kans is het feit dat veel vastgoedsegmenten krimp laten zien, zoals de kantorenmarkt, winkelmarkt en woningmarkt. Zorgvastgoed is daarentegen een segment waarin veel groeimogelijkheden zitten. Het ombouwen van o.a. kantoorruimten is daarom een kans, aldus Biesheuvel.

Baselmans en Adema bekijken het meer vanuit de corporatie. Baselmans geeft aan dat ten eerste de efficiëntie enorm toeneemt door de NHC component. Ten tweede liggen kansen niet zozeer in direct rendement, maar wel als het gaat om waardetoevoeging binnen de omgeving. Dus op plekken waar de bewoners (perspectief van de corporatie) zich bevinden. En er liggen kansen in de locatiekeuze. Vaak wordt de locatie bepaald door de zorginstelling, en dat zorgvastgoed staat vaak niet op de juiste plek.

Adema ziet ook lokaal veel kansen. Ten eerste geeft hij aan dat er meer differentiatie zal zijn en dus meer keuzevrijheid voor bewoners. Bovendien kunnen bewoners door de invoering van NHC tarieven ook zelf het heft in handen nemen door samen met anderen hun eigen woonvoorziening te realiseren en zorg zelf in te kopen. Dit is een voordeel voor mensen die graag in kleine dorpen willen blijven wonen.

Concluderend kunnen we stellen dat een groot deel van de knelpunten veroorzaakt worden door het economisch klimaat waarin we ons momenteel bevinden. Banken zijn terughoudender en veel corporaties zitten zelf ook in zwaar weer.

De verstoorde relatie tussen zorginstellingen en corporaties wordt veroorzaakt door onbegrip. Duidelijk beleid vanuit de overheid en vaststelling van de NHC component kan mogelijk bijdragen aan zekerheid. Ook zal er enige tijd nodig zijn voor beide organisaties om vertrouwd te raken met de nieuwe regelgeving en mogelijkheden.

Het afstoten van vastgoed door zorginstellingen zal op korte termijn waarschijnlijk niet snel gebeuren. Veel vastgoed is namelijk onlosmakelijk verbonden aan de zorg.

Bovendien adviseren een aantal consultants zorginstellingen het vastgoed te behouden.

Naar alle waarschijnlijkheid hoeven we niet direct een enorme toename van aanvragen te verwachten richting corporaties om het vastgoed van zorginstellingen over te nemen.

Gebleken is dat visies op kansen in zorgvastgoed verschillen. Het vermoeden is dat dit ook afhangt vanuit welk perspectief de adviseur het vraagstuk benadert. Bekijkt de adviseur het vanuit de corporatie, de zorginstelling, de ontwikkelaar of belegger. Het enige dat vast staat is dat de demografische gegevens vragen om meer zorgvastgoedontwikkeling. Kansen op dit gebied wordt door iedere adviseur erkent.

4.4 Het strategisch beslissingsmodel

Iedere adviseur is binnen het model in de praktijk met andere stappen bezig. Dat maakte het toetsen van het model extra interessant, omdat de verscheidenheid aan visies daarmee

vergroot werd. Ten aanzien van het strategisch beslissingsmodel komen de volgende punten naar voren:

- Alle adviseurs herkennen de stappen in het model en vinden het noodzakelijk dat aan iedere stap voldaan is.
- Alle adviseurs zijn van mening dat in de praktijk het model waarschijnlijk nauwelijks gebruikt zal worden, maar het is goed als inspiratiebron.
- Drie adviseurs stellen dat voor gebruik het model compacter gemaakt zou moeten worden.

Adviseurs vinden het noodzakelijk dat aan iedere stap voldaan is omdat het de risico's enorm beperkt. Biesheuvel geeft zelfs aan dat zonder gebruik van een dergelijk model de kans op falen groot is. Baselmans stelt dat corporaties veel meer op deze manier over zorgvastgoed zouden moeten nadenken. Dit gebeurt nauwelijks. Ook stelt hij dat corporaties jaarlijks een interne en externe analyse zouden moeten uitvoeren om 'up to date' te blijven van alle toekomstige ontwikkelingen op de zorgmarkt. De adviseurs hechten de meeste waarde aan de interne en externe analyse. Wanneer je beide analyses confronteert zal uit de externe analyse blijken dat er veel redenen zijn om zorgvastgoed te ontwikkelen, maar vanuit de interne analyse kan blijken dat er te weinig financiële middelen beschikbaar zijn. Het is belangrijk dergelijke knelpunten op te lossen. Hoewel naar het oordeel van de adviseurs het model naar verwachting niet letterlijk gebruikt zal worden in de praktijk, zal het wel gebruikt kunnen worden ter inspiratie. Gebruik van het model zou in ieder geval de voortgang van projecten kunnen bevorderen. Adema geeft aan dat hij verwacht dat het model niet zal leiden tot actie (bouwen), maar dat het model zeker goed bruikbaar is ter toetsing van huidige projecten. De adviseurs geven aan dat het beter zou zijn het model compacter te maken, of voor de klant zelfs fases weg te laten. Zo is het voor hen overzichtelijker. Er bestaat al gauw aversie tegen dergelijke modellen aldus Biesheuvel en Middelkoop. Klanten vinden namelijk vaak dat de praktijk anders werkt dan een uitgebreid theoretisch model. Bovendien geeft het hen het gevoel dat ze zelf deze theorie ook hadden kunnen bedenken en toepassen.

4.5 Aanpassingen en aanvullingen

Op basis van de interviews zullen hieronder een aantal aanvullingen en aanpassingen toegelicht worden. Nagenoeg alle aanpassingen zijn aanvullingen. Er is slechts één correctie die betrekking heeft op externe aanvragen.

4.5.1 Portefeuille

De adviseurs geven aan dat zij een portefeuille analyse missen in het model. Deze zou tijdens de interne analyse moeten plaatsvinden. Biesheuvel voegt daar wel een waarschuwing aan toe. Wanneer namelijk de strategie bepaald wordt o.a. op basis van de huidige portefeuille, is er een kans dat er een verkeerde strategische keuze gemaakt wordt. De huidige situatie zou dan vertaald worden in de nieuwe strategie. Vandaar dat genoemde adviseur aangeeft dat het belangrijk is dit in het achterhoofd te houden, en misschien zelfs de portefeuille te analyseren na het maken van een strategische keuze. Op basis van dit advies is de portefeuille analyse toegevoegd aan de interne analyse. Dit kan voor de strategie keuze geplaatst worden, maar na het uitvoeren van een consistentietest

en de formulering van de strategie zal bekeken moeten worden of de huidige portefeuille niet te veel vertaald wordt in de toekomstige strategie. Wellicht dat na de strategieformulering een extra fase ter controle van de portefeuille toegevoegd moet worden.

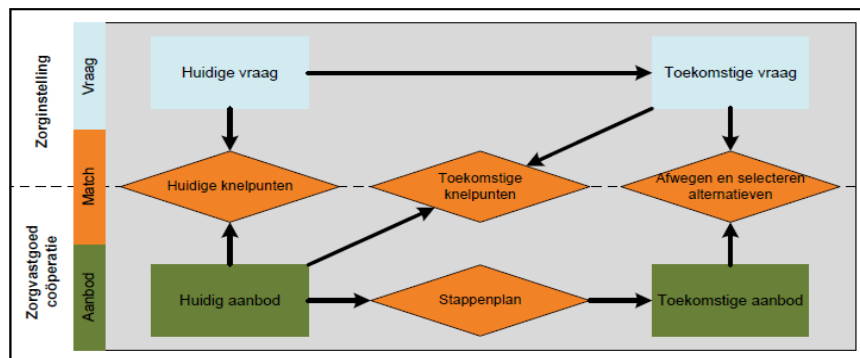
4.5.2 Netwerkanalyse

Adema gaf aan dat binnen de externe analyse een netwerkanalyse ontbreekt. Veel samenwerking binnen corporaties en zorginstellingen ontstaat door goede contacten binnen het netwerk van leidinggevendenden. Vandaar dat een netwerkanalyse van belang zou zijn in de externe analyse. Ook tijdens bijgewoonde symposia en vanuit Lefier is gebleken dat veel zorgvastgoedontwikkeling ontstaan is uit goede netwerkrelaties. Dit vormt een nuttige aanvulling voor het model, aangezien dit in de praktijk regelmatig het geval is.

4.5.3 DAS model

Middelkoop gaf aan dat hij het Designing and Accommodation Strategy (DAS) model een nuttige aanvulling zou vinden voor het model. Dit model is door de TU-Delft ontwikkeld en bestaat uit vier zogenoemde ‘steering events’:

- De bepaling van de (mis)match tussen huidige vraag en huidig aanbod.
- De bepaling van de (mis)match tussen de toekomstige vraag en huidig aanbod.
- Het afstemmen van de toekomstige vraag op het gewenste toekomstige aanbod.
- Het opstellen van een stappenplan om de huidige voorraad om te vormen naar de toekomstige voorraad.



Figuur 4.1 DAS-model, De Jonge et al. Bewerkt door Middelkoop (2010).

Het DAS-model is een nuttige en vooral duidelijke toevoeging, maar het model zou met enige aanpassing ingepast kunnen worden binnen het strategische beslissingsmodel zonder de structuur van het huidige model te veranderen.

De huidige en toekomstige vraag kan namelijk ten tijde van de externe analyse onderzocht worden. “Huidige- en toekomstige vraag” is daarom toegevoegd aan de externe analyse. Het huidige aanbod wordt geanalyseerd tijdens de interne analyse wanneer de huidige portefeuille onder de loep genomen wordt. Hier is geen toevoeging voor nodig. De huidige- en toekomstige knelpunten komen vervolgens aan het licht wanneer een SWOT-analyse plaatsvindt. De inhoud zal hetzelfde zijn als een SWOT-analyse, vandaar dat hier geen toevoeging voor nodig is.

Het stappenplan en toekomstige aanbod worden bepaald wanneer strategische keuzes worden afgewogen. Ten slotte zal het afwegen en selecteren plaatsvinden op het moment dat de strategie geformuleerd en vastgesteld wordt. “Afweging en selectie alternatieven” is toegevoegd aan de fase “Formulering strategie”.

Ook is het van belang bij het bepalen van huidige- en toekomstige vraag en het bepalen van knelpunten, niet alleen vanuit de corporatie dit te analyseren maar ook vanuit zorginstellingen. In geval van samenwerking komt dit terug in de businesscase.

4.5.4 Beslismoment na initiatieffase

Adema gaf aan dat het belangrijkste beslismoment na de initiatieffase valt en niet na de ontwikkelingsfase. Na de ontwikkelingsfase is het project al dusdanig uitgewerkt, dat er al behoorlijke kosten gemaakt zijn. Als er na deze fase problemen ontstaan met betrekking tot de haalbaarheid, zijn er meestal in de ontwikkelingsfase nog wel aanpassingen te maken in het PVE, VO of DO. Op basis van dit advies is een extra lijn na de initiatieffase geplaatst. De lijn na de ontwikkelingsfase zal blijven staan omdat dit het laatste beslismoment is en deze daarom ook zeker van belang is.

4.5.5 Interne projecten

Baselmans gaf aan dat ideeën voor projecten niet pas ontstaan voor de initiatieffase, maar dat deze mogelijk al ontstaan wanneer er een SWOT-analyse gemaakt wordt. In deze fase ontstaan vaak al ideeën voor het oplossen van problemen. Op het moment dat de strategische keuze gemaakt is zal dat deze ideeën meer vorm geven of juist uitsluiten. Vervolgens zou dit idee geaccepteerd kunnen worden als zijnde een intern project dat past bij de doelstellingen, doelgroep en strategie. Het interne project dat al behoorlijk vorm heeft gekregen zal dan de initiatieffase kunnen bereiken. In de praktijk is goed voor te stellen dat ideeën eerder in het proces ontstaan, vandaar dat parallel aan de SWOT analyse een kader is toegevoegd dat door zal lopen tot aan de initiatieffase. De tussenliggende stappen zullen gedurende het proces invloed blijven uitoefenen op deze ideeën.

4.5.6 Externe projecten

Volgens Baselmans zullen externe projecten niet direct in de initiatieffase kunnen belanden. Hij adviseerde hierop een correctie toe te passen. Het externe project zal eerst een intern project moeten worden voordat het de initiatieffase bereikt. De corporatie zal zelf ook volledig achter het project moeten staan en hier de kansen van in moeten zien. Het moet passen binnen de doelstellingen, strategie en de doelgroep. Wanneer dit het geval is, zal het geaccepteerd worden als zijnde een intern project.

Het advies van Baselmans heeft geleid tot een correctie van het model en het kader met externe projecten is verplaatst. Voordat een extern project de initiatieffase in rolt, zal het eerst een intern project moeten worden.

4.5.7 Compact model

Op basis van de antwoorden van de adviseurs is overwogen een compacter model op te stellen of ‘anders te verpakken’. Het is mogelijk door in termen van de verschillende fases te spreken, maar dit is niet de bedoeling van dit onderzoek. Het doel is om een zo’n alomvattend mogelijk model op te stellen die zoveel mogelijk factoren meepakt die invloed hebben op het ontwikkelen van zorgvastgoed. Dit reduceert risico’s zoveel

mogelijk. Het vermoeden dat corporaties niet of nauwelijks gebruik maken van de theorieën die gebruikt worden in het model is op zichzelf al een reden om het zo compleet mogelijk te presenteren. Bovendien kan het zoals de adviseurs aangeven wel als inspiratiebron dienen voor corporaties. In vervolgonderzoek kan eventueel een compacter model ontworpen worden.

Het is overigens vreemd dat de adviseurs verwachten dat een dergelijk model niet gebruikt zal worden. Dat corporaties waarschijnlijk het model niet zullen gebruiken komt mogelijk omdat corporaties erg praktijkgericht zijn of niet open staan voor theoretische oplossingen gezien de verwachte aversie.

De adviezen van de experts zijn duidelijk beredeneerd en afgewogen. Waar mogelijk zijn aanvullingen toegepast binnen het model. De aanvullingen op het model zoals gepresenteerd in figuur 2.7 zijn in de conclusie van hoofdstuk 5 van het onderzoek weergegeven in figuur 5.2 De aanvullingen van de adviseurs zijn in blauw weergegeven.

4.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is getracht het strategische beslissingsmodel te toetsen aan de hand van de praktijk. Gezien het feit dat de visie van woningcorporaties van even groot belang is als die van de adviseurs zullen in het volgende hoofdstuk grotendeels dezelfde vragen gesteld worden bij corporaties. Beantwoording van de deelvragen 2, 4 en 5 zal daarom opgenomen worden in paragraaf 5.6 van hoofdstuk 5.

5. De bruikbaarheid van het strategisch beslissingsmodel; de visie van corporaties

De laatste stap van dit onderzoek is het model, zoals opgesteld is aan de hand van de bevindingen in de literatuur en de aanvullingen van adviseurs, voor te leggen aan een aantal corporaties. De geïnterviewde corporaties zijn select gekozen. Voor een deel is gebruik gemaakt van het netwerk van Lefier.

Er is bewust gekozen om Habion en Woonzorg Nederland te interviewen. Uit de literatuur bleek dat deze twee partijen zich specifiek richten op zorgvastgoed en daarin landelijk gezien de grootste spelers zijn. Vestia is interessant omdat het een grote landelijke corporatie is die zich zowel bezig houdt met reguliere volkshuisvesting als zorgvastgoed. Onlangs heeft Vestia nog 12 woon-zorg complexen overgenomen van een andere corporatie. Vandaar de interesse in deze partij.

Meander is een zorggroep. Mevrouw Stokroos van zorggroep Meander is voor haar huidige functie bij Woonzorg Nederland en Lefier werkzaam geweest. Haar kennis van zorg in combinatie met die van de corporatiesector is een nuttige aanvulling.

Op deze manier is getracht een goed beeld te krijgen van de corporatiesector op nationaal niveau.

Vanwege het feit dat dit onderzoek mede in opdracht van Lefier wordt uitgevoerd en Lefier graag zou willen leren van organisaties die ervaring hebben in het ontwikkelen en beheren van zorgvastgoed, zullen de werkwijzen en visies binnen Lefier vergeleken worden met die van andere corporaties. Dit zal mede als input dienen voor de aanbevelingen aan Lefier die in de conclusie worden gegeven.

Op bovenstaande wijze is gekozen voor drie grote en drie kleine partijen zodat deze onderling vergeleken kunnen worden en verschillen tussen grote en kleine organisaties aan te tonen zijn. De gesprekken met de corporaties zijn als zeer zinvol en informatief ervaren.

De vragen zijn grotendeels dezelfde vragen zoals die aan de experts gesteld zijn (bijlage 3). Er zijn echter enkele vragen weggelaten omdat deze minder van belang waren. Ook zijn er enkele vragen toegevoegd omdat in de loop van het onderzoek zich nieuwe vragen voordeden. De verschillende onderwerpen in het interview zijn gelijk. Wijzigingen in de vragenlijst zijn opgenomen in bijlage 4.

Een lijst van de geïnterviewden is opgenomen in tabel 5.1.

Naam	Functie	Organisatie	Datum Interview	Plaats
J. Postema	Directeur Ontwikkelbedrijf	Lefier	20-5-2011	Hoogezand
J. Stokroos	Manager bedrijfsvoering	Meander	25-5-2011	Veendam
Drs. E. Borggreve	Programma Manager Medewerker intramuraal beheer	Vestia	9-6-2011	Rotterdam
F. Koersveld	adjunct directeur portefeuille management	Woonzorg Nederland	6-6-2011	Amstelveen
Ing. H.L.P. v. d. Velde		Habion	6-6-2011	Houten
R. Feenstra	Directeur	BCM	19-5-2011	Stadskanaal
W. Nolden	Directeur	Woonstade	21-6-2011	Hoogkerk

Tabel 5.1 Lijst geïnterviewde corporaties

5.1 Strategiebepaling bij woningcorporaties

Op basis van de antwoorden op de vragen zijn de onderstaande algemeenheden naar voren gekomen:

- Op één respondent na is geen enkele directeur, manager of medewerker bekend met strategiebepalingstheorieën volgens Porter of Joldersma et al.
- Alle corporaties zijn bezig zorgvastgoed te ontwikkelen.
- Op basis van antwoorden is het twijfelachtig of corporaties een duidelijke strategie bepaald hebben.
- De drie grotere organisaties zeggen specialisten voor zorgvastgoed in eigen huis te hebben, de drie kleinere organisaties maken meer gebruik van externe specialisten.
- Op één corporatie na geven allen aan de cultuuromslag van instelling naar onderneming al gemaakt te hebben.
- Corporaties vinden dat ze heldere doelstellingen geformuleerd hebben.
- Corporaties vinden dat ze ontwikkelingsprojecten voldoende evalueren.
- Maatschappelijk belang is voor corporaties de drijfveer voor ontwikkeling van zorgvastgoed.

Ten aanzien van het eerst genoemde punt moet opgemerkt worden dat Van der Velde als enige wel goed op de hoogte was van theorieën om strategieën te bepalen. Reden dat corporaties hier niet goed van op de hoogte zijn is o.a. het feit dat corporaties praktisch zijn ingesteld, niet theoretisch aldus Borggreve. Ook heeft geen enkele corporatie een schematische weergave van haar strategie voorgelegd.

Geïnterviewden geven geen duidelijk antwoord op de vraag of de organisatie een eenduidige strategie bepaald heeft. De helft geeft aan op basis van lokale vraagstukken en gezond verstand te handelen. Alleen Koersveld was concreter en gaf aan dat het voor Woonzorg Nederland noodzakelijk is een duidelijke strategie te hebben vanwege het feit dat zij landelijk opereren. Deze strategie wordt op directieniveau bepaald aldus Koersveld. Geen enkele corporatie gaf duidelijk inzicht in haar strategie. Koersveld kan zich wel voorstellen waarom kleinere lokale corporaties dit vaak niet hebben. Deze organisaties zijn namelijk veel afhankelijker van gemeentelijke prestatieafspraken en lokale problemen die opgelost dienen te worden. Dit maakt strategiebepaling lastig. Ook bij Lefier is strategiebepaling volgens de methode van Porter onbekend. Lefier bepaalt eerder op basis van prestatieafspraken met de gemeente welk pad zij inslaat. Lefier maakt gebruik van een algemeen sturingsmodel voor alle investeringen waarbij vanuit verschillende invalshoeken gekeken wordt naar de ontwikkelingsplannen. Deze invalshoeken zijn:

- volkshuisvestelijk
- financieel
- technisch
- energetisch

Per invalshoek wordt op het kleinst mogelijke niveau een aantal algemene kenmerken onderscheiden (Lefier, 2010). Deze kenmerken zijn weergegeven in tabel 5.2.

		Algemeen	Volkshuisvestelijk	Financieel	Technisch	Energetisch
A	Wijkvisie	x				
B	Woningtype	x				
C	Complexnummer	x				
D	Strategie/label	x				
E	Bouwperiode	x				
F	Mutatiegraad		x			
G	Huurprijscategorie		x			
H	Punten		x			
I	Beleidswaarde			x		
J	Woz-waarde			x		
K	Vrije verkoopwaarde			x		
L	Direct rendement			x		
M	Indirect rendement			x		
N	Totaal rendement			x		
O	Bijdrage aan rendement			x		
P	Conditie casco				x	
Q	Uitrustingsniveau				x	
R	Kosten DO				x	
S	Kosten PO				x	
T	Energie/label					x

Tabel 5.2 Sturingsmodel; kenmerken per invalshoek (Lefier, 2010).

Informatie over bovenstaande variabelen zijn zeker noodzakelijk. De methode is door Lefier goed uitgewerkt. Om echter een oordeel te kunnen vellen over bovenstaande verzamelde gegevens is een strategie bepaling en daarbij een ideale portefeuillesamenstelling waar naar gestreefd wordt noodzakelijk. Lefier geeft aan dat aan de bepaling van een ideale portefeuille gewerkt wordt. Een duidelijke strategie bepaling kan volgens het ontworpen strategisch beslissingsmodel en daarnaast bovenstaand sturingsmodel helpen een ideale portefeuille uit te werken. Het strategisch beslissingsmodel zou goed aan kunnen sluiten en een compleet keuzeprocess opleveren.

Wat betreft ontwikkelingsplannen voor zorgvastgoed geven alle partijen aan ontwikkelingsplannen te hebben. Daarbij gaat het niet alleen om nieuwbouw, maar ook om herontwikkeling van bestaand zorgvastgoed. Veel bestaand zorgvastgoed is namelijk verouderd. Ombouwen kan financieel aantrekkelijker zijn dan nieuwbouw met de verwachte NHC component.

Om te achterhalen of woningcorporaties actief zorgvastgoed ontwikkelen, is gevraagd of deze actief handelen volgens een bepaalde strategie of dat er meestal ad-hoc actie ondernomen wordt wanneer er aanvragen van buitenaf komen. De meeste corporaties geven aan zelf actief te zijn met verwerving of ontwikkeling van zorgvastgoed, maar er komen ook aanvragen van andere partijen. Ze geven aan dat deze plannen moeten passen binnen hun visie. Er wordt kritisch gekeken naar het businessplan en voor grote landelijke organisaties moet het aansluiten bij de strategie die voor een gebied bepaald is. Habion werkt volgens deze methode.

Lefier heeft zeer weinig zorgvastgoed in de portefeuille. In het verleden is daar weinig aan gedaan, aldus Postema. Een aantal projecten zitten momenteel in de pijplijn. Daarnaast stelt betrokkene dat Lefier vraagstartend werkt. Vervolgens worden bij

ontwikkelingsplannen eenvoudige quickscans gedaan naar risico's voor de gehele portefeuille.

Uit de interviews met adviseurs kwam naar voren dat zij vermoedden dat bij corporaties de gedachte heerst dat zorgvastgoedontwikkeling hetzelfde werkt als ontwikkeling voor de reguliere volkshuisvesting. Veel corporaties zouden geen specialisten voor zorgvastgoedontwikkeling in eigen huis hebben. Uit de gesprekken bleek dat de grotere organisaties zoals Habion, Vestia en Woonzorg Nederland de meeste specialisten op dit gebied wel in eigen huis hebben. De kleinere corporaties hebben geen specialisten in huis en maken vaker gebruik van externe specialisten. Ook Lefier heeft geen specialisten op het gebied van zorgvastgoed in huis. Zij maakt voor dit type vraagstukken gebruik van externe adviseurs.

Zoals eerder in het onderzoek is aangegeven zal de corporatiesector een cultuuromslag van instelling naar onderneming moeten maken. Uit de interviews blijkt dat alle corporaties vinden dat zij deze cultuuromslag al gemaakt hebben. Tegelijkertijd geven zij aan dat ze deze slag bij andere corporaties niet altijd zien, met name niet bij de kleinere lokale corporaties. Uit de gesprekken met andere partijen is dit echter niet op te maken. De cultuuromslag uit zich volgens hen met name door het feit dat corporaties zich meer moeten focussen op bedrijfscontinuïteit, meer productiegestuurd moeten gaan denken, beleid en productie afdelingen moeten scheiden en niet snel meer onrendabel moeten investeren. De kleinere lokale corporaties kunnen deze slag waarschijnlijk minder goed maken vanwege minder personele capaciteit.

Voor Lefier geldt dat zij net een fusie achter de rug heeft en daarna professioneler geworden is. Productie en beleid zijn nu gescheiden. Invulling van de organisatie vindt nog steeds plaats. De professionaliseringsslag is nog in volle gang.

De meeste corporaties geven aan dat zij helder geformuleerde doelstellingen hebben. Borggreve geeft aan dat hoe vager de doelstellingen geformuleerd zijn, hoe groter het draagvlak. Daar komt mogelijk het vermoeden vandaan dat doelstellingen niet helder geformuleerd zijn. Bovendien zullen ze altijd denken in maatschappelijk rendement, dit zou moeilijker meetbaar zijn en dus minder duidelijk. Daarnaast geeft Van der Velde aan dat corporaties publieke organisaties zijn. Een corporatie opereert met de huidige regelgeving op het snijvlak van publiek vs. Commercieel. Voor een hybride organisatie is het lastiger heel concrete doelstellingen te formuleren.

Concrete doelstellingen werden echter niet in de interviews besproken.

Uit eigen onderzoek naar jaarverslagen en visitatierapporten bleek dat de meeste corporaties een breed scala aan doelstellingen hebben. Branchevereniging Aedes heeft sinds 1 januari 2007 in de Aedescode haar leden verplicht eens in de vier jaar zich te laten visiteren (Aedes, 2011). In deze visitatierapporten wordt o.a. beoordeeld of corporaties heldere meetbare doelstellingen hebben en of deze doelstellingen behaald worden.

Echter, de meeste corporaties die aangesloten zijn bij Aedes hebben nog geen visitatie laten uitvoeren. Woonstade en Habion daarentegen wel. Zij lieten een rapport opstellen in respectievelijk 2009 en 2010. In het rapport zijn cijfers toegekend t.a.v. prestaties naar eigen ambities en doelen, prestaties naar opgaven, prestaties naar vermogen, prestaties volgens stakeholders en tenslotte t.a.v. governance. Habion scoorde gemiddeld een 5.9

(Kwaliteitscentrum Woningcorporaties Huursector 2010), Woonstade een 7 (Raeflex, 2009). Habion scoort daarmee ver onder het gemiddelde. Woonstade voldoet aan de norm, maar verbetering is mogelijk (figuur 5.1).

Beoordeling in rapportcijfers	Kwantitatieve meetpunten	Kwalitatieve meetpunten
Rapportcijfer 8	De prestatie overtreft de doelstelling, ambitie, de opgave in het werkgebied of de verwachting van belanghouders: overschrijding is meer dan 25%.	De corporatie voldoet geheel aan de norm: "Ja"
Rapportcijfer 7	De prestatie komt overeen met de doelstelling, de opgave of de verwachting van belanghouders: afwijking maximaal + of - 25%.	De corporatie voldoet aan de norm, maar verbetering is nog mogelijk: "Ja, maar..."
Rapportcijfer 6	De prestatie is lager dan de doelstelling/ambitie, de opgave in het werkgebied of de verwachting van belanghouders: afwijking - 25% tot - 50%.	De corporatie voldoet niet aan de norm, maar de corporatie is bezig met verbeteringen: "Nee, maar..."
Rapportcijfer 5	De prestatie is aanzienlijk lager dan de doelstelling, de opgave of de verwachting van belanghouders: afwijking meer dan - 50%	De corporatie voldoet niet aan de norm en de corporatie heeft geen maatregelen genomen om haar prestaties te verbeteren.

Figuur 5.1 Defenitie rapportcijfers (Visiatierapport KWH-visitatie woningcorporaties, 2009).

In jaarverslagen worden doelstellingen niet altijd genoemd. Wanneer dit wel het geval is, zijn deze niet helder en meetbaar.

Voor Lefier geldt hetzelfde. In het jaarverslag van 2010 heeft Lefier Hoogezand voor 2011/2012 de volgende doelstellingen geformuleerd:

- vooral het wijkgerichte werken, is een speerpunt van beleid;
- wij intensiveren de samenwerking met onze partners zowel binnen het wijkgerichte werken als daarbuiten;
- de productie binnen onze energieprojecten krijgt extra aandacht;
- wij realiseren (met name in Maarsstee) nieuwbouw sociale huurwoningen;
- zowel in Hoogezand als in Stadskanaal werken wij aan de voorbereiding van onze toekomstige productie (Lefier, 2010).

Bovenstaande doelstellingen zijn vaag, slecht kwantificeerbaar, slecht meetbaar en bovendien moeilijk te evalueren. Wanneer een visitatie wordt uitgevoerd zal dit ongetwijfeld blijken.

Uit de interviews blijkt dat alle corporaties naar eigen zeggen de projectontwikkelingen achteraf voldoende evalueren. De meesten geven aan dat beoordeling op basis van tijd, geld, kwaliteit, informatie, organisatie en een leefbaarheidmonitor plaatsvindt. Vestia bleek echter geen duidelijk format hiervoor te hebben, de manier van evalueren wisselde per project. Bij Lefier wordt aangegeven dat evaluatie onvoldoende en niet uitgebreid plaatsvindt. In het verleden was evalueren minder noodzakelijk, omdat er gewoonweg geen risico was. Lering trekken uit fouten is natuurlijk positief, maar financieel was er geen risico. Hierdoor was controle minder noodzakelijk.

Corporaties geven aan dat factoren om tot zorgvastgoedontwikkeling over te gaan de vraag en het maatschappelijk belang het meest doorslaggevend zijn. Andere factoren die meespelen zijn de rentabiliteit, de geschiktheid van de locatie t.o.v. de vraag, de loopafstand tot de voorzieningen en de duur van de aan te gane relatie met de desbetreffende zorginstelling. Rendement en risico factoren zijn bij alle organisaties ook van groot belang.

Concluderend kan gezegd worden dat de ondervraagde corporaties slecht op de hoogte zijn van het op een juiste manier bepalen van een strategie. Geen enkele corporatie kon aangeven hoe zij de strategie concreet bepaald heeft. De meesten geven aan op basis van lokale opgaven te handelen. Vermoedelijk gebruikt geen enkele corporatie strategiebepalingsmethoden om een strategie te formuleren. Aan de andere kant zou het kunnen dat corporaties terughoudend zijn met het inzicht geven in de eigen strategie.

Toch is het opvallend dat men zegt kritisch te kijken naar externe aanvragen en daarbij vraagt om een gedegen businesscase, terwijl ze zelf geen format hebben. Vermoedelijk handelen veel corporaties op basis van gevoel voor lokale noodzaak.

Corporaties geven stellig aan de cultuuromslag gemaakt te hebben. Dit is twijfelachtig aangezien corporaties niet duidelijk kunnen stellen dat er heldere strategieën en doelstellingen bepaald zijn. Vermoedelijk zitten veel corporaties nog in de transitiefase. Lefier bijvoorbeeld heeft net een fusie achter de rug, Woonstade zit hier nog middenin. Deze fusies hebben o.a. te maken met krappere budgetten vanuit de overheid en die vereisen een professionelere aanpak. Deze en andere corporaties zijn vermoedelijk nog bezig de organisatie hierop in te richten.

Doelstellingen zullen in de corporatiesector altijd minder helder blijven dan in de commerciële sector. Dit heeft te maken met draagvlak creëren onder meerder stakeholders. Daarnaast is maatschappelijk belang de belangrijkste drijfveer. Dit is moeilijker meetbaar.

Corporaties zijn zich bewust dat evaluatie van ontwikkelingen nodig is. Dit is een positieve ontwikkeling t.o.v. het verleden. Evalueren gebeurt echter niet altijd voldoende. Ook blijken richtlijnen hiervoor wel eens te ontbreken.

5.2 Stelselwijzigingen in de zorg

Ten aanzien van de stelselwijzigingen in de zorg zijn de volgende hoofdzaken genoemd:

- De AWBZ kan in zijn huidige vorm niet behouden blijven.
- Stelselwijziging wordt als verkapte manier van bezuinigen gezien
- Concurrentie tussen corporaties zal volgens geïnterviewden niet toenemen, in de zorg wel.
- Een drietal corporaties rekent al met vermoedelijke NHC tarieven, de rest wacht de exacte hoogte nog af.

Zeer positief zijn de geïnterviewde corporaties in tegenstelling tot de adviseurs niet over de wijzigingen in de AWBZ. Drie respondenten gaven aan huiverig te zijn voor het feit dat de stelselwijziging gebruikt wordt als bezuiniging en dat daardoor met name de kwaliteit van zorg achteruit zal gaan.

Daar waar adviseurs aangeven dat strategiebepaling in iedere organisatie noodzakelijk is geven corporaties aan dat het vooral van belang is wanneer er veranderende factoren zijn in de externe omgeving die vragen om herijking van de strategie. Daarnaast zou het zeker aan te raden zijn voor kleine organisaties met weinig reserves, zowel in de zorg- als in de corporatiesector. Tenslotte zou het vooral voor specifiek vastgoed van belang zijn met o.a. het vijf krachten model te werken omdat voor specifiek vastgoed de risico's veel groter zijn, aldus Van der Velde.

De meningen over toename van concurrentie in de corporatiesector en zorgsector zijn verdeeld. Iedereen verwacht dat concurrentie in de zorg toeneemt. Intramuraal is de staat van het vastgoed van groot belang om concurrerend te blijven. Men kiest namelijk liever een aantrekkelijk ogend gebouw op een goede locatie, dan een verouderd gebouw elders. Kwaliteit van zorg wordt dan wel eens vergeten. Ook denkt men dat concurrentie om locaties zal toenemen in de zorg. In tegenstelling tot wat adviseurs zeggen verwachten corporaties niet dat concurrentie tussen corporaties onderling zal toenemen. Ze geven aan dit vreemd te vinden aangezien corporaties werken vanuit maatschappelijk belang. Hier is maatschappelijk geld mee gemoeid. Door concurrentie zou geld verloren kunnen gaan. Dat zouden corporaties niet willen. Lefier is dezelfde mening toegedaan.

Een aantal corporaties die minder actief zijn in zorgvastgoedontwikkeling zijn terughoudend wat betreft het rekenen met de NHC component. Het zou hen meer rust geven wanneer tarieven bekend zijn. Zij willen toch liever de zekerheid of ontwikkeling mogelijk is of niet. Adviseurs betwijfelden of vaststelling de onzekerheid zou wegnemen en zijn in tegenstelling tot de corporaties van mening dat er al gerekend kan worden met de NHC component.

Lefier is ook afwachtend wat betreft het rekenen met de NHC component. Er is nog geen aanleiding geweest zich hierin te verdiepen. De haalbaarheid is volgens Postema wel sterk afhankelijk van de NHC component.

Concluderend kunnen we stellen dat het opvallend is dat de geïnterviewde corporaties op bepaalde vlakken andere meningen zijn toegedaan dan de adviseurs. Corporaties zijn minder positief over de wijzigingen in de AWBZ, geven aan dat herijking van de strategie vooral noodzakelijk is in specifieke situaties, zijn minder bewust van toenemende concurrentie en zijn minder zeker over de hoogte van de NHC component. Hiermee is de bouwstop in zorgvastgoedontwikkeling ook deels verklaarbaar. Corporaties nemen een afwachtende houding aan wanneer ze niet positief gestemd zijn over de invoering van de NHC component en veranderen niet snel van strategie, terwijl dit wel noodzakelijk lijkt. Hoogstwaarschijnlijk is hier meer tijd voor nodig.

5.3 Knelpunten in zorgvastgoedontwikkelingen

Belangrijkste zaken die genoemd zijn op basis van de vragen in het interview die betrekking hebben op knelpunten in zorgvastgoedontwikkelingen zijn:

- Financiële haalbaarheid en continuïteit (afname) zijn de grootste knelpunten.
- Er zullen vermoedelijk niet op grote schaal aanvragen komen van zorginstellingen om zorgvastgoed van hen over te nemen.

- Corporaties zijn zich niet bewust van onbegrip tussen corporaties en zorginstellingen.
- Corporaties richten zich op de lange termijn, de zorg op de korte termijn.
- Kansen liggen met name in toename van de demografische vraag en in de bedrijfscontinuïteit.
- Risico's liggen met name in het bouwen van te specifiek vastgoed.

Veel antwoorden bleken min of meer overeen te komen met de antwoorden van de adviseurs. De verschillen zijn in deze paragraaf vermeld.

In tegenstelling tot wat de adviseurs beweren hebben geïnterviewden niet het idee dat er veel onbegrip heerst tussen corporaties en zorginstellingen. Ze geven aan inmiddels op de hoogte te zijn van de regelgeving vanuit beide ministeries (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en VWS). In het verleden had het te maken met verschillen in terminologie en systematiek. Als er onbegrip heerst is er sprake van onkunde, aldus Postema. Lefier heeft in ieder geval geen onbegrip ervaren.

De visie van de corporatie is op de lange termijn gericht. Gemiddeld sluiten corporaties en zorginstellingen minimaal een contract af voor 15 à 20 jaar. Korter is vaak niet mogelijk vanwege lange afschrijvingstermijnen. Des te korter het contract, des te hoger de rendementseisen op jaarbasis. Gevolg is dan dat de huur te hoog wordt voor de zorginstelling. Zorginstellingen wensen het liefst een zo kort mogelijk contract, maar ook hier zit een grens aan. Bovendien wordt van de zorg meestal verwacht dat zij investeert in benodigde installaties. Contracten van 5 jaar afsluiten is daarom niet realistisch aldus Van de Velde, Koersveld en Stokroos. Voor Lefier geldt qua contracten hetzelfde. Meestal worden contracten afgesloten voor 10 jaar met opties voor 2 keer 5 jaar.

Naast het feit dat adviseurs en corporaties aangeven dat vaststelling van de NHC component wenselijk is stelt Koersveld dat er een vergoeding zou moeten komen voor zorginstellingen zodat zij budget/reserves op kunnen bouwen voor nieuwbouw in de toekomst. Dit zou voor hen momenteel te moeilijk te realiseren zijn.

Waar adviseurs met name kansen zien, hebben corporaties het ook over risico's. Risico's die genoemd worden ten aanzien van zorgvastgoedontwikkeling zijn vooral de mogelijkheid dat corporaties en zorginstellingen failliet kunnen gaan, concurrentie van andere instellingen en de onbetrouwbaarheid van de rijksregelgeving. Een ander belangrijk risico zijn de veranderende eisen ten aanzien van specifiek zorgvastgoed. Hoe specifieker, des te hoger de risico's en des te hoger de rendementseis. Tenslotte ligt er een risico op lange termijn. Wat moeten corporaties met het vastgoed na 2040 wanneer de vergrijzing langzamerhand weer zal afnemen? Vooral in krimpregio's is dit van belang. Opvallend genoeg ziet Lefier zorgvastgoed eerder als risico dan als kans. Wel geeft Postema aan dat flexibiliteit van het vastgoed van groot belang is. Dit reduceert het risico aanzienlijk. Dit zou sterk moeten meewegen in de besluitvorming.

Geconcludeerd mag worden dat corporaties zich bewust zijn dat lange afschrijvingstermijnen niet meer opgaan, maar er bestaat nog wel een groot gat tussen de

kortere afschrijvingstermijnen waar corporaties mee rekenen en huurcontracten die zorginstellingen af willen sluiten. BCM daarentegen schrijft alle gebouwen af in 15 jaar en is daarmee uniek. Met creativiteit is dit mogelijk. Het zou goed zijn deze kortere afschrijvingstermijnen te onderzoeken. Mogelijk kan het gat tussen afschrijvingstermijn en contractduur worden verkleint. Daarmee zou dit knelpunt verholpen kunnen zijn. Zowel adviseurs als corporaties verwachten niet dat door de stelselwijzigingen aanvragen van zorginstellingen bij corporaties zullen toenemen. Waarschijnlijk zal langzamerhand meer samenwerking gezocht worden.

We kunnen stellen dat op basis van de antwoorden ten aanzien van onbegrip tussen corporatie en zorginstelling niet duidelijk een conclusie te trekken is. De ervaringen die geïnterviewden hebben met zorginstellingen bepalen sterk of zij positief of negatief zijn over samenwerking met zorginstellingen, bovendien zijn de antwoorden van adviseurs en corporaties verschillend.

Op basis van de antwoorden ten aanzien van kansen en risico's kan gesteld worden dat nagenoeg iedere corporatie dezelfde kansen ziet in zorgvastgoed die ook door adviseurs genoemd zijn. Wel spreken corporaties meer over risico's die bij zorgvastgoedontwikkeling een rol spelen.

5.4 Het strategisch beslissingsmodel

Hoofdzaken die genoemd zijn t.a.v. het strategisch beslissingsmodel zijn de volgende:

- Corporaties herkennen de stappen en zien de noodzaak in dat aan iedere stap voldaan moet worden.
- De externe analyse wordt als meest waardevol beschouwd.
- Een volledige analyse zou elke 3 à 4 jaar uitgevoerd moeten worden
- Het model kan bijdragen aan het succes van projecten

De stappen die genomen zijn in het model werden herkend maar er werd ook gesteld dat veel van deze stappen terugkomen in het haalbaarheidsonderzoek. Het gaat dan met name om de externe- en de SWOT analyse.

De externe analyse wordt als meest waardevol beschouwd. De corporaties zien de externe omgeving als het grootste risico. Met name de politiek is een risicofactor. Deze bepaalt in sterke mate het beleid t.a.v. de zorg en volkshuisvesting. Toch wordt aangegeven dat aan de externe analyse te weinig aandacht besteed wordt.

Corporaties geven aan dat er steeds meer met dergelijke modellen en op structurele wijze wordt gewerkt. Een enkele corporatie geeft zelfs aan momenteel met de procedurele inrichting van strategiebepaling bezig te zijn. In het verleden gebeurde dit zelden. Door de noodzakelijke professionaliseringsslag blijkt dit wel belangrijker te zijn.

Postema geeft aan dat voor de fusie van Lefier er minder gestructureerde analyses uitgevoerd werden om een strategie te bepalen. Zij werkte meer aan de hand van lokale opgaven. Na de fusie is Lefier een stuk professioneler geworden op dit gebied.

Uit de interviews met zowel adviseurs als corporaties bleek dat een dergelijke analyse regelmatig uitgevoerd moet worden. Eens in de drie jaar met jaarlijkse bijstellingen wordt verstandig gevonden.

Corporaties voegden daar aan toe dat omvang van de organisatie wel een rol speelt. De regelmaat waarmee zorgvastgoedontwikkelingen plaatsvinden en de personele capaciteit zijn vermoedelijk doorslaggevend voor het belang dat gehecht wordt aan het uitvoeren van een uitgebreide analyse. Wanneer een kleine corporatie slecht één keer participeert in een zorgvastgoedontwikkelingsproject, is het lastig de hele organisatie in te richten volgens een dergelijk model, aldus Koersveld.

Evenals de adviseurs zijn corporaties van mening dat het model bij kan dragen aan het succes van projecten. Wel zal altijd de vraag gesteld moeten worden of het model een wet is of een middel, aldus Van de Velde. Wanneer de markt op het punt staat te kantelen is het volgens hem verstandig dit soort modellen te gebruiken. Tenslotte stelt Nolden dat een uitgebreide analyse volgens het model ook voor meer draagvlak zou zorgen binnen de eigen organisatie. De visie en strategie zouden beter uit te leggen zijn naar de medewerker. Om te controleren of het model bijdraagt aan het op gang brengen en houden van zorgvastgoedontwikkeling zou het model gekoppeld moeten worden aan een planning en ook uitgevoerd moeten worden, aldus Nolden.

Lefier vindt dat er altijd een uitgebreide analyse plaats moet vinden, voor iedere investering in vastgoed. Bovendien stelt zij dat veranderingen in de externe omgeving altijd vragen om herijking van het beleid.

Als conclusie t.a.v. het strategisch beslissingsmodel kan gesteld worden dat tijdens het voorleggen van het model opviel dat de meeste respondenten passiever het model bestudeerden dan de adviseurs. Vermoedelijk werken corporaties minder (regelmatig) met dergelijke modellen. Corporaties bleken minder op de hoogte zijn van de achterliggende theorieën van strategische modellen. Dit uitte zich ook in het feit dat er minder aanvullingen of correcties gegeven werden. Men was duidelijk minder kritisch. Corporaties zien wel de noodzaak van een dergelijke analyse in en vinden dat dit regelmatig uitgevoerd moet worden. Met name de externe analyse vinden ze van groot belang. Ook zijn ze van mening dat dit bij kan dragen aan het succes van projecten.

Enkele respondenten gaven aan dat men in de praktijk verwacht dat een haalbaarheidsonderzoek hierin voorziet. Er wordt aangegeven dat met name een externe analyse en SWOT analyse ook hierin voorkomen. Een aantal factoren zullen daar inderdaad in terugkomen, maar niet zo uitgebreid. Bovendien gaat men dan voorbij aan belangrijke strategische keuzes. Veel belangrijke stappen worden door corporaties waarschijnlijk overgeslagen.

Tenslotte zal de inrichting van de organisatie om een dergelijk model uit te kunnen voeren niet altijd mogelijk zijn. In het geval van een kleine organisatie is het verstandig selectief de belangrijkste elementen mee te nemen in een analyse en eventueel externe partijen in te schakelen voor advies over zaken waarvoor expertise in de eigen organisatie ontbreekt. Als bepaalde analyses niet compleet worden uitgevoerd zouden de risico's wel afgewogen kunnen worden. Op die manier kan toch op een eenvoudige manier risico gereduceerd worden.

5.5 Aanvullingen van het strategisch beslissingsmodel

Op basis van de adviezen die gegeven zijn tijdens de interviews met corporaties is het model aangevuld met een extra fase na de formulering van de strategie. Nadat de strategie

bepaald is wordt aangeraden te controleren of de huidige portefeuille aansluit bij de geformuleerde strategie. Ook tijdens de interviews met adviseurs werd dit al genoemd. Daarnaast gaf Van der Velde aan dat ontwikkeling niet slechts nieuwbouw is, maar dat ook sloop of herontwikkeling ontwikkeling is. In deze aanvulling vindt dus een portefeuillecheck plaats, waaruit drie mogelijke ontwikkelingen voortkomen om de portefeuille aan te laten sluiten bij de geformuleerde strategie, namelijk: nieuwbouw, herontwikkeling of sloop. Uiteraard kunnen meerdere projecten ook parallel aan elkaar lopen. De aanvulling is rood omlijnd in figuur 5.2.

5.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is de visie besproken van corporaties m.b.t. het omgaan met strategiebepaling binnen de eigen organisatie, met stelselwijzigingen in de zorg, knelpunten t.a.v. zorgvastgoedontwikkeling en hoe zij aankijken tegen het strategische beslissingsmodel zoals deze aan hen is gepresenteerd.

De visie van corporaties is van groot belang voor dit onderzoek, met name voor de beantwoording van een groot deel van de deelvragen.. Deelvragen 2, 4 en 5 zullen op basis van de interviews met zowel corporaties als adviseurs beantwoord worden.

Deelvraag 2 luidt: Is er een strategisch beslissingsmodel voor corporaties? Zo ja, hoe ziet dat er uit? Zo niet, waar dient dat aan te voldoen.

In de literatuur zijn geen specifieke modellen voor corporaties beschreven. Wel is het mogelijk gebleken vanuit de theorie een model te ontwerpen die als basis diende voor het ontwerp.

Uit de interviews bleek dat corporaties geen gebruik maken van een specifiek model. Bovendien bleek geen enkele corporatie op basis van modellen van Porter of Johnson en Scholes haar strategie bepaald te hebben. Ook over andere theorieën is niet gesproken.

De respondenten waren positief over de opbouw van het model. Zij gaven aan dat de meeste factoren zijn meegenomen. Adviseurs hebben als eerst nuttige aanvullingen gegeven voor het model, vervolgens is deze voorgelegd aan de corporaties. Ook vanuit corporaties zijn aanvullingen gedaan. Deze aanvulling zijn opgenomen in het model in figuur 5.2.

Zowel adviseurs als corporaties waren van mening dat alle fases en ingrediënten noodzakelijk zijn voor een volledige analyse. Op basis hiervan kan gesteld worden dat het model in figuur 5.2 alle ingrediënten bevat en aan alle eisen voldoet.

Deelvraag 4 luidt: Welke ingrediënten bevat een strategisch beslissingsmodel voor corporaties m.b.t. Zorgvastgoed?

Het strategisch beslissingsmodel bestaat uit de volgende fases:

externe analyse, interne analyse, SWOT analyse, oplossingen (parallel), strategische keuze, formulering strategie, portefeuille check, externe aanvragen, interne projecten, initiatieffase en het verdere verloop van het ontwikkelingsproces.

Alle fases bevatten ingrediënten zoals weergegeven in figuur 5.2. De gekleurde blokken zijn fases die op basis van de theorie toegepast zijn binnen met model. Blokken met een gekleurde kaderrand zijn aanvullingen van adviseurs (blauw) en corporaties (oranje).

Aangevulde ingrediënten zijn tevens in het blauw weergegeven.

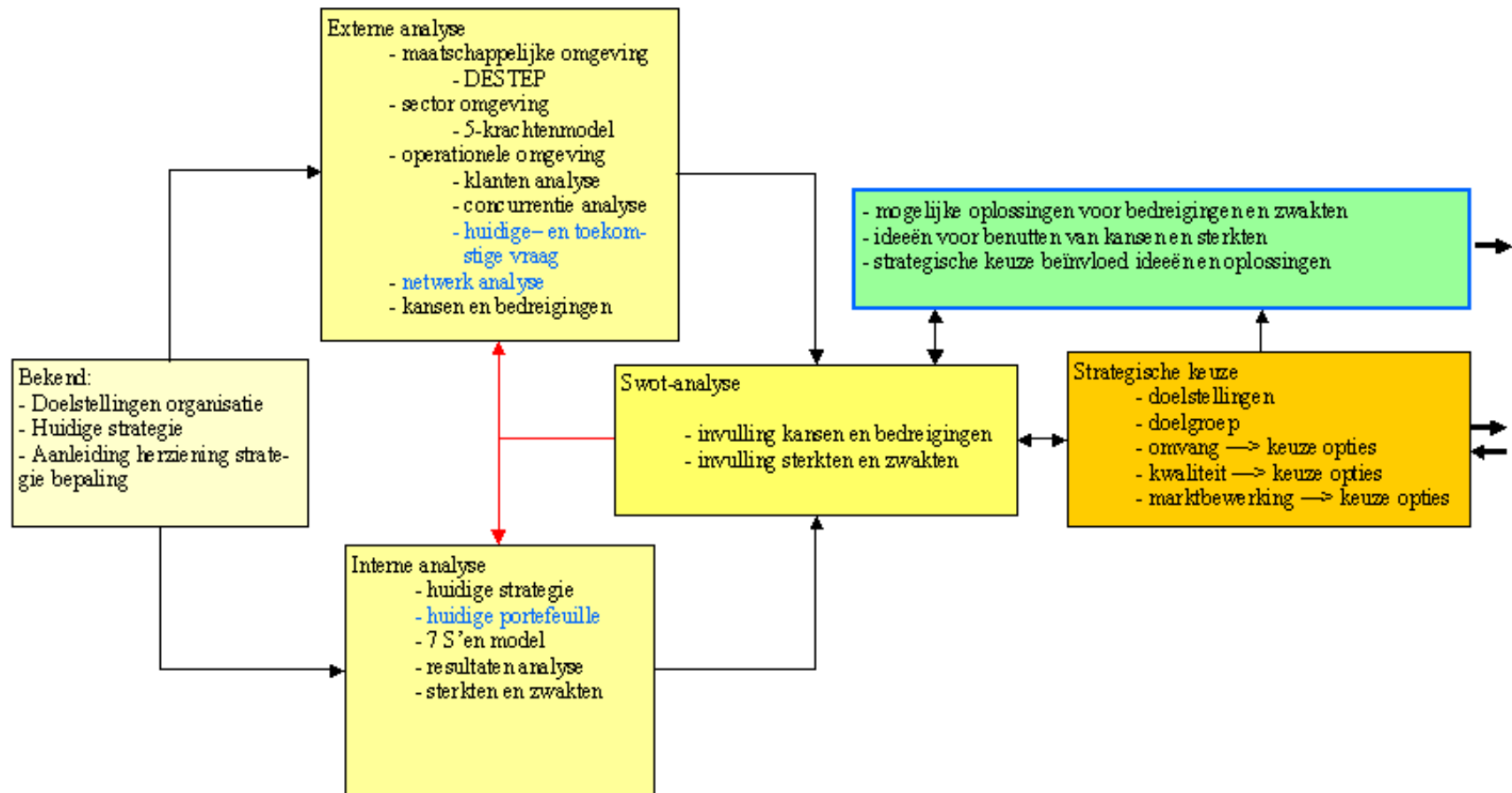
Deelvraag 5 luidt: Is het ontwikkelde strategisch beslissingsmodel bruikbaar in de praktijk van corporaties?

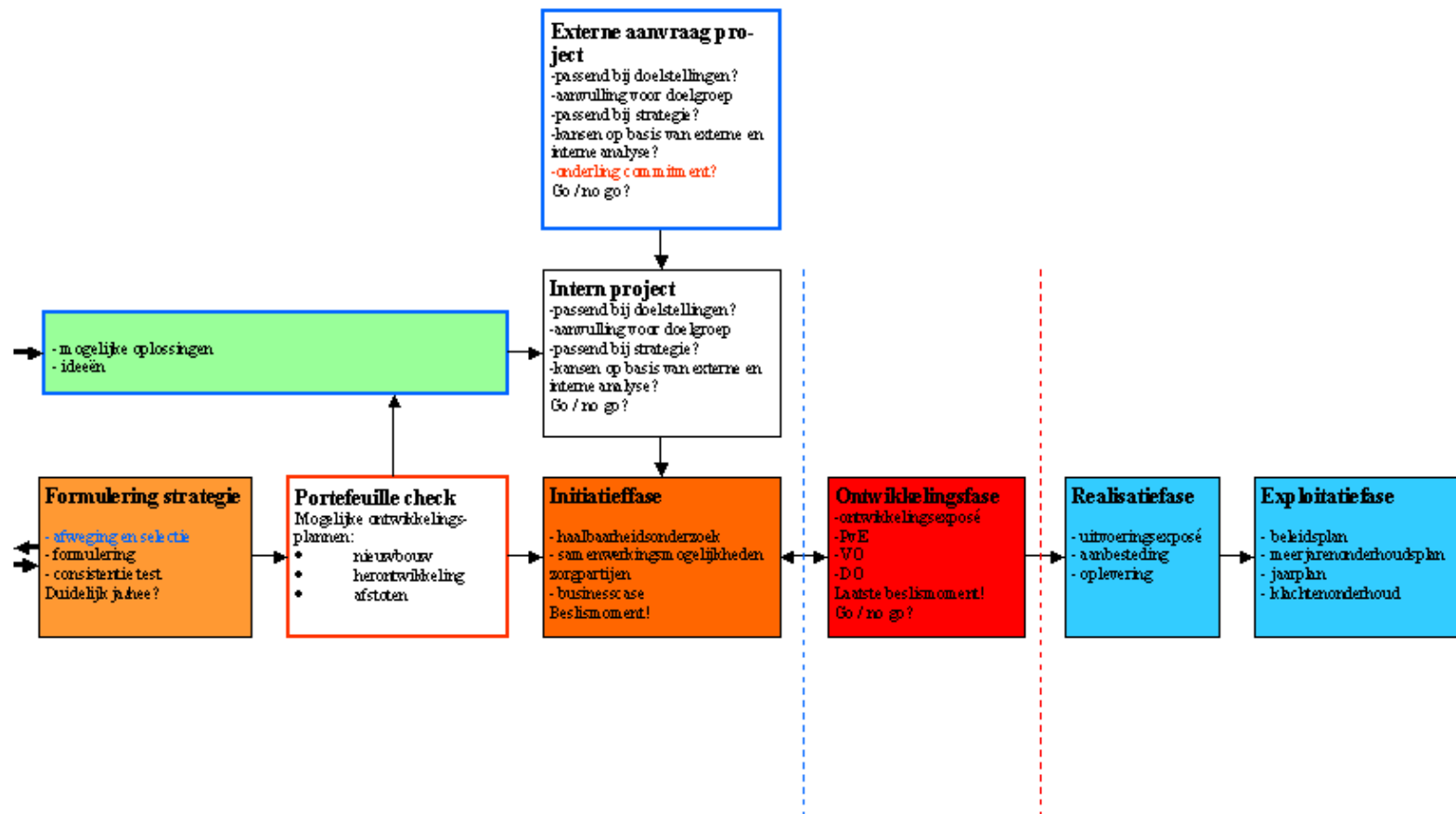
Zowel adviseurs als corporaties zijn van mening dat het model goed bruikbaar is. Zij vinden het model goed ter inspiratie. Het moet niet gezien worden als wet, maar wel als middel. Bovendien zou het bij kunnen dragen aan het vergroten van draagvlak binnen de organisatie. Om bevordering van voortgang te controleren zou het model uitgevoerd moeten worden in combinatie met een planningsmodel. Dan kan nagegaan worden of tijdswinst te behalen valt, of dat het model juist vertragend werkt en dus minder goed bruikbaar is.

Er wordt gesteld dat niet elke organisatie ingericht kan worden om op een dergelijke manier te werken. Voorwaarde is dat de organisatie voldoende omvang heeft, regelmatig zorgvastgoedprojecten ontwikkelt en de expertise in huis heeft. Wanneer de organisatie te klein is, zelden te maken heeft met zorgvastgoedontwikkeling of de expertise niet in huis heeft, dan is het een voorwaarde dat externe partijen ingeschakeld worden om het model tot uitvoering te kunnen brengen.

Omdat in het model alle ingrediënten weergegeven zijn, is de omvang behoorlijk. Vanwege de omvang zal het model waarschijnlijk minder snel gebruikt worden. Gezien het feit dat het onderzoek erop gericht is een compleet strategisch beslissingsmodel te ontwerpen is niet getracht het model compacter weer te geven. Dit doet namelijk afbreuk aan het onderzoek.

Tenslotte kan gesteld worden dat de fases en ingrediënten in vrij abstracte termen zijn weergegeven. Fases of ingrediënten die slechts concreet op zorgvastgoed van toepassing zijn, komen in het model niet voor. Daarmee is het model volgens corporaties niet alleen voor zorgvastgoed toepasbaar, maar meer voor ontwikkelingen voor corporaties in het algemeen.





Figuur 5.2 Strategisch beslissingsmodel zorgvastgoed

6. Conclusie & aanbevelingen

6.1 Hoofdvraag

In dit slothoofdstuk wordt getracht een antwoord te geven op de hoofdvraag van het onderzoek.

De hoofdvraag van het onderzoek luidt als volgt:

Is het mogelijk voor een corporatie een strategisch beslissingsmodel te ontwerpen en op betrouwbaarheid te toetsen dat betrekking heeft op de ontwikkeling en exploitatie van zorgvastgoed?

Het is mogelijk gebleken een beslissingsmodel vanuit de theorie te ontwerpen en aan te vullen vanuit de praktijk. De Klassieke benadering van Andrews tezamen met uitwerkingen van Porter dienen als basis voor de strategiebepaling. Daarnaast is het belangrijk het onderscheidend karakter van een non-profit organisatie niet uit het oog te verliezen. Daarom is voor de strategische analyse, de strategische keuze en strategische implementatie ook gebruik gemaakt van theorieën over de non-profitsector volgens Joldersma, Mouwen, Otto en Geurts (2000).

Het is echter niet gelukt een model te ontwerpen dat slechts te gebruiken is voor zorgvastgoed. Althans er zijn niet heel specifieke eisen te stellen in een model die slechts gelden voor zorgvastgoed. De fases en bijbehorende ingrediënten zijn in vrij abstracte termen genoemd. Strategisch management wordt in de literatuur namelijk in vrij algemene termen omschreven. Ook bleek dit noodzakelijk om de omvang van het model enigszins beperkt te houden. Wel is geprobeerd samen met adviseurs en corporaties het model zo specifiek mogelijk te maken voor zorgvastgoed.

Het gebruik van abstracte termen heeft tot gevolg dat het model toepasbaar is op meerdere segmenten zoals woningbouw, maatschappelijk vastgoed, bedrijfsonroerend goed, zorgvastgoed et cetera. Voor ontwikkelingen in deze segmenten zijn dezelfde analyses van toepassing. Daarnaast is ontwikkeling niet slechts het realiseren van nieuwbouw, maar dit kan ook sloop of herontwikkeling betekenen. Hier is in het model rekening mee gehouden.

Wat het model wel specifiek maakt voor zorgvastgoed is de combinatie van alle factoren. Alle fases en ingrediënten zijn van belang voor zorgvastgoedontwikkeling. Voor een goede analyse moet deze volledig zijn, en zal aan ieder ingrediënt aandacht besteed moeten worden. Voor andere ontwikkelingen zoals woningbouw of bedrijfsonroerendgoed hoeft niet aan iedere stap voldaan te zijn. De politiek bijvoorbeeld speelt een veel grotere rol in zorgvastgoedontwikkeling. Dit geldt ook voor samenwerking, commitment of de businesscase die gevraagd wordt in geval van samenwerking. Voor andere ontwikkelingen kunnen wel eens stappen achterwege blijven.

Omdat het moeilijk blijkt een specifiek model te ontwerpen voor zorgvastgoed is het niet onbegrijpelijk dat corporaties dezelfde aanpak hanteren als bij ontwikkeling van reguliere volkshuisvesting. Maar juist een complete analyse waarin alle factoren meegenomen worden maakt een strategische keuze sterker en verkleint risico's.

Het model is niet alleen bruikbaar voor woningcorporaties. Ook is het denkbaar dat zorginstellingen, beleggers of ontwikkelaars het model kunnen gebruiken.

Voor het gebruik van het model is wel een zekere omvang van het bedrijf gewenst. In kleinere organisaties zal het moeilijker zijn een complete analyse te maken vanwege te weinig mankracht of onvoldoende aanwezige kennis. De organisatie zo inrichten dat een dergelijke analyse mogelijk is lijkt dan onmogelijk. Bovendien zullen kleinere organisaties niet regelmatig zorgvastgoed ontwikkelen. Volledige interne afstemming lijkt dan ook overbodig. Deels is dit wel op te lossen door externe partijen in te schakelen voor bijvoorbeeld een interne- externe- of SWOT analyse. Dit kan veel werk uit handen nemen. Voor grotere organisaties zal het gemakkelijker uit te voeren zijn vanwege meer personele capaciteit. Bovendien zal het belang van een dergelijke aanpak groter kunnen zijn omdat met grotere regelmaat besluiten moeten worden genomen t.a.v. zorgvastgoedontwikkeling of andere ontwikkelingen.

Het toetsen van het model is gedaan aan de hand van vragen over het model tijdens de interviews met adviseurs en corporaties. Op basis hiervan kunnen we stellen dat verwacht wordt dat het model bruikbaar is. Om dit met zekerheid te kunnen stellen is het noodzakelijk om ook daadwerkelijk het volledige model uit te voeren zoals is aangeraden in één van de interviews. Het uitvoeren van het model is niet het doel van dit onderzoek en zou een goed onderwerp zijn voor vervolgonderzoek.

Een ontwikkeling duurt echter al gauw twee jaar. Ook een complete analyse en aanloopfase zal veel tijd kosten. Dit is slechts mogelijk wanneer een corporatie zoals Lefier het model tot uitvoering zal brengen en hierover zal rapporteren in de toekomst. Tot slot kan gesteld worden dat het model aansluit bij datgene wat ontbreekt in het keuze proces bij Lefier. Het sturingsmodel dat Lefier gebruikt is compleet en goed uitgewerkt. Lefier heeft echter nog geen ideaalportefeuille bepaald. Hiervoor is een duidelijk bepaalde strategie op hoger abstractie niveau noodzakelijk. Door eerst het strategische beslissingsmodel uit te voeren en vervolgens d.m.v. het sturingsmodel alle benodigde gegevens te verzamelen van de gehele portefeuille kan een ideaalportefeuille samengesteld worden. Dit kan als input dienen binnen het strategische beslissingsmodel wanneer een portefeuille check plaats zal moeten vinden. Op deze manier vullen beide modellen elkaar goed aan en zou de strategische analyse compleet zijn. Risico's zullen hierdoor aanzienlijk verminderen.

6.2 Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek zijn negen aanbevelingen te formuleren met name gericht op de situatie bij Lefier.

1. Het is aan te bevelen een strategie voor zorgvastgoed te bepalen. Daarbij moeten strategische keuzes gemaakt worden t.a.v. doelgroepen, omvang, kwaliteit en marktwerking. Dit zijn heldere meetbare keuzes en daardoor ook achteraf goed te evalueren.
2. Lefier is qua omvang groot genoeg, zowel de organisatie als geheel als per woonbedrijf, om volledige analyses uit te voeren. Waar kennis en expertise ontbreekt kunnen externe adviseurs die aanvullen. Wanneer een goede analyse uitgevoerd is, is een haalbaarheidsonderzoek in de initiatieffase mogelijk sneller uit te voeren. De meeste data en kennis zijn al aanwezig, en er kan op teruggevallen worden. Uiteindelijk levert dit tijdswinst op in een later stadium.

Het is aan te bevelen research gestructureerder te organiseren. Dit kan d.m.v. specialisten op het gebied van vastgoed research in te zetten voor jaarlijks terugkerende analyses en om gegevens aan te leveren voor een haalbaarheidsonderzoeken van verschillende projecten. Het researchteam zou op verschillende niveaus (nationaal, provincie, gemeente) informatie kunnen verzamelen zodat dit beschikbaar is voor de verschillende woonbedrijven.

Een ander alternatief om informatie voor een externe analyse te verkrijgen zou een samenwerkingsovereenkomst tussen gemeente, corporaties en zorgorganisaties kunnen zijn. De gemeente Groningen is hiermee in 2004 al begonnen en dat bleek een succes. Overigens neemt Lefier Groningen hier nog geen deel aan. Door op gemeentelijk niveau eens per vier jaar een volledige marktanalyse uit te voeren met een jaarlijkse update hebben meerdere partijen inzicht in zorgbehoeften in de gemeente. Voordelen hiervan zijn dat samenwerking wordt bevorderd, van concurrentie geen sprake is, risico's verminderen, niet iedere organisatie hetzelfde onderzoek hoeft uit te voeren en voorzieningen voor bewoners beter op elkaar afgestemd kunnen worden.

3. Het zou verstandig zijn eens in de vier jaar een volledige strategische analyse uit te voeren. In de praktijk stelt Lefier Hoogezand gemiddeld eens in de 5 jaar een SOB op. Hier komen veel onderwerpen ter sprake die ook in het strategisch beslissingsmodel worden belicht. Aangeraden wordt een strategische analyse eens in de vier jaar uit te voeren vanwege het feit dat politieke veranderingen ook eens in de vier jaar kunnen optreden. Timing van een analyse is belangrijk, voorkeur gaat uit naar het begin van een kabinet- of raadsperiode. Op die manier is het best rekening te houden met veranderingen in overheidsbeleid op lokaal en nationaal niveau. Jaarlijks kan de analyse bijgesteld worden wanneer de situatie daarom vraagt.

4. Lefier zou andere partijen zoals zorginstellingen, corporaties, ontwikkelaars en zorgpartijen goed moeten monitoren. Het is belangrijk te achterhalen wat de planontwikkelingen en strategieën van andere organisaties zijn. Hoewel er doorgaans niet over concurrentie wordt gesproken gaat het hier min of meer wel om een concurrentie analyse. Daarbij gaat het er niet om t.o.v. andere organisaties het rendement te optimaliseren, maar wel om bedrijfscontinuïteit te garanderen. In gebieden waar krimp of slechts weinig groei plaatsvindt is er geen taart te verdelen. Nabijgelegen ontwikkelingen kunnen directe concurrentie vormen voor eigen ontwikkelingen. Die impact is in Noord Nederland groter dan bijvoorbeeld in de Randstad. Dit zou tegenvallers tot gevolg kunnen hebben.

5. Aanvragen vanuit zorgpartijen kunnen in de loop der tijd toe nemen gezien de bekostigingsstelselwijzigingen. Het is aan te raden hierop voorbereid te zijn. Zo kan met een heldere visie bepaald worden of projecten aangenomen worden of niet. Zo kan ook sneller en effectiever gehandeld worden en beter uitgelegd worden naar gemeente of zorgpartij toe waarom Lefier wel of niet iets ziet in de plannen.

6. Binnen Lefier wordt zorgvastgoed te veel als risico beschouwd, terwijl uit het onderzoek blijkt dat met de verwachte NHC component prima vastgoed te bouwen is en er voldoende kansen zijn. Zolang personeel binnen de organisatie niet goed op de hoogte

is van alle ontwikkelingen verandert dit risicogevoel niet en zullen ook kansen gemist worden. Een uitgebreide analyse helpt de kennis over zorgvastgoed te vergroten, wellicht leidt dit tot andere inzichten. Bovendien is het makkelijker deze kennis te delen met medewerkers. Dit zorgt voor draagvlak.

7. Ontwikkeling voor reguliere volkshuisvesting blijkt anders dan ontwikkeling van zorgvastgoed. Ervaring met ontwikkeling van zorgvastgoed en ook kennis van de zorg zijn belangrijke eigenschappen die een ontwikkelaar van zorgvastgoed zou moeten hebben. Dit is wellicht belangrijk om in het achterhoofd te houden bij toewijzing van projecten aan ontwikkelaars binnen Lefier.

8. Lefier zou meer creativiteit aan de dag moeten leggen bij het ontwikkelen van zorgvastgoed. Onrendabel investeren in zorgvastgoed is niet nodig. Afschrijven kan mogelijk in kortere tijd. Afschrijven op basis van gebruiksduur i.p.v. technische levensduur valt aan te bevelen. Als corporatie moet duidelijker bepaald worden welke kosten voor de zorg zijn en welke voor de corporatie. Zorg te allen tijde voor flexibiliteit en bouw niet te specifiek, zodat in 2040 eventueel het vastgoed relatief snel en goedkoop anders ingezet kan worden als dit noodzakelijk is. Het is aan te bevelen dit soort mogelijkheden te onderzoeken.

9. Het strategisch beslissingsmodel zal goed te combineren zijn met het sturingsmodel waar Lefier intern gebruik van maakt. Het valt aan te bevelen eerst een heldere strategie te bepalen met behulp van het ontworpen model in dit onderzoek. Vervolgens kunnen veel gegevens die betrekking hebben op de variabelen in het sturingsmodel van Lefier verzameld worden. Op basis van beide gegevens kan een ideale portefeuille samengesteld worden voor zowel specifieke typen vastgoed als voor de gehele portefeuille. Deze ideale portefeuille kan gebruikt worden wanneer een portefeuillecheck gedaan zou moeten worden wanneer de organisatie beslissingen moet nemen omtrent nieuwe ontwikkelingen.

6.3 Vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek wordt interessant wanneer corporaties volgens het strategisch beslissingsmodel hun strategie zouden bepalen en t.a.v. zorgvastgoed de analyses ook toepassen.

Wanneer dat het geval is kan onderzocht worden of het helpt de professionaliseringslag bij corporaties te verwezenlijken, of het meer kennis en inzicht in zorgvastgoed geeft en of het helpt ontwikkelingen op gang te brengen.

Daarnaast zou het interessant zijn om te onderzoeken of een dergelijk model tijdens het ontwikkelingsproces ook tijdswinst op zou kunnen leveren, bijvoorbeeld omdat een haalbaarheidsonderzoek sneller te verwezenlijken is of omdat meer kennis en inzicht en een duidelijke strategie zorgt voor snellere besluitvorming.

Ook zou onderzoek naar de effecten van de invoering van de NHC component op termijn interessant zijn. Hebben we over 5 jaar nog steeds te maken met een 'bouwstop' of zijn corporaties minder terughoudend wanneer de regelgeving enige jaren van kracht is?

6.4 Reflectie

Evaluerend kan gesteld worden dat het literatuuronderzoek goed verliep. Omdat het onderwerp vrij omvangrijk is had ik soms moeite om op het juiste pad te blijven. Zo nu

en dan had ik vaker aan de doelstelling van het onderzoek vast moeten houden. Afwijking van het onderwerp heeft me tijd gekost.

Het tweede deel van het onderzoek waarbij de methode van open interviews gehanteerd werd was het lastigst. Met name de verwerking van de grote hoeveelheid informatie. Enkele vragen hadden wellicht directer gesteld kunnen worden. Bovendien was de vragenlijst lang. Vanwege tijdgebrek was het een enkele keer noodzakelijk vragen over te slaan en prioriteit te geven aan andere vragen.

Het falen van opname apparatuur leidde soms tot problemen. Opnieuw beluisteren van het interview werd daardoor niet mogelijk en moest puur op basis van de aantekeningen. Door betere opname apparatuur had dit voorkomen kunnen worden.

Bij Lefier heb ik alle ruimte gekregen te werken aan mijn scriptie. Werkzaamheden die ik tijdens mijn stage heb uitgevoerd kon ik min of meer daar omheen plannen. Dit heb ik als zeer prettig ervaren omdat dit ook enige afwisseling gaf aan mijn werkzaamheden.

Daarnaast heb ik goed gebruik kunnen maken van het netwerk van Lefier. Wanneer ik zelf een verzoek indiende voor een interview met een adviseur of corporatie zonder enige relatie met Lefier, bleek het lastig te zijn om daadwerkelijk een afspraak te maken. Een enkele keer kreeg ik zelfs geen enkele reactie. Relaties van Lefier hebben dit nooit geweigerd en reageerden snel op mijn vraag.

Achteraf ben ik van mening dat het onderzoek zeker waarde heeft voor de corporatiesector en voor Lefier in het bijzonder. Het onderwerp is actueel en roept zo her en der veel vragen op. Veel vragen ontstaan uit te weinig kennis over het onderwerp 'zorgvastgoed'. Uit dit onderzoek is gebleken dat veel factoren invloed hebben op het succes of falen van zorgvastgoedontwikkeling door corporaties. Hiermee is duidelijk geworden dat uitgebreide strategische analyses van groot belang zijn om risico's te beperken. Ook is duidelijk geworden dat veel corporaties geen duidelijke strategie hebben, terwijl dat nu juist noodzakelijk is. De meeste corporaties realiseren zich dat wel, maar actie ontbreekt. Wellicht dat dit onderzoek een enkele corporatie over de streep trekt en helpt een duidelijke strategische analyse uit te voeren. Lefier neemt dit onderwerp in ieder geval zeer serieus.

Literatuurlijst

Literatuur

- Aaker, D. A. (1996), *'Marktgericht strategisch beleid'*, Schoonhoven Academic Service, Utrecht
- Beets, E. J. (2007), *'Health Care Fund; een onderzoek naar de haalbaarheid van het oprichten van een Health Care vastgoedfonds'*, Amsterdam School of Real Estate, Den Haag
- Berghs, Q. J. G. en Olde Bijvank, H. M. (2010), *'Zorgvastgoed: bezint eer ge begint'*, in: Service Magazine p. 9 t/m 11, Eindhoven
- Bijsterveld, K. (2007), *Zorgsector biedt vastgoedwereld volop kansen*, Building Business Dossier Zorg en Vastgoed, CORPORATE Real Estate Management, Culemborg
- Deuning, C. M. (2009) *'Locaties algemene en Academische ziekenhuizen'*, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven
- Elsen, van den (2010), *'Klink stelt invoering kapitaallasten care nog een jaar uit'*, in Zorgvisie, Reed Business
- Ensing, J. (2006), *'Zorgwooncorporatie: voor een optimaal vastgoedbeleid?'* Rijks Universiteit Groningen, Groningen
- Fritsche, C. H. e.a. (2004), *'Huisvesting is strategisch goed'*, Twynstra Gudde, Amersfoort
- Johnson, G. en Scholes, K. (2002), *'Exploring Corporate Strategy'*, Prentice Hall, New Jersey
- Joldersma, Mouwen, Otto & Geurts (2000), *'Strategisch management voor non-profitorganisaties: koersbepaling, procesregie en metabesturing'*, Van Gorcum, Assen
- Klein Haarhuis, M. S. A. (2009), *'De scanmethode voor het vastgoed in de zorg; onderzoek naar een methode die de prestatie en flexibiliteit van zorgvastgoed beoordeeld'*, Rijks Universiteit Groningen, Groningen
- Kwaliteitscentrum Woningcorporaties Huursector (2010), *Visitatierapport Habion; KWH-visitatie woningcorporaties*. Rotterdam
- Lefier (2010), *Vastgoedanalyse Korrewegwijk*, Lefier, Groningen
- Menagé, E. (2008), *'De samenwerking tussen woningcorporaties en zorginstellingen in het perspectief van de kapitaallastenbrief'*, ASRE Research Center, Amsterdam school of Real Estate, Amsterdam
- Middelkoop, R. J. M. (2010), *'De zorgvastgoedcoöperatie in de care sector: een implementatie ondersteunend onderzoek'* Tias Nimbas, Tilburg
- Mouwen, C. A. M. (1998), *'Strategisch management in het hoger onderwijs'*, VUGA, Den Haag
- Nederlandse Zorg Autoriteit (2010), *'Advies: Naar integrale ZZP-tarieven in 2011. Aanvullend advies integrale tarieven AWBZ'*, Utrecht
- Nozeman, E. F. (2010), *'Handboek projectontwikkeling: een veelzijdig vak in een dynamische omgeving'*, Reed Business, Doetinchem
- Oost, H. en Markenhof, A. (2010), *'Een onderzoek voorbereiden'*, ThiemeMeulenhof bv, Amersfoort

Paul, J. (2010), 'Bezuinigingen...en nu?' in: Zorgvisie, Reed Business bv / Elsevier Gezondheidszorg, Amsterdam

Paul, J. (2011), 'Het einde van de verzorgingshuizen?' in: Zorgvisie, Reed Business bv / Elsevier Gezondheidszorg, Amsterdam

Porter, M. E. (1998), 'Concurrentiestrategie: analysemethode voor bedrijfstakken en industriële concurrenten', Wolters-Noordhoff, Groningen

Raeflex (2009), *Woonstade Hoogkerk Noorddijk; visitatierapport*. Utrecht

Velzen, drs. C. van (2005), *Strategisch vastgoedmanagement van groot belang voor non-for-profit*.

Verschuren, P. en Doorewaard, H. (2007), 'Het ontwerpen van een onderzoek', Boom Lemma uitgevers, Den Haag

Waterman, Peters, Pascale en Athos (1981), 'The Art of Japanese management', Penquin books, Londen

Wildt, R.T.H. de (2006), 'Zorgvastgoed op zichzelf, Startpunt voor verzelfstandiging', In: Dossier management van vastgoed in de zorgsector, Zoetermeer: Raad voor de Zorg en Gezondheid/Rigo Research & Advies.

Zoest, van (1995), 'Strategische beleidsvoering voor non-profitorganisaties' Uitgeverij H. Nelissen, Baarn

Websites:

Aedes (2011), www.aedesnet.nl, bezocht op 21-07-2011

Berg, F. van den, Nienhuis, P. (2010), 'Zorgvastgoed op weg naar volwassenheid', www.pzc.nl, bezocht op 10-03-2011

CBS (2011), www.cbs.nl bezocht op 08-03-2011

CBS Statline (2011), <http://statline.cbs.nl> bezocht op 08-03-2011

Kenniscentrum Wonen en Zorg (2011), www.kenniscentrumwonenenzorg.nl bezocht op 14-03-2011

Managementtip (2011), www.managementtip.nl bezocht op 04-03-2011

MEE Amstel en Zaan & PPC (2011), <http://meeaz.socialekaartnederland.nl> bezocht op 09-03-2011

Rijksoverheid (2011), www.rijksoverheid.nl bezocht op 21-07-2011

Thesaurus Zorg en Welzijn (2011), www.thesauruszorgenwelzijn.nl bezocht op 14-03-2011

Bijlagen

Bijlage 1. Strategiebepaling

Strategiebepaling (Porter, 1998)

1. Wat doet de organisatie nu?

a. Identificatie

Wat is de impliciete of expliciete strategie van het moment?

b. Impliciete veronderstellingen

Welke veronderstellingen omtrent de positie van de organisatie, de sterke en zwakke punten, de concurrentie en de bedrijfstak zouden voor de huidige strategie de juiste zijn?

2. Wat gebeurt er in de omgeving?

a. Analyse van de bedrijfstak

Welke factoren zijn van belang voor een sterke (concurrentie)positie en welke kansen en risico's biedt de bedrijfstak?

b. Analyse van de concurrentie (substituut organisaties)

Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen van bestaande en potentiële substituut organisaties en wat zullen ze in de toekomst waarschijnlijk gaan ondernemen?

c. Analyse van de maatschappij

Welke belangrijke politieke, maatschappelijke en regeringsfactoren bieden kansen of vormen bedreigingen?

d. Sterke en zwakke punten

Wat zijn de sterke en zwakke punten van de organisatie ten opzichte van huidige en toekomstige concurrenten bij een gegeven analyse van bedrijfstak en concurrentie?

3. Wat zou de organisatie moeten gaan doen?

a. Toetsing van veronderstellingen en strategie

Vallen de veronderstellingen die ten grondslag liggen aan de huidige strategie, te rijmen met de analyse beschreven onder punt twee?

b. Strategische alternatieven

Wat zijn in het licht van de analyse van hierboven de haalbare strategische alternatieven? En behoort de huidige strategie hiertoe?

c. Strategiekeuze

Welk alternatief is het beste voor de positie van de organisatie met betrekking tot externe mogelijkheden en bedreigingen?

Bijlage 2. Consistentietest

Consistentie Test (Porter, 1998)

1. Interne samenhang

Sluiten doelstellingen elkaar niet uit?

Zijn de belangrijkste beleidslijnen gericht op de doelstellingen?

Ondersteunen deze beleidsactiviteiten elkaar?

2. Aanpassing aan het klimaat

Worden door de doelstellingen en beleidslijnen de in de bedrijfstak geboden kansen benut?

Is met het oog op de beschikbare bedrijfsmiddelen voldoende rekening gehouden met de bedreigingen binnen de bedrijfstak (het risico van reactie van de concurrerende organisaties daarbij inbegrepen?)

Is er bij de timing van doelstellingen en beleid naar gekeken of het klimaat in de bedrijfstak rijp is voor de betreffende acties?

Stroken doelstellingen en beleidslijnen met bredere maatschappelijke belangen?

3. Aanpassing aan de bedrijfsmiddelen

Zijn de doelstellingen en beleid reëel met het oog op de eigen bedrijfsmiddelen en die van de concurrerende organisaties?

Is bij de timing van doelstellingen en beleid rekening gehouden met het vermogen van de organisatie om te veranderen?

4. Communicatie en uitvoering

Zijn de doelstellingen goed begrepen door de voornaamste uitvoerders?

Stemmen doelstellingen en beleid in voldoende mate overeen met de persoonlijke opvattingen van de voornaamste uitvoerders om hen goed te motiveren?

Heeft het management voldoende kwaliteiten om een efficiënte beleidsvoering mogelijk te maken?

Bijlage 3. Interview Adviseurs

Naam geïnterviewde:

Organisatie:

Datum:

Plaats:

Vooraf.

1. Heeft u er bezwaar tegen dat dit gesprek opgenomen wordt?
2. Heeft u er bezwaar tegen dat uw naam wordt vermeld in de scriptie?
3. Heeft u er bezwaar tegen dat de naam van uw organisatie vermeld wordt in de scriptie?
4. Welke functie bekleedt u binnen de organisatie waar u werkzaam bent?
5. Heeft u in het verleden nog andere functies bekleed die relevant zijn, zoals in de projectontwikkeling, de zorg of adviserende functies?
6. Stelt u het op prijs dat de onderzoeksresultaten u worden toegezonden?

Strategiebepaling woningcorporaties

7. Bent u bekend met de theorie over bepaling van concurrentiestrategieën van Michael Porter?
8. Kent u corporaties die volgens een dergelijke theorie hun strategie duidelijk geformuleerd hebben?
9. Wat is uw beeld van strategiebepaling bij corporaties die mogelijk willen investeren in zorgvastgoed?
10. Worden beslissingen t.a.v. zorgvastgoedontwikkelingen veelal genomen op basis van een duidelijk voorafgestelde visie/strategie/beleid, of worden deze beslissingen veelal ad hoc genomen?
11. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er bij corporaties vaak een SVP of strategisch beslissingsmodel mist. Ziet u dit ook in de praktijk, en is hier ook een oorzaak voor aan te wijzen?
12. Ziet u, met de huidige zorgstelselwijzigingen, een cultuuromslag bij corporaties van instelling naar onderneming? Zo ja, hoe uit zich dat dan?
13. Komt deze cultuuromslag ook tot uiting in veranderingen van strategieën en werkwijzen?
14. In de literatuur werd gesteld dat non-profit organisaties vaak vaag geformuleerde doelstellingen hebben. Wat vindt u van deze stelling? Ziet u dit ook terug bij corporaties?
15. Worden strategische keuzes binnen corporaties ook achteraf beoordeeld op bijvoorbeeld effectiviteit, efficiëntie, wettelijke aanvaardbaarheid etc. zoals dit volgens de theorie eigenlijk zou moeten gebeuren?

Stelselwijzigingen in de zorg

16. Wat is uw mening over de huidige stelselwijzigingen in de zorg, zoals invoering van ZZP tarieven, invoeren van NHC component en het scheiden van wonen en zorg?
17. Denkt u dat door de stelselwijzigingen in de zorg strategiebepaling aan de hand van modellen van o.a. Porter, zoals veelal in het bedrijfsleven gebeurt, ook noodzakelijk is voor de non-profit sector?
18. Denkt u dat de vaststelling van de NHC-component en de overgangsregeling voldoende onzekerheid wegneemt en dat daardoor zorgvastgoedontwikkeling weer op gang komt, of is daar meer voor nodig?

Knelpunten in zorgvastgoedontwikkeling

19. Wat zijn volgens u op dit moment de grootste knelpunten voor een zorginstelling en/of eventuele samenwerkende partijen wanneer het gaat om besluitvorming omtrent zorgvastgoedontwikkeling?
20. Verwacht u dat zorginstellingen door de stelselwijzigingen in de toekomst meer en meer hun vastgoed van de hand doen en samenwerking zoeken met woningcorporaties en beleggers zodat zij zich kunnen richten op hun core-business?
21. In de literatuur wordt gesteld dat zorginstellingen en woningcorporaties van oudsher vaak natuurlijk partners zijn. Wat vindt u van deze stelling?
21. Wat zou er volgens u moeten gebeuren om zorgvastgoedontwikkeling weer op gang te brengen?
22. Hoe denkt u over kansen in zorgvastgoedontwikkeling?

Vragen m.b.t. het model

23. Herkent u de stappen die genomen worden in het beslissingsmodel, dat is weergegeven in figuur 2.7, bij besluitvorming over projectontwikkeling?
24. Vindt u het noodzakelijk dat aan iedere stap in het beslissingsmodel voldaan is?
25. Vindt u de stappen vooraf aan het ontwikkelingsproces noodzakelijk om een weloverwogen keuze te maken om eventueel tot ontwikkeling over te gaan, of zou dit ook zonder voorgaande stappen kunnen en is slechts een haalbaarheidsonderzoek voldoende?
26. Gebruikt u, of zou u een soort gelijk model gebruiken wanneer het om strategische vastgoed beslissingen gaat?
27. Zou u een wegingsfactor toepassen bij de verschillende te onderscheiden stappen, en zo ja waarom?
28. Kent u voorbeelden uit de praktijk waarbij gewerkt werd aan de hand van een dergelijk model?
29. Kent u voorbeelden uit de praktijk waarbij geen enkel model of gestructureerde analyse is gebruikt?
30. Ziet u in de praktijk vaak een andere aanpak? Zo ja, hoe ziet die aanpak er dan globaal uit?
31. Zijn er fases of stappen die ontbreken of juist weggelaten kunnen worden in het model volgens u?
32. Denkt u dat het model hanteerbaar is in de praktijk, waarom wel/niet?
33. Zijn er specifieke voorwaarden/condities om dit model hanteerbaar te maken, en welke zijn deze ?
34. Bevat het model alle ingrediënten (inhoud van fases)? Zo niet, wat mist er nog?
35. Adviseert u non-profit organisaties en in het bijzonder woningcorporaties een dergelijk model te gebruiken?
36. Zijn er fases of analyses in het model die u zelf heeft uigevoerd voor uw eigen of een externe organisatie?
37. Denkt u dat er fases zijn die meer aandacht behoeven dan nu in de praktijk vaak het geval is?
38. Denkt u dat een dergelijk model bij kan dragen aan het succes van het project?
39. Denkt u dat een dergelijk model bij kan dragen aan het op gang brengen en houden van zorgvastgoedontwikkeling?
40. Heeft u verder nog op- en aanmerkingen over het beslissingsmodel?

Bijlage 4. Interview corporaties

T.o.v. de interviews met adviseurs is de vragenlijst gewijzigd. Enkele vragen zijn verwijderd en er zijn vragen toegevoegd. In de bijlage is per onderwerp aangegeven welke vragen verwijderd of toegevoegd zijn.

Strategiebepaling woningcorporaties.

Toegevoegde vragen:

1. Heeft uw corporatie momenteel zorgvastgoed in de portefeuille of zijn er plannen om zorgvastgoed te ontwikkelen in de nabije toekomst?
2. Heeft uw corporatie volgens een dergelijke theorie een duidelijke strategie geformuleerd, of worden hier andere methoden voor gebruikt? Hoe werkt dat dan in de praktijk?
3. Zijn er binnen uw organisatie werknemers die gespecialiseerd zijn op het gebied van zorgvastgoed of waarvan u kan zeggen dat diegene daar ruime ervaring in heeft?
4. Maakt uw organisatie gebruik van de mogelijkheid een externe partij in te schakelen om een duidelijke strategie uiteen te zetten, samenwerking tussen corporatie en zorginstelling te bevorderen of om een externe analyse / haalbaarheidsonderzoek uit te voeren?
5. Wat zijn voor uw corporatie doorslaggevende factoren om tot zorgvastgoedontwikkeling over te gaan? (winst, maatschappelijk belang, waarde vermeerdering in de wijk etc.)

Verwijderde vragen:

1. Kent u corporaties die volgens een dergelijke theorie hun strategie duidelijk geformuleerd heeft?
2. Wat is uw beeld van strategiebepaling bij corporaties die mogelijk willen investeren in zorgvastgoed?
3. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er bij corporaties vaak een SVP of strategisch beslissingsmodel mist. Ziet u dit ook in de praktijk, en is hier ook een oorzaak voor aan te wijzen?

Stelselwijzigingen in de zorg

Toegevoegde vraag:

1. Denkt u dat de concurrentie tussen corporaties onderling en zorginstellingen onderling toe zal nemen met de huidige bekostigingsmethoden?

Knelpunten in zorgvastgoedontwikkeling

Toegevoegde vragen:

1. Merkt u in de praktijk dat er onbegrip heerst tussen zorginstelling en corporatie wanneer gezocht wordt naar samenwerking?
2. Wat zou de minimale contractduur van een zorginstelling met een corporatie moeten zijn wil u overgaan tot ontwikkeling?
3. Wat geeft de zorginstelling aan wat betreft contractduur bij eventuele samenwerking?
4. Hoe kijkt u aan tegen risico's in zorgvastgoedontwikkeling?

Vragen m.b.t. het model

Toegevoegde vraag:

1. Zijn er fases in het model waar u extra belang aan hecht ten opzichte van andere fases. Of zijn er fases die meer doorslaggevend zijn dan andere fases?

Verwijderde vraag:

2. Zou u een wegingsfactor toepassen bij de verschillende te onderscheiden stappen, en zo ja waarom?

Bijlage 5. Bijgewoonde symposia

Bijgewoonde symposia			
Titel	Sprekers	Datum	Plaats
<i>Zorgvisie Bouwcongres; Financiering Zorgvastgoed</i>	F. Bisschop, D. Rooijmans, R. Dillman, B. Heijnsbroek, B. Kroesbergen, M. van Schaik, F. Verschoor	15-2-2011	Epe
<i>Duurzame vastgoedstrategie voor uw zorgvastgoed</i>	A. van Driel, R. van der Ven, J. Paul, J. Suyker, P. de Graaf, V. Pastoor	27-1-2011	Vianen
<i>Zorgvastgoed, uw zorg?! Anders kijken naar zorgvastgoed</i>	T. Adema, B. Gorter, C. de Rooij & B. Montesano	17-2-2011	Groningen