

Beleggingskansen in zorgvastgoed

Een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden van institutionele beleggers in zorgvastgoed



H.J. Noordhoff

Master Vastgoedkunde
Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen



RuG

Beleggingskansen in zorgvastgoed

Een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden van institutionele beleggers in zorgvastgoed

H.J. Noordhoff
Studentnummer 1518100

Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen
Master Vastgoedkunde

Begeleiding:

Prof. dr. E.F. Nozeman (Rijksuniversiteit Groningen)
Dhr. A. van Spaandonk (Achmea Vastgoed, Amsterdam)

Augustus 2007

achmea vastgoed



RUG

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie ter afsluiting van de Master Vastgoedkunde van de Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen. Deze scriptie is het resultaat van mijn afstudeeronderzoek, welke geheel in het kader staat van beleggingsmogelijkheden in zorgvastgoed. Dat dit een geheel nieuw onderwerp is binnen de zorgsector werd snel duidelijk aangezien er weinig theorie en kennis over dit onderwerp voor handen was. Hierdoor kent het onderzoek een verkennend karakter.

Het onderzoek richt zich op de beleggingsmogelijkheden voor institutionele beleggers in zorgvastgoed. Er zijn veel ontwikkelingen gaan binnen de zorgsector. Beleidsveranderingen hebben tot gevolg dat zorginstellingen verantwoordelijk worden voor het vastgoed. Daarnaast zal er een meer consumentgerichte benadering plaats moeten vinden. Met het oog op het risico zou het goed uit kunnen komen als institutionele beleggers deze huisvesting kunnen aanbieden. Dit omdat er ook steeds meer vraag is naar kwalitatief goed vastgoed door deze beleggers, hierdoor wordt er steeds meer gekeken naar alternatief vastgoed. In dit rapport zal blijken of beide partijen hiervan kunnen profiteren.

Het onderzoek heeft, tijdens een stageperiode, plaatsgevonden bij Achmea Vastgoed te Amsterdam. Via deze weg wil ik graag Achmea Vastgoed bedanken voor de gegeven mogelijkheid om, in een aangename sfeer, bij hen te kunnen afstuderen. Te meer omdat ik de mogelijkheid heb gekregen om naast mijn huidige baan deze scriptie kon afronden. In het bijzonder wil ik de heer Allard van Spaandonk daarvoor bedanken. Dank gaat ook uit naar andere collega's van de afdeling Woningbeleggingen.

Vanuit de universiteit wil ik de heer Nozeman bedanken voor de begeleiding tijdens het afstudeerproces. Door de relatieve onbekendheid over dit onderwerp heb ik aan deze begeleiding en de gegeven adviezen erg veel te danken. Onze samenwerking heb ik als zeer prettig ervaren.

Op deze plaats wil ik alle geïnterviewde personen op het gebied van zorg en vastgoed bedanken voor hun tijd en medewerking.

Tot slot gaat mijn dank uit naar mijn ouders, mijn zus Karien, mijn zusje Annebeth en Kirstin voor de onvoorwaardelijke steun tijdens mijn studie en het afstudeerproject.

Ik wens u veel plezier met het lezen van deze afstudeerscriptie.

Henk Noordhoff
Amsterdam, augustus 2007

Samenvatting

De zorgsector is sterk in beweging. Op 1 januari 2006 trad het nieuwe zorgverzekeringsstelsel in werking en is de Wet Toelating zorginstellingen (WTZi) van kracht gegaan. Uiteindelijk, vanaf circa 2010, wanneer de prestatiebekostiging van kracht wordt zullen zorginstellingen voor een groot deel zelf verantwoordelijk worden voor de kosten van en investeringen in vastgoed. Er komt een normensysteem dat wordt gekoppeld aan productie. Iedere gedane investering in vastgoed moet terugverdiend worden. Dat betekent dat de overheid niet langer op basis van nacalculatie rente en afschrijving van investeringen in zorggebouwen aan het instellingsbudget toevoegt.

Uitgebreid onderzoek is op het gebied van zorgvastgoed nog weinig uitgevoerd. Dit onderzoek zal van exploratieve aard zijn. Het is gericht om bepaalde ideeën te bevestigen. Dit zal geleidelijk aan in het onderzoek tot stand komen door het uitvoeren van desk research en expert interviews. Het doel van dit onderzoek is:

Inzicht geven in de ontwikkelingen aan de aanbod- en vraagzijde van het zorgvastgoed, met uitzondering van de wooncomponent. Vanuit dit inzicht aanbevelingen doen aan institutionele vastgoedbeleggers welke zorgonderdelen voor hen interessant zijn als beleggingsalternatief.

Gezien de veranderende omgeving in de gezondheidszorg wordt het strategische vastgoedbeleid de komende jaren steeds belangrijker. Vastgoed wordt daarmee veel meer één van de bedrijfsmiddelen van een zorginstelling. Huisvestingskosten worden integraal onderdeel van de productprijs, wat noodzaakt tot optimalisatie van de huisvesting. Dit zal tevens leiden tot een nieuwe ordening en verschijningsvormen van het zorgvastgoed. Er zal een efficiëntieslag gemaakt moeten worden als een instelling in de toekomst wil overleven. Daarnaast spelen zich allerlei andere ontwikkelingen plaats in de zorgsector. De zorgbehoefte zal de komende 20 jaar enorm gaan stijgen. Daar zijn drie belangrijke redenen voor. Ten eerste heeft de vergrijzing veel invloed op de leeftijdsverhouding in de Nederlandse samenleving. Ten tweede zijn de mensen kritischer geworden en stellen daarom hogere eisen aan de zorg. Ten derde heeft de consument tegenwoordig en naar verwachting ook in de toekomst, meer mogelijkheden om gebruik te maken van zorg. Daarnaast zijn er allerlei ontwikkelingen gaande aan de aanbodzijde van de zorg. De overheid zet in op vergaande scheiding van wonen, zorg, welzijn en dienstverlening. Het loskoppelen van deze functies zal tot gevolg hebben dat er een verschuiving plaatsvindt van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg. Deze scheiding van zorgfuncties enerzijds en verblijf- en service functies anderzijds zal in de toekomst in een stroomversnelling komen. Meer klantgerichtheid, een betere afstemming van het zorgaanbod op de vraag en meer innovatie in de zorgverlening zijn de belangrijkste ontwikkelingen in de sector. Nieuwe netwerkachtige zorgmodellen worden geïntroduceerd. In deze zorgmodellen zal de patiënt/consument centraal gaan staan met als gevolg dat er een gedifferentieerd aanbod van zorg ontstaat. Hierbij is behoefte aan kleinschaligheid, flexibiliteit en pluriformiteit. Het aanbod van zorg zal dan in kwaliteit, oppervlakte en prijs gaan verschillen. Instellingen zullen op zoek gaan naar ander ruimtegebruik en willen efficiëntie en schaalvergroting plaats laten vinden. Verder vindt er steeds meer commercialisering plaats. De opkomst van zorgparken is hiervan een duidelijk voorbeeld. Zorginstellingen zullen kritischer naar hun ruimtegebruik gaan kijken, en misschien eerder tot renovatie dan nieuwbouw overgaan, omdat de kosten daarvan lager zijn. Tevens is het vervreemden van vastgoed een mogelijkheid om de exploitatie te optimaliseren. Aan de andere kant is er steeds meer vraag naar alternatieve beleggingen door institutionele beleggers, en zorgvastgoed zou daar een van kunnen zijn.

Uit de gehouden interviews blijkt dat zorgvastgoed een gunstig beleggingsprofiel heeft. Er valt een goed rendement te halen bij een niet te risicovolle belegging. Het is niet zozeer dat er meer rendement te behalen valt in zorgvastgoed, maar wel ander rendement. Het is een aanvulling op de bestaande beleggingsportefeuille en biedt een langjarige zekerheid. Dat is van belang voor beleggers. Op termijn hebben zorginstellingen en institutionele beleggers elkaar toch nodig, want zorginstellingen kunnen het vastgoed namelijk niet meer financieren. Doordat institutionele beleggers op de lange termijn kijken en exploiteren is dit voor zorginstellingen ook interessant. Een zorginstelling kan beter investeren in

apparatuur dan in vastgoed waarvan de kennis vaak ontbreekt. Beide partijen passen dan goed bij elkaar. Tevens zullen er vanuit de overheid wel voorwaarden aangedragen moeten worden zodat het weglekken van 'oud' maatschappelijk geld wordt tegengegaan. Dit biedt meer zekerheid voor een zorginstelling. Nieuw te ontwikkelen zorgvastgoed zal zeker een waardeontwikkeling gaan doormaken. Gedateerd zorgvastgoed zal aan de huidige eisen moeten voldoen (flexibiliteit) om moderne zorginstellingen te kunnen huisvesten. Indien de huisvesting als boekwaarde erg laag is, zal nieuwbouw de mogelijkheid zijn om aan de huidige eisen te kunnen voldoen. Kortom elk stukje zorgvastgoed is specifiek en zo zal de markt ook benaderd moeten worden.

Voor beleggers is de 'hot floor' (kapitaalintensieve functies zoals operatiekamers) geen categorie waar zij zich op moeten richten. Het is vaak te specialistisch als belegging en de levensduur is erg beperkt vanwege de technologische ontwikkelingen. Een belegging in de hot floor is enkel mogelijk als het risico heel laag is. Door middel van een langjarig contract en door het efficiënt en flexibel inrichten van de gebouwen zou het wel interessant kunnen worden. Overige categorieën binnen de cure zijn qua marktconformiteit interessanter en zijn daarom meer courant. Nieuwe vastgoedconcepten bijvoorbeeld in de vorm van zorgparken zijn zeer interessant voor beleggers. Dit type vastgoed is zeer consumentgericht en biedt een goede alternatieve aanwendbaarheid. Binnen de care doen zich ook mogelijkheden voor, ondanks dat hier nog geen marktwerking plaatsvindt. Door extramuralisatie vinden er allerlei ontwikkelingen plaats om de consument te kunnen vinden. Gezondheidscentra zijn hiervan een voorbeeld. Deze multifunctionele gebouwen bieden voor vele instellingen huisvesting, echter de marktconforme huurprijs zal hier nog enige bedreiging vormen. Tevens worden verzorgingshuizen meer gespecialiseerde instellingen, waardoor aanpassingen noodzakelijk zijn in de huisvesting. De voorzieningen in de care krijgen een kantoorachtige functie, waarbij flexibiliteit erg belangrijk wordt. Dit komt ten goede aan de alternatieve aanwendbaarheid en maakt daarmee een belegging interessant. Tevens zijn de herontwikkelingsmogelijkheden op care locaties interessant, omdat deze vaak markttechnisch gunstig zijn gelegen. Kortom, er staat veel te gebeuren in de zorgsector, afhankelijk van de ervaring en kennis, kan de institutionele belegger een probleem bij zorginstellingen wegnemen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	i
Samenvatting	ii
Hoofdstuk 1 Introductie.....	9
1.1 Aanleiding.....	9
1.2 Afbakening.....	10
1.3 Doel- en probleemstelling	11
1.4 Onderzoeksopzet.....	11
Hoofdstuk 2 Beleidsmatige ontwikkelingen in zorgvastgoed	15
2.1 Belangrijkste veranderingen in de wet- en regelgeving.....	15
2.2 Vastgoed in de zorg	16
2.2.1 Omvang van het zorgvastgoed	16
2.2.2 Rol actoren.....	18
2.2.3 Financiering.....	19
2.3 Vastgoedbeleid voor zorginstellingen.....	20
2.3.1 Huisvesting voor de cure	21
2.3.2 Huisvesting voor de care.....	23
2.4 Conclusies.....	24
Hoofdstuk 3 Marktontwikkelingen in de zorgsector.....	25
3.1 Ontwikkelingen aan de vraagzijde	25
3.1.1 Demografische ontwikkelingen	25
3.1.2 Maatschappelijke ontwikkelingen	26
3.2 Ontwikkelingen aan de aanbodzijde	27
3.2.1 Ontwikkelingen in de cure.....	27
3.2.2 Invloed op vastgoed.....	29
3.3 Ontwikkelingen in de care	32
3.3.1 Invloed op vastgoed.....	33
3.4 Conclusies.....	34
Hoofdstuk 4 Beleggen in vastgoed	35
4.1 Beleggingsportefeuille	35
4.2 Beleggen in vastgoed	36
4.2.1 Beleggingskenmerken van vastgoed	36
4.2.2 Moderne Portefeuille Theorie.....	37
4.2.3 Benchmark.....	37
4.3 Beleggingsbeleid van institutionele beleggers	38
4.4 Rendement en risico.....	38
4.4.1 Rendement	39
4.4.2 Rendementsbegrippen.....	39
4.4.3 Beleggingsrisico	39
4.4.4 Risicometing.....	40
4.4.5 Performance	40
4.5 Besluitvormingsproces acquisitie.....	41
4.6 Ontwikkelingen beleggingsvastgoedmarkt.....	41
4.7 Conclusies.....	42

Hoofdstuk 5	Zorgvastgoed als belegging	43
5.1	De sterkten.....	43
5.2	De zwakten.....	43
5.3	De kansen	45
5.4	De bedreigingen.....	47
5.5	Conclusies.....	50
Hoofdstuk 6	Zorgvastgoed interessant voor institutionele beleggers?.....	51
6.1	Beleggingsmogelijkheden in de cure	51
6.1.1	Beleggingspotentieel.....	52
6.1.2	Bijbehorende risico's en rendementen.....	53
6.2	Beleggingsmogelijkheden in de care	55
6.2.1	Beleggingspotentieel.....	56
6.2.2	Risico's en rendementen.....	56
6.3	Beheersing van beleggingsrisico's.....	57
6.4	Concurrentie.....	59
6.5	Conclusies.....	59
Hoofdstuk 7	Conclusies en aanbevelingen	61
7.1	Conclusies en aanbevelingen.....	61
Literatuurlijst	65
Bijlage 1	Overzicht van geïnterviewden	68
Bijlage 2	Vragenlijst interviews	69
Bijlage 3	Definities.....	71

Hoofdstuk 1 **Introductie**

In dit inleidende hoofdstuk wordt ten eerste de aanleiding van dit onderzoek beschreven. De vraag waarom het interessant is om te onderzoeken wat beleggers voor rol kunnen spelen in een veranderende zorgomgeving wordt beantwoord. Nadat de aanleiding van het onderzoek is toegelicht wordt ingegaan op de doelstelling en vraagstelling en worden de onderzoeksvragen geformuleerd. Aansluitend volgt een bespreking van de werkwijze en onderzoeksmethodologie. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de verdere opzet van het rapport.

1.1 **Aanleiding**

Nederland zal de komende veertig jaar steeds meer vergrijzen. In 2005 was het totale aantal 65-plussers in Nederland nog ongeveer 2,3 miljoen, in 2040 zal dit al 4,1 miljoen zijn (IVBN, 2005). De vergrijzing zal een grote impact hebben op de Nederlandse maatschappij. Hierbij zal het belang van de wensen en behoeften ook toenemen. De komende tijd is op veel gebieden drastische maatregelen noodzakelijk om aan deze wensen en behoeften te voldoen. Op sommige vlakken, bijvoorbeeld de financiering van de pensioenen, zullen deze maatregelen zelfs ten koste gaan van de belangen of van de hogere eigen bijdragen van jongeren.

De inkomenspositie van de komende groep ouderen is beter dan de ouderen van nu. Zowel de besteedbare inkomens als de gemiddelde vermogens van toekomstige ouderen zullen hoger zijn. De gestegen huizenprijzen zijn hier vooral debet aan. Dit betekent niet dat ouderen vanzelfsprekend meer geld gaan uitgeven, maar de mogelijkheid hebben zij nu meer dan de generatie hiervoor (IVBN, 2005). In de onderstaande tabel wordt des te meer duidelijk dat de vergrijzing steeds meer van zich zal laten gelden in Nederland.

Jaar	Aantal inwoners <i>x miljoen</i>	Inwoners naar leeftijd		
		0 tot 20 jaar	20 tot 65 jaar %	65 jaar of ouder
2006	16,3	24,3	61,4	14,3
2010	16,4	23,7	61,0	15,3
2015	16,6	22,7	59,6	17,7
2020	16,7	22,0	58,4	19,6
2025	16,9	21,3	57,3	21,4
2030	17,0	21,4	55,4	23,3
2035	17,0	21,6	53,8	24,6
2040	17,0	21,7	53,2	25,0
2045	16,9	21,7	54,0	24,4
2050	16,8	21,6	54,8	23,6

Tabel 1.1 Leeftijdverdeling van de bevolking (in %)

Bron: www.cbs.nl

De bekostiging van de zorg en de positie van vastgoed in de zorg verandert. Termen als “prestatiebekostiging” en “gereguleerde marktwerking” komen steeds meer ter sprake. Instellingen in de zorg krijgen meer vrijheden, maar anderzijds ook meer verantwoordelijkheden. Dit vraagt van deze instellingen o.a. een strategische visie over de wijze waarmee zij met hun vastgoed willen omgaan. Huisvestingskosten wordt integraal onderdeel van de productprijs, wat de noodzaak tot optimalisatie van de huisvesting belangrijker maakt. In zorgvastgoed worden ook andere kosten verwerkt die specifiek voor zorg zijn bestemd. Voorheen was dit niet het geval en waren er andere regels omtrent de huisvesting. De huisvestingskosten omzetten voorheen enkel de huur en de lasten voor water, elektriciteit, gas enz. Zorgvastgoed bestaat al heel lang, maar is de laatste jaren in opkomst als beleggingsobject. Er zijn vele ontwikkelingen gaande binnen de zorg, deze zullen uitgebreid besproken worden in de komende hoofdstukken. Door deze ontwikkelingen zal er veel gaan veranderen in de zorg, voor zowel de aanbieders als voor de consument. Er zal een meer consumentgerichte aanpak ontstaan, maar of dit voor alle zorgcategorieën het geval is en in welke mate dit gebeurt, is nog niet duidelijk. Grotendeels worden verwachtingen van deskundigen als belangrijke informatie gebruikt om de situatie in de toekomst in beeld te krijgen. Dit onderzoek is dan ook vooral een verkenning naar de toekomstige situatie.

Aan de andere kant van de tafel zit de institutionele vastgoedbelegger, die in toenemende mate moeite heeft om binnen (en buiten) Nederland goed beleggingsvastgoed te vinden tegen acceptabele prijzen c.q. rendementen. In Nederland komt steeds meer geld beschikbaar voor vastgoedbeleggingen en deze kunnen niet altijd geplaatst worden. Dit kan leiden tot meer marktbederf. Daarnaast hebben aandelen en obligaties zware tijden gekend en is er de trend om meer te beleggen in vastgoed, aangezien deze een waardevast karakter heeft en minder risico met zich meedraagt. Een andere trend is de vervreemding van eigen vastgoed. Bovenstaande trends veroorzaken in verschillende mate de behoefte aan nieuwe producten. Mede of met name doordat er enkele institutionele beleggers een onderdeel zijn van een concern dat ook bekend staat als zorgverzekeraar, wordt er in toenemende mate door externe partijen de link gelegd tussen de belegger en het zorggerelateerd vastgoed. Dit betekent dat, plotseling, van diverse kanten de belegger wordt genaderd om mee te denken over huisvestingsvraagstukken van zorginstellingen. Deze relatieve voorsprong biedt kansen om een prominente speler te worden op het gebied van beleggen in zorgvastgoed, mede doordat deze beleggingscategorie nog in zijn kinderschoenen staat. Door de onvolwassenheid in deze markt zijn er misschien ook hogere rendementen te behalen.

1.2 Afbakening

Zoals de titel van het rapport al aangeeft heeft het onderzoek voornamelijk een verkennend karakter. Dit houdt in dat er met de huidige veranderingen en verwachtingen een beeld wordt geschetst over de beleggingsmogelijkheden in zorgvastgoed. In hoofdstuk 1.4 komt het onderzoekstype meer aan bod. Hieruit zal blijken dat dit onderzoek nodig is om daarna specialistisch onderzoek te doen, bijvoorbeeld het toetsen van hypothesen. (Baarde en De Goede, 2001) Dit onderzoek is erop gericht om de beleggingsmogelijkheden in kaart te brengen. De veranderingen in het huisvestingsbeleid zijn niet alleen de oorzaak van de veranderingen in de zorg. In combinatie met marktontwikkelingen (commercialiteit en vergrijzing) komen de veranderingen tot stand. De beleidsontwikkelingen en de marktontwikkelingen moeten beschouwd worden als communicerende vaten. De ontwikkelingen reageren juist op elkaar. Het is de combinatie van de verschillende uitgangspunten waarbij rekening met elkaars ontwikkelingen wordt gehouden. Er kan ook niet eenduidig aangegeven worden wat de redenen zijn waarom de zorg een grote ontwikkeling doormaakt. Is het de vergrijzing óf een pro-actief overheidsbeleid? In dit onderzoek zullen overigens niet alle ontwikkelingen in de zorg geanalyseerd worden, slechts de ontwikkelingen die invloed hebben op de huisvesting komen aan bod.

Dit onderzoek richt zich op de beleggingsmogelijkheden voor Nederlandse institutionele beleggers in zorgvastgoed. In het kort zijn institutionele beleggers instellingen die geld van hun deelnemers/aandeelhouders beleggen om in de toekomst uitkeringen aan deze deelnemers te kunnen verrichten. Traditioneel zijn er vier belangrijke vastgoedbeleggingscategorieën, te weten: woningen, kantoren, winkels en bedrijfsruimten. Zoals eerder aangegeven worden alternatieve beleggingsmogelijkheden steeds interessanter. Zorgvastgoed zou daarvan een van de mogelijkheden zijn. Het is echter onduidelijk wie gaat inspringen op deze groeiende, maar zeer onzekere, opkomende markt. Interessanter is nog onder welke voorwaarden dit zal gebeuren. Er zijn al een aantal projectontwikkelaars en beleggers actief op deze markt. Deze zijn voornamelijk gericht op woningen in combinatie met zorg. Steeds meer trekt de aandacht naar andere zorginstellingen.

Uiteraard zijn er verschillende beleggingsmogelijkheden binnen het zorgvastgoed. Voor elk van deze categorieën kan een beleggingsanalyse uitgevoerd worden. In dit onderzoek wordt er slechts naar deze situaties verkend. Hierbij is het huidige aanbod en de toekomstige vraag een goede graadmeter voor de behoefte aan zorgvastgoed. Dit kan als een nieuwe ontwikkeling ontstaan of dat de huidige voorzieningen worden aangepast aangezien de zorgfuncties meer uit elkaar getrokken worden. Uiteindelijk zal duidelijk moeten worden welke zorgonderdelen als beleggingsobject interessant zijn en onder welke omstandigheden dit zou moeten gebeuren.

Het onderzoek zal zich richten op het risico- en rendementsprofiel, maar ook op de omvang en de diversificatie ten opzichte van andere beleggingscategorie. Daarbij valt zelfstandige huisvesting van senioren met extramurale zorg buiten de scope van het onderzoek, aangezien over dit onderwerp al veel is gepubliceerd. Door de beperkte ervaringen van institutionele beleggers in het zorgvastgoed zullen conclusies voornamelijk worden getrokken op basis van beleidsmaatregelen van overheden, de gebleken eisen en wensen van de consument en de verwachtingen van de experts.

1.3 Doel- en probleemstelling

Het is duidelijk dat de zorgsector veel aan verandering onderhevig is de komende jaren. Het huidige aanbod is beperkt en vele zorginstellingen zullen een andere koers willen en moeten varen. Verschillende partijen zullen hieraan een bijdrage leveren. Dit onderzoek zal aangeven in hoeverre de institutionele beleggers hier aan kunnen bijdragen. Het is op dit moment onbekend of het voor hen interessant is om in de zorgmarkt te gaan beleggen, aangezien er nauwelijks ervaringen zijn in deze markt en het feit dat de overheid jarenlang een zware stempel hierop gedrukt heeft.

Het is de vraag of zorgvastgoed een volwassen en geaccepteerde beleggingscategorie zal worden. Aan het eind van het onderzoek zal hier meer duidelijkheid over zijn. Meer onderzoek naar de mogelijkheden is daarom zeker op zijn plaats. De volgende doelstelling is daarbij van toepassing.

Inzicht geven in de ontwikkelingen aan de aanbod- en vraagzijde van het zorgvastgoed, met uitzondering van de wooncomponent. Vanuit dit inzicht aanbevelingen doen aan institutionele vastgoedbeleggers welke zorgonderdelen voor hen interessant zijn als beleggingsalternatief.

Om de doelstelling van het onderzoek te kunnen volbrengen is een probleemstelling opgesteld, die luidt als volgt:

Biedt zorgvastgoed aantrekkelijke kansen voor institutionele vastgoedbeleggers, gegeven het risico- en rendementsprofiel van de verschillende zorgonderdelen in relatie tot dat van andere vastgoedcategorieën.

Om de centrale vraag gestructureerd te beantwoorden zijn enkele onderzoeksvragen geformuleerd. Dit zal tevens de structuur van het rapport weergeven.

Deel A: Ontwikkelingen in de zorg

1. Welke ontwikkelingen zijn er gaande binnen de aanbod- en vraagzijde van de zorg (qua beleid en qua markt)?
2. Welke invloed hebben de ontwikkelingen op de huisvesting van zorginstellingen?

Deel B: Beleggingsmogelijkheden in de zorg

3. Welke kenmerken heeft de beleggingsmarkt en welke ontwikkelingen zijn hierbinnen gaande?
4. Waarin differentieert zorgvastgoed zich als beleggingsobject ten opzichte van de traditionele beleggingscategorieën?
5. Welke beleggingsmogelijkheden dienen zich, voor de verschillende zorgcategorieën, in de toekomst voor rekening houdend met de gesignaleerde ontwikkelingen?
6. Welke beleggingskarakteristieken heeft zorgvastgoed en welke risico's zijn daaraan verbonden?
7. Welke realistische maatregelen/succesfactoren zijn er, om de risico's te beperken, die institutionele beleggers tegenkomen als zij in zorgvastgoed beleggen?

1.4 Onderzoeksopzet

Karakter van het onderzoek

Het onderzoek zal van exploratieve aard zijn. Dit wil zeggen dat het niet draait om toetsing van een hypothese of van een theorie. Uitgebreid onderzoek is op dit gebied nog weinig uitgevoerd. Er is geen theorie die vooraf vaststaat of een hypothese voorhanden. Het toepassen van algemene wetenschappelijke theorieën is daarom niet van toepassing. Veel informatie wat voor dit onderzoek nodig is, moet uit de praktijk gehaald worden. Daarom is het een exploratief onderzoek. Het is gericht om bepaalde ideeën te bevestigen. Dit zal gelijdelijk aan in het onderzoek tot stand komen en is daarmee een continu proces. De waarde van het exploratieve onderzoek is om een goede indruk te krijgen van zorgvastgoed. Uiteindelijk ontstaat er meer inzicht over verbanden en zal er vervolgonderzoek plaats moeten vinden.

In dit rapport staat de beschrijving van kenmerken van de onderzoekseenheden centraal. Dit zal aan de hand van een survey-onderzoek uitgevoerd worden. Een survey-onderzoek wordt uitgevoerd wanneer van een persoon of een object informatie getraceerd moet worden dat verzameld kan worden met behulp van

observatie en/of mondelinge- of schriftelijke interviews. Deze dataverzameling vindt plaats over een langere periode in het onderzoek. Er moet dan niet direct gedacht worden aan een trendonderzoek, aangezien deze vorm van longitudinaal survey-onderzoek frequenter plaatsvindt en waarbij de gegevens ook hetzelfde zullen zijn. Waarschijnlijk zal dit niet nodig zijn in het onderzoek. De gegevens zullen meer ter indicatie zijn en moeten een indruk geven over zorgvastgoed. (Baarda en de Goede, 2001)

In eerste instantie gaat het erom de huidige situatie te beschrijven en te begrijpen. Het is een verkennend onderzoek dat zeker navolging zal krijgen als blijkt dat zorgvastgoed een interessante beleggingscategorie is of kan worden. Middels dit onderzoek wordt een eerste stap gezet om de materie te ontginnen. Het doel is niet om een beschrijving te geven hoe er belegd moet worden, maar of er belegd moet worden in zorgvastgoed. De verwachting is dat zorgvastgoed een waardevolle aanvulling is op de huidige portefeuille van institutionele beleggers. Dit onderzoek zal die verwachting bevestigen, verwerpen of nuanceren. Aan het eind van het rapport komt dit vooral naar voren. Het is geen zwart/wit verhaal dat gebaseerd is op cijfers.

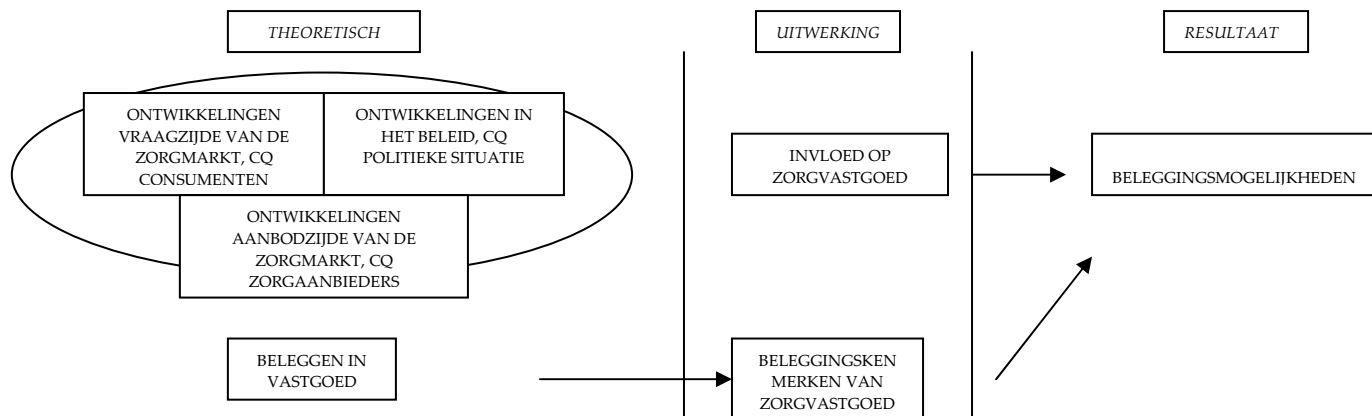
Relevantie

Zoals eerder in het onderzoek is aangegeven hebben marktpartijen nauwelijks ervaringen in zorgvastgoed. Marktpartijen hebben zich wel bezig gehouden met de huisvesting van ouderen, maar vooralsnog met weinig commerciële inslag. Op dit moment is er dus niet veel informatie beschikbaar over zorgvastgoed omdat deze categorie betrekkelijk nieuw is. Wel zijn er al een aantal bedrijven actief of actief geweest die over dergelijke informatie beschikken, maar er is nog geen echte zorgvastgoedmarkt aanwezig. Dit is ook de reden dat er geen standaarden en/of benchmarks voor deze sector in Nederland zijn. Dit onderzoek zal daarbij een stap in de richting doen, zodat er geleidelijk steeds meer duidelijkheid over deze sector ontstaat. De vastgoedwereld heeft zich de laatste jaren steeds meer geprofessionaliseerd. Hierbij is de markt ook transparanter geworden. Er worden allerlei technieken en methoden ontwikkeld om de ontwikkelingen inzichtelijk te maken. Vanuit de zorgwereld bestaat ook, door velerlei ontwikkelingen, een groeiende interesse naar het professioneler omgaan met zorgvastgoed. Zorginstellingen moeten een strategische visie ontwikkelen over de wijze hoe zij met hun vastgoed om willen gaan.

De gevolgen zullen uiteindelijk ook inzichtelijk worden in de maatschappij, waardoor de relevantie ook buiten het vakgebied zal beslaan. Specialisatie in de zorg en verbetering in het zorgvastgoed zullen zeker ten goede komen van de maatschappij. Of institutionele beleggers hierbij een rol kunnen spelen zal in dit rapport inzichtelijk worden.

Onderzoeksmodel

Het onderzoek is opgedeeld in drie gedeelten, zoals in figuur 1.1 is weergegeven. Het theoretische kader zal worden gevormd door de bespreking en uiteenzetting van de zorgsector en de ontwikkelingen daarin. Dit zal opgedeeld worden in beleidsmatige ontwikkelingen en de marktontwikkelingen. De zorgsector wordt hiermee in beeld gebracht en van de verschillende categorieën worden de kenmerken en ontwikkelingen besproken. Onderdeel van het theoretische deel is de bespreking van het beleggen in vastgoed. Daarbij wordt aangegeven hoe de huidige marktomstandigheden zijn en er wordt een beeld geschetst hoe een beleggingsanalyse wordt uitgevoerd. Op basis van het gevormde theoretische gedeelte zal in het tweede gedeelte de invloeden op het huidige zorgvastgoed en de beleggingskenmerken van zorgvastgoed besproken worden. Ten slotte wordt op basis van de theorie, en de uitwerking daarvan, aangegeven welke beleggingsmogelijkheden er zijn. Door het uitvoeren van deskresearch en het houden van expert-interviews, zal de zorgmarkt voldoende geanalyseerd zijn om van de verschillende zorgcategorieën aan te geven hoe interessant deze zijn voor institutionele beleggers. Dit zal gebeuren door de risico's, rendementen en de mogelijkheden van de zorgcategorieën te bespreken. Op deze manier wordt geprobeerd om de relevantie van zorgvastgoed in kaart te brengen. Hieronder wordt bovenstaande schematisch weergegeven.



Figuur 1.1 Onderzoeksmodel
Bron: eigen bewerking

Onderzoeksmethoden

De onderzoeksmethoden die bij de uitvoering van dit onderzoek worden gebruikt, zullen kort worden besproken.

Desk research

Het literatuuronderzoek heeft tot doel inzichten te verkrijgen in de zorg en de ontwikkelingen die daarbinnen gaande zijn. Belangrijk zijn daarbij de invloeden op en veranderingen in het huidige zorgvastgoed.

De literatuurstudie valt uiteen in twee delen. Ten eerste is er literatuur bestudeerd op het gebied van de zorg. Dit valt uiteen in een beschrijving van het huidige zorgvastgoed, het gevoerde vastgoedbeleid en de ontwikkelingen daarbinnen. Het tweede deel gaat in op de kenmerken van vastgoed en de ontwikkelingen op de vastgoedmarkt. Op basis van beide delen zijn er voldoende theoretische achtergronden om te analyseren hoe zorgvastgoed als beleggingsobject is en hoe groot deze sector kan worden. Met deze literatuurstudie als achtergrond zijn een aantal experts benaderd voor het houden van een interview.

Interviews

Aangezien niet alle informatie inzichtelijk kan worden gemaakt door literatuurstudie, zal door het houden van expertinterviews de witte vlekken worden afgedekt. Via de interviews wordt geprobeerd om reële inschattingen te maken.

Deze interviews dienen ten eerste als bevestiging van de theorie en ten tweede als een semi-open interview om de verwachtingen van zorgvastgoed in beeld te brengen. Zoals gezegd, is het heel lastig om kant en klare cijfers boven tafel te krijgen. Daarbij wordt het nog bemoeilijkt doordat er ook partijen zijn die niet het achterste van de tong willen laten zien, omdat ze de kennis niet willen delen in deze opkomende markt. Met de keuze van de experts voor een interview is er geprobeerd om vanuit verschillende vakgebieden een aantal interviews te houden. Door het betrekken van experts uit verschillende vakgebieden worden er verschillende visies over het zorgvastgoed belicht. De vragenlijst zal niet in zijn geheel voor elk interview van toepassing zijn. Naast een algemeen deel, worden er onderdelen in opgenomen voor een bepaald vakgebied, zoals vastgoedontwikkeling of -belegging. De keuze tot het benaderen van deze experts komt door de betrokkenheid/ervaring die zij tot dusver hebben opgedaan met het onderwerp. De referentie is in veel gevallen een publicatie in bepaalde vakliteratuur. De namen en functies van de experts worden in bijlage 1 weergegeven en in bijlage 2 zal de vragenlijst verwerkt worden.

Leeswijzer

Nadat er in dit eerste hoofdstuk de opzet van het onderzoek besproken is, wordt er in deze paragraaf het vervolg van de hoofdstukken kort besproken. Hoofdstuk twee zal ingaan op de beleidsmatige ontwikkelingen in zorgvastgoed. Het huidige zorgstelsel en de veranderingen in het huisvestingsbeleid worden daarbij uitvoerig besproken. Dit zal vooral gericht zijn op de huisvesting van de zorginstellingen. In hoofdstuk drie komen de marktontwikkelingen aan bod. Dit hoofdstuk is opgedeeld in de ontwikkelingen aan de vraag- en aanbodzijde. Van deze laatste worden de ontwikkelingen van de zorginstellingen aangegeven en de invloeden daarvan op de huisvesting. Vervolgens zal hoofdstuk vier

volgen waarin het beleggen in vastgoed wordt geïntroduceerd. Beleggingskenmerken van vastgoed en de marktomstandigheden zijn hiervan onderdeel. Hoofdstuk vijf zal betrekking hebben op zorgvastgoed als beleggingscategorie. De kenmerken van zorgvastgoed als beleggingsobject en de differentiatie ten opzichte met traditionele beleggingscategorieën komen hier aan de orde. In hoofdstuk zes worden uiteindelijk de beleggingsmogelijkheden voor institutionele beleggers uiteen gezet. Ten slotte behandelt hoofdstuk zeven de conclusies en aanbevelingen.

Hoofdstuk 2 Beleidsmatige ontwikkelingen in zorgvastgoed

In dit hoofdstuk worden de beleidsmatige ontwikkelingen in de zorg besproken. Nadat de bespreking van de algemene ontwikkelingen in de zorg, zal er een beschrijving gegeven worden van het huidige zorgvastgoed. Tevens zal het huidige en het toekomstige vastgoedbeleid worden besproken zodat er meer duidelijkheid ontstaat over de ontwikkelingen op de huisvesting van zorginstellingen.

2.1 Belangrijkste veranderingen in de wet- en regelgeving

Het vastgoed in de zorg kent een uiteenlopende oorsprong. Veel is in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) ontstaan. Deze wet regelt de planning voor en de bouw van ziekenhuisvoorzieningen. In het voormalige stelsel werd de care sector gefinancierd via de AWBZ, het curatieve deel via de Ziekenfondswet. De begrippen care en cure zijn gekoppeld aan sectoren die men in de gezondheidszorg onderscheidt. Tot de cure sector wordt het primair op genezing gerichte deel van de gezondheidszorg gerekend, voorbeelden hiervan zijn: het algemene ziekenhuis, de huisarts en revalidatie. De care sector beslaat alle instellingen die een verplegende en/of verzorgende functie hebben. Voorbeelden hiervan zijn: het verpleeghuis, het verzorgingshuis, de thuis/ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. Deze zorgindeling zal dan ook de leidraad zijn voor het vervolg van dit rapport.

Sinds 2006 is het nieuwe zorgverzekeringsstelsel in werking getreden. Zoals hierboven al is aangegeven is dit ook het geval voor de WZV, deze is niet langer meer van kracht en is vervangen door de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). De WZV ging ervan uit dat het eigendom van vastgoed lag bij de zorginstelling die daarvoor een bekostiging ontving. Soms was er sprake van zogenaamde steunstichtingen, waar bijvoorbeeld het grondeigendom was ondergebracht of van een holdingstructuur waarin vastgoed was samengebracht. In toenemende mate was er ook binnen het WZV-kader sprake van huur van vastgoed.

Concreet werd de WTZi uitgewerkt in de zogenoemde 'februariëbrief', die oud-minister Hoogervorst in 2005 aan de Tweede Kamer heeft gestuurd. Hierin stond centraal dat zorginstellingen meer verantwoordelijkheid moeten krijgen voor hun investeringsbeslissingen. Daarmee kwam een eind aan de WZV en worden er op deze manier concrete bouwmaatstaven vastgesteld. Uiteindelijk, vanaf circa 2010, zal ook de prestatiebekostiging van kracht worden. Zorginstellingen worden dan voor een groot deel zelf verantwoordelijk voor de kosten en investeringen in vastgoed. Er komt een normensysteem dat wordt gekoppeld aan de productie. Iedere gedane investering moet terugverdiend worden. Op deze manier zullen de kapitaallasten, waar huisvestingskosten onderdeel van zijn, verwerkt worden in een Normatieve Kapitaallasten Component (NKC). Volgens het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (Cbz) heeft de verwerking hiervan in de prijs als voordeel dat het prikkelt tot rationalisatie en optimalisatie van het gebruik.

In het nieuwe stelsel worden zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor de exploitatie van zorgvoorzieningen. Dat betekent dat de overheid niet langer, op basis van nacalculatie, rente en afschrijving aan het instellingsbudget toevoegt. Dit is slechts het begin van de aankomende marktwerking in de zorgsector. Deze toegenomen verantwoordelijkheid is noodzakelijk omdat het liberaliseren van het stelsel van plannings, vergunningen en uiteindelijk de afschaffing van het bouwregime. Gevolg zal zijn dat zorginstellingen meer risico over het benodigde kapitaal gaan lopen en dat de huisvestingskosten verwerkt worden in de zorgtarieven.

Ten slotte heeft het kabinet onlangs een nieuw stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning in werking laten treden. Een nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zal de lichtere vormen van hulp en ondersteuning door gemeenten laten organiseren. Deze wet zal het onderscheid tussen zorg en maatschappelijk ondersteuning stimuleren waardoor meer duidelijkheid ontstaat binnen het zorgstelsel. Daarnaast stimuleert het kabinet dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren. Als indirect gevolg hiervan, zal er meer vraag zijn naar zorgdiensten in de buurt. Dit biedt kansen voor gezondheidscentra op buurtniveau.

2.2 Vastgoed in de zorg

In deze paragraaf volgt een bespreking van het huidige zorgvastgoed. Hierbij zullen de omvang en de beleidmatige aspecten aan de orde komen.

2.2.1 Omvang van het zorgvastgoed

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de huisvesting in de zorgbranche. Belangrijk daarbij is de bespreking van de omvang van het zorgvastgoed. De Wildt (2006) heeft een beeld geschetst van het zorgvastgoed in het kader van de tot 2006 geldende regelgeving en heeft een verkenning naar de gevolgen van de stelselwijzigingen voltooid. Deze notitie is voornamelijk de bron van deze paragraaf. In onderstaand overzicht is de omvang van het zorgvastgoed indicatief weergegeven. Dit wordt bepaald aan de hand van het aantal instellingen en/of het aantal bedden per segment.

Omvang cure sector

- Algemene ziekenhuizen (ruim 90 met 40.000 bedden)
- Academische ziekenhuizen (totaal 8 met 8.000 bedden)
- Categoriële instellingen (totaal 94 instellingen georganiseerd in 63 organisaties, waaronder revalidatiecentra (23), Astmacentra/longrevalidatiecentra (5), Epilepsiecentra (3), Dialysecentra (3), Audiologischcentra (21), Radiotherapeutische centra (6), overige instellingen (4)). (RIVM, 2006)
Categoriële instellingen bieden, net als academische en algemene ziekenhuizen, medisch specialistische behandelingen en de daarbij noodzakelijke verpleging. Bijzonder is dat deze zorg gericht is op specifieke groepen ziekten of patiënten.
- 89 Zelfstandige Behandelcentra (interview dhr. Bisschop)

Uit onderzoek van De Wildt (2006) blijkt dat er geen bruikbare kerncijfers van de voorraad aan huisvesting achterhaald kunnen worden. Het onderzoeksbureau heeft daarom, met behulp van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, een beeld kunnen schetsen uit de jaarverslagen 2004 van de algemene en academische ziekenhuizen. Dit beeld wordt in onderstaande tabel weergegeven. Voor care sector kon dit beeld niet in kaart gebracht worden.

	Bedragen * € 1.000
Terreinen	298.000
Gebouwen	5.004.000
Installaties	951.000
Projecten in uitvoering	1.047.000
Overig	2.253.000
Totaal	9.553.000
Afschrijving 2004	790.000
Eigen vermogen	1.146.000
Langlopende schulden	5.711.000
Kortlopende schulden	5.175.000
Jaaromzet 2004	12.951.000
Resultaat 2004	172.000
Extern gefinancierd / vaste activa	114,0 %
Eigen vermogen / omzet	8,8 %
Winst als % omzet	1,3 %
Winst als % eigen vermogen	15,0 %
Afschrijving / vaste activa	8,3 %

Tabel 2.1 Kerncijfers algemene en academische ziekenhuizen.

Bron: Jeurissen, 2006

De boekwaarde van de totale huisvesting bedraagt ongeveer 7,3 miljard (9,55 miljard minus 2,25 miljard overige materiële activa), waarbij de academische ziekenhuizen ongeveer 30% voor hun rekening nemen. Deze boekwaarde ligt op ongeveer 60% van de jaaromzet. De grond is, met een aandeel van 4% van de boekwaarde, ongetwijfeld te laag gewaardeerd. Hierbij valt op dat de jaarlijkse afschrijving van de post 'overig' (waaronder inventaris en automatisering) een groot aandeel heeft. Van de afschrijving op

huisvesting wordt geschat dat deze 4,5 tot 5% van de boekwaarde bedraagt. De externe financiering ligt beduidend boven de boekwaarde van de materiële vaste activa en omvat vermoedelijk een aandeel bedrijfsfinanciering in de kortlopende schuld. Als de rentelast op 5% gesteld wordt dan bedragen de kapitaallasten over de huisvesting van de ziekenhuizen 9 tot 11% van de boekwaarde, dus ongeveer 0,65 tot 0,75 miljard. Dit ligt in de orde van 5 tot 6% van de omzet, voor academische ziekenhuizen is het ongeveer 0,5% minder dan voor de algemene ziekenhuizen. Helaas zijn er geen beschikbare gegevens om dit te vergelijken met (omvangrijke groep) commerciële zorginstellingen, zodat dit vergeleken kon worden.

Omvang care sector

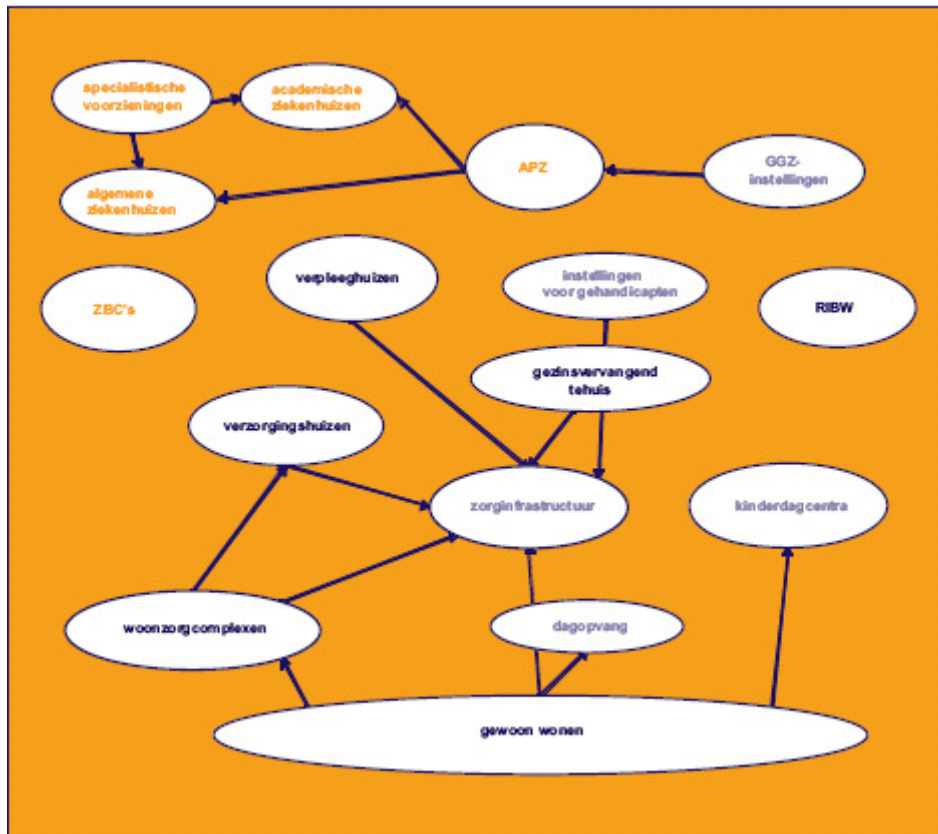
- Verpleeghuizen, somatisch en/of psychogeriatrisch (bijna 350, 63.000 bedden);
- Voorzieningen voor GGZ (28.000 plaatsen, exclusief psychiatrie);
- Verzorgingshuizen (ongeveer 1300, met ongeveer 108.000 plaatsen);
- Voorzieningen voor gehandicapten (180 instellingen met 3300 huisvestingslocaties, zo'n 40.000 plaatsen);
- Maatschappelijke opvang (450 voorzieningen met 12.000 plaatsen);
- Kleinschalige zorginfrastructuur (algemene ruimten, loop/kantoorruimte voor personeel);
- Thuiszorg (geen vastgoed, behalve de uitvalbasis)

In eerder onderzoek werd een schatting gemaakt van de boekwaarde in de AWBZ-sector in 2001 in de orde van 11 miljard. Dit is inclusief de verzorgingshuizen van woningcorporaties, maar exclusief de zelfstandige aanleunwoningen. Door gedane investeringen in vooral verpleegcapaciteit en in mindere mate in verzorgingshuizen, kan dit de afgelopen jaren nog met enkele miljarden zijn gegroeid. In de care sector ligt de boekwaarde zodoende op een niveau van ongeveer 80% van de jaaromzet. Bij verzorgingshuizen gaat dit vermoedelijk in de richting van 100%. Het totale vastgoed in de zorgsector heeft dan een boekwaarde in de orde van 20 tot 22 miljard euro (De Wildt, 2006).

Bartels en van Schaik (2004) hebben ook een schatting gemaakt van de waarde. Zij geven aan dat de balansen van het overgrote deel van de ziekenhuizen, de verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg en de instellingen in de gehandicaptenzorg circa 18,3 miljard euro aan vaste activa op de balans hebben staan. Als daar de vaste activa van de geestelijke gezondheidszorg en enkele andere kleinere instellingscategorieën evenals een beperkt percentage non-respons geschat wordt dan lijkt een boekwaarde volgens de auteur van circa 25 miljard een redelijke benadering. De marktwaarde kan hiervan overigens behoorlijk afwijken. Scheerder (2005) heeft een schatting geraamd een totale waarde van circa 40 miljard euro. De precieze waarde is nauwelijks te bepalen, maar de schatting van Scheerder lijkt aan de hoge kant. Qua aantal zijn er veel minder ziekenhuizen dan verpleeginstellingen. Een gemiddeld ziekenhuis heeft echter meer bezittingen op de balans geactiveerd dan een instelling in de care. De absolute omvang van de activa verschilt dus tussen de verschillende sectoren en instellingen. Hoewel het financiële risico niet enkel afhangt van de omvang van de materiele activa, bepaalt dit toch mede het risicoprofiel.

De genoemde schattingen lopen vrij ver uit elkaar. Hierover is tot nu toe geen duidelijkheid en kan er slechts een indicatie worden weergegeven. Het is interessant om deze waarden te vergelijken met waarden van andere beleggingscategorieën. Hoofdstuk 6 zal hier een vervolg aan geven.

Tussen de cure en de care zijn allerlei functionele en bestuurlijke verbanden ontstaan. Er is duidelijk een beweging te zien van schaalvergroting binnen de te onderscheiden verzorgingsgebieden. In figuur 2.1 wordt schematisch de diversiteit in vastgoed aangegeven. Hierbij vallen de oranje instellingen in de cure sector en de blauwe in de care sector. Daarnaast is in de care sector het onderscheid te maken tussen blauw en lichtblauw, bij laatstgenoemde ligt de nadruk op het verblijf. Onbekende afkortingen worden toegelicht in bijlage 3.



Figuur: 2.1 Diversiteit in het zorgvastgoed.
Bron: De Wildt, 2006

2.2.2 Rol actoren

Het huidige Nederlandse zorgstelsel valt te beschrijven als een driehoeksverhouding, zoals in figuur 2.2 duidelijk is weergegeven. Deze verhouding bestaat uit de zorgconsument, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Deze laatste komt in veel verschillende vormen voor: van thuiszorgorganisatie tot aan het ziekenhuis. Door de jaren heen is de verhouding tussen de verschillende actoren sterk aan verandering onderhevig geweest. De consument krijgt te maken met een grotere keuzevrijheid binnen de zorg, zowel binnen het beschikbare zorgaanbod als tussen de zorgverzekeraars. De klant staat tegenwoordig steeds meer centraal, waardoor zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen bulkcontracten meer met elkaar afsluiten. In het verleden moest de consument maar afwachten of de te verlenen zorg beschikbaar was, tegenwoordig is de rol van zorgverzekeraars meer een belangenbehartiger van de consument en vervult daarmee een schakelpositie. De zorgverzekeraars moeten alle consumenten accepteren en moeten ervoor zorgen dat voldoende en kwalitatieve zorg tegen een acceptabele prijs wordt ingekocht bij de zorgaanbieders. Aangezien consumenten in principe vrij zijn om te kiezen tussen verzekeraars, worden de verzekeraars geprikkeld hun polissen tegen scherpe prijzen en voldoende kwaliteit aan te bieden. De laatste actoren zijn de zorgaanbieders. Deze zijn tegenwoordig in een concurrentiestrijd gewikkeld. Ze moeten zich niet alleen aan de zorgverzekeraars, maar ook aan de consument zien te verkopen. Zorgaanbieders worden afgerekend op de werkelijk gerealiseerde productie. Door een toenemende marktwerking zal de prijs/productieverhouding steeds belangrijker worden. Aangezien zorginstellingen meer verantwoordelijk worden voor investeringen en daardoor risico's gaan nemen, is het aan hen om de consument wel goed te bereiken.

De overheid zal uiteindelijk een minder zware taak uitoefenen. Afhankelijk van het evenwicht op de totale zorgmarkt, zal de overheid een corrigerende werking behouden. Eventuele ongewenste neveneffecten zullen bestreden worden. Dit is voornamelijk een taak van de Nederlandse Mededingings Autoriteit (NMA). Met dit sturingsmechanisme, wordt een volledig vrije marktwerking voorkomen en kan de door de overheid gewenste 'gereguleerde marktwerking' tot stand komen. (Cbz (Voorstudie), 2005)

Omdat het traditionele zorgstelsel onvoldoende mogelijkheden voor marktwerking biedt, zal dit ook van invloed zijn op het beleid van zorginstellingen. Hier zal de volgende paragraaf dieper op ingaan.



Figuur 2.2 Driehoeksverhouding belangrijkste marktpartijen op de zorgmarkt.
Bron: Cbz (Voorstudie), 2005

2.2.3 Financiering

De Nederlandse zorginstellingen financieren hun kapitaalbehoefte voor het overgrote deel met kort en langdurig vreemd vermogen van banken. De zorginstellingen hebben momenteel naar schatting ruim 10 miljard Euro aan langlopende leningen bij banken uitstaan. Deze leningen werden aanvankelijk vooral geplaatst bij de commerciële banken, maar sinds de introductie van het Waarborgfonds wordt dit in toenemende mate ook ondergebracht bij de Bank Nederlandse Gemeenten en de Waterschapsbank. Deze banken beschikken, dankzij hun gegarandeerde status, over hogere ratings. Hierdoor kunnen zij kapitaal goedkoper aanbieden.

De zorgsector wordt dus vooral gefinancierd door overheden en banken. Wel wordt er op kleine schaal al kantoorachtige panden op goede locaties geleased, zodat zorginstellingen niet afhankelijk zijn van de financiering van het vastgoed. Dit betreft instellingen met een sterk extramurale focus, zoals thuiszorginstellingen en de extramurale geestelijke gezondheidszorg. Het overgrote deel van de medische technologie in de ziekenhuizen wordt niet geleased (Bartels en van Schaik, 2004).

Het kabinet wil marktwerking bevorderen door de kapitaallasten onderdeel te laten maken van de prijs van de zorgprestatie. Deze productprijzen, de zogenoemde Diagnose-Behandelings-Combinaties (DBC's) bij ziekenhuizen en de zorgzwaarte-pakketten (ZZP's) bij AWBZ-instellingen, wordt "integrale prestatiebekostiging" genoemd. Patiëntenzorg wordt dan uitgedrukt in producten of diensten. Alle zorg zal straks vertaald worden in verhandelbare producten en diensten met een prijs die integraal is, waarin de huisvestingslasten verwerkt zijn. Veel en duur bouwen leidt tot hoge zorgprijzen. Niet klantgericht bouwen leidt tot verlies van klanten, leegstand en exploitatieproblemen door productieverlies. Als kanttkening wordt dan ook geplaatst dat het werken met een dergelijk systeem, kan leiden tot achterstallig onderhoud van het vastgoed (Verweij, Bisschop, 2005). Het vastgoed is dan een regulier onderdeel van de bedrijfsvoering. Op dit moment is er geen indicatie te geven van de toekomstige huisvestingsstarieven en de verwerking ervan in de zorgtarieven (Jeurissen, 2006). Voor de care moet zelfs nog een systeem worden ontwikkeld. Daarnaast zal het vergunningstelsel (bouwregime) afgeschaft worden.

Volgens Verweij en Bisschop (2006) kunnen prijscompetitie of andere financiële prioriteiten de instelling in de verleiding brengen om vastgoedinvesteringen uit te stellen. De consequenties zijn op de korte termijn nauwelijks merkbaar, maar op de lange termijn des te meer. De overgangperiode, die in de kapitaallastenbrief is voorzien, zou erop gericht zijn om verschillen in het kostenniveau te overbruggen. Vooral de instellingen die recente investeringen hebben doorgevoerd hebben nu een hoger kostenniveau. De verschillen zijn dan vooral een gevolg van de leeftijd van de bestaande voorraad. Deze instellingen hebben daarom weinig speelruimte om naar een lager kostenniveau te groeien. Echter hebben instellingen met een laag kostenniveau wel uitzicht op verruiming van middelen. De financiering van de balans zal op meerdere bronnen van kapitaal berusten dan alleen de traditionele lening bij een bank. Internationale ervaringen laten overigens ook zien dat er meer diversiteit in de financieringsconstructies ontstaat. De wijze waarop het kapitaal wordt gefinancierd heeft ook te maken met de levenscyclus van de specifieke zorgvoorzieningen. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen startende organisaties, groeiende bedrijfstakken, volwassen bedrijfstakken en krimpende bedrijfstakken. Bij elke fase van de levenscyclus horen andere vormen van vermogensverrijking. Dat de zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor het aantrekken van voldoende kapitaal zal ertoe leiden dat de vraag naar kapitaal belangrijker wordt, maar

dat de toegang tot kapitaal ook meer zal gaan verschillen tussen de instellingen. Zorginstellingen moeten daarom zelf meer doen dan enkel het verstevigen van de eigen financiële positie en het verminderen van eventueel risico in de bedrijfsvoering. De beste financieringsmix moet op een actieve en creatieve manier worden gezocht. De toegang tot extern kapitaal kan, tot op zekere hoogte, door het (financiële) management worden beïnvloed. Het zal ook afhangen van externe omstandigheden zoals locatie en technische staat van het vastgoed en de mate van regionale concurrentie (Jeurissen, 2006).

De overgang van investeringsbekostiging, door kapitaallastenvergoeding, naar exploitatiebekostiging kan leiden tot terughoudendheid in het uitvoeren van investeringen, aangezien er onzekerheid is ten aanzien van de hoogte van de toekomstige kapitaallasten- of huisvestingsvergoeding. De Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) heeft zich in een reactie ook kritisch uitgelaten over de prominente rol die het Waarborgfonds Zorg (WfZ) zal krijgen in de borging van vastgoed. De NVB geeft ook aan dat het garantiefonds zowel een dempende werking heeft op de ondernemingszin. (De Wildt, 2006)

In het beleidskader komt duidelijk naar voren dat de overheid binnen de zorgsector een toenemende marktwerking tot stand wil brengen. Zij wil de zorgsector doelmatiger maken, maar ook betaalbaar houden. Door de toelating van nieuwe (commerciële) aanbieders op de markt en de verbreding van het werkterrein van zorgverleners (van sec zorg naar dienstverlening) zal er beleidsmatig een goede stap in de richting gedaan worden. Duidelijk is dat huidige zorginstellingen ook meer moeten gaan privatiseren en zij zullen hun beleid op de huidige ontwikkelingen moeten aanpassen. Uit onderzoek van verschillende onderzoeksbureaus blijkt dat zorginstellingen meer met de bril van morgen naar hun vastgoed moeten kijken. In de volgende paragraaf zal in kaart worden gebracht hoe zorginstellingen moeten inspelen op de veranderingen.

2.3 Vastgoedbeleid voor zorginstellingen

Sinds 40 jaar is dit de grootste stelselwijziging in de zorgbouw. Vanuit de sterk, door het Rijk, gestuurde huisvesting is dat een flinke sprong. Om die sprong succesvol te laten verlopen is een overgangperiode in het leven geroepen om dit geleidelijk te laten overvloeien. In de overgangperiode worden een aantal stappen gezet naar de toekomstige situatie. Er wordt een gemiddeld tarief bepaald voor de bekostiging van het huidige bezit. Op deze manier krijgen instellingen meer inzicht in het vastgoed. Hierbij zal het tarief ook gedifferentieerd worden naar de functie. Uiteindelijk zullen instellingen risico gaan lopen over kapitaallasten en zullen investeringen veel meer door rendement worden gedreven. De zorginstellingen worden verantwoordelijk voor alle bezettingsverschillen, de financieringskosten van het kapitaal, voldoende rendement op de aanwending van het kapitaal, het managen van toekomstige veranderingen in kapitaalsbehoefte, van de instellingsbehoefte en van de instellingspositie op de kapitaalmarkten, alsmede een meer marktgericht balansbeheer. Bij dit laatste aspect behoort ook het oplossen en beheersen van de zogenoemde 'boekwaardeproblematiek'. Dit houdt in dat bezittingen tegen een te hoge waarde op de balans staan. (Bartels en van Schaik, 2004)

De meeste instellingen hebben de huisvesting in eigendom en het beheer daarvan in eigen handen. Vaak wordt het technische/facilitaire beheer wel uitbesteed, maar de administratieve kant voert men zelf uit. Grote instellingen maken meer gebruik van facilitaire diensten die de gehele huisvesting verzorgen. Strategische beslissingen, zoals investeringsbeslissingen, worden op directieniveau genomen. Vanuit de overheid wordt er nog wel enige toezicht gehouden door het Cbz. De lange termijn huisvestingsplannen (LTHP) en de ingrijpende bouw- en verbouwplannen in de WZV-gebouwen moeten veelal worden afgestemd met het Cbz. Het vastgoed mag niet zonder toestemming van het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen (Csz) worden verkocht. Eventuele opbrengsten moeten weer geïnvesteerd worden in de instelling. Het College kan ook bepalen dat de boekwinst geheel of gedeeltelijk moet worden teruggestort in de AWBZ-kas. Ook de ruimte om te investeren voor ziekenhuizen is beperkt, het is zelfs noodzakelijk om voor omvangrijke investeringen vergunningen aan te vragen bij Cbz. Alle vastgoedinvesteringen in de care, die binnen Csz en Cbz worden gedaan, worden tot nog toe via zorgverzekeringen en via de AWBZ bekostigd, en worden gefinancierd op de kapitaalmarkt. Veel daarvan zijn verstrekt met garanties van gemeente of provincie. In toenemende mate hebben zorginstellingen hun financiering geborgd via het Waarborgfonds Zorg (Wfz). Inmiddels is er door de Wfz ongeveer 6 miljard Euro aan leningen geborgd.

In de WTZi valt een deel van de bouw onder het bouwregime (en daarmee onder de bouwprocedure via het Cbz) en een ander deel valt buiten het bouwregime. In de volgende vormen van bouw verandert er nagenoeg niets en dat zal onder het bouwregime blijven:

- vervangende nieuwbouw
- uitbreiding van capaciteit zonder bouw
- uitbreiding van het aantal vierkante meters (al dan niet gepaard gaande met renovatie) en in zoverre deze bekostigd niet kan worden uit de trekkingsrechten. Trekkingsrechten zijn toekomstige claims op het bouwkader die gebruikt kunnen worden voor grootschalige instandhoudingsinvesteringen. (Jeurissen, 2006)
- inkrimping van de capaciteit van verzorgingshuizen, gepaard gaande met renovatie.

Door het gewijzigde stelsel behoren zorginstellingen een eigen vastgoedbeleid te voeren. Hierbij is het van belang om de te leveren zorgdiensten en de daarvoor benodigde huisvesting goed af te stemmen, een samenhangend vastgoedbeleid wordt steeds belangrijker. Een samenhangend vastgoedbeleid wordt geformuleerd vanuit de volgende aspecten: langetermijn-huisvestingsplanning, locatiekeuze, portefeuillemanagement, onderhoudsmanagement, prioritering en management van huisvestingsprojecten. Zoals bekend zal dit onderzoek slechts ingaan op de ontwikkelingen met betrekking tot de langetermijn-huisvestingsplanning. Ontwikkelingen in het zorgstelsel zullen hierbij essentieel zijn. Als een gebouw er eenmaal staat, zit de instelling er lange tijd aan vast en dat bepaalt mede de 'kwaliteit' van het zorgproces. De effectiviteit van functies wordt steeds belangrijker en bepaalt mede de toegevoegde waarde van het zorgproces.

Door de toegenomen risico's zal er meer strategisch vastgoedbeleid worden gevoerd. De onderstaande scenario's kunnen het gevolg zijn van het niet goed uitvoeren van een vastgoedbeleid:

- De toegankelijkheid van de zorg kan in gevaar komen bij faillissement van een zorginstelling (ontstaan door niet te exploiteren vastgoed)
- Zorginstellingen kunnen door hun vastgoedkenmerken een ongunstige concurrentiepositie krijgen en er kunnen problemen ontstaan gezien de bestaande verplichtingen. Tevens zal vastgoed invloed hebben op de zorginkoopmarkt, de verzekeraar kan hierop veel invloed uitoefenen.
- Teruglopende kwaliteit van zorggebouwen door onvoldoende investeringen in onderhoud of in nieuwbouw (door te grote nadruk op kostenbeheersing)
- Zorginstellingen onttrekken te veel middelen aan de patiëntenzorg ten behoeve van versterking van hun vermogenspositie.
- Door middel van vervreemding van het vastgoed zoekt de instelling een bestemming buiten de zorg, waardoor budgetverliezen kunnen optreden in de zorg. Echter worden er ook minder kosten gemaakt.

In het kabinetsvoorstel wordt rekening gehouden door dergelijke risico's te waarborgen en vangnetten te hanteren. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van uitzonderingsbepalingen, transitie maatregelen en gedifferentieerde toepassing van maatregelen. Welke uitwerking dit zal krijgen is nog onduidelijk. Hoe dan ook, de veranderingen zullen onvermijdelijk gevolgen hebben wat tot risico's gaat leiden.

In het vervolg van deze paragraaf wordt er een beeld geschetst van toekomstige ontwikkelingen in de huisvesting van de cure en de care. Als kanttekening wordt geplaatst dat dit rapport een beleidsmatig karakter heeft.

2.3.1 Huisvesting voor de cure

In het verleden werd het ziekenhuis hoofdzakelijk benaderd vanuit het perspectief van de aanwezige medisch specialismen en het aanbod van onderzoek- en behandel faciliteiten. De specialismen waren dan ook erg op zichzelf geïntereerd. De laatste jaren hebben nieuwe zorgmodellen, met een groeiende aandacht voor een meer geïntegreerde organisatie van zorgverlening, ten grondslag gelegen aan de bouw van nieuwe ziekenhuizen in Nederland. Hierbij wordt het zorgproces in plaats van de voorzieningen centraal gesteld, op deze manier wordt er steeds meer vanuit het perspectief van de patiënt gedacht. Een

ander kernpunt is dat de geleverde zorg van het ziekenhuis steeds beter zal gaan aansluiten bij de geleverde zorg die daarvoor en daarna plaatsvindt. Hiermee verschuift het verlenen van de zorg naar een zo laag mogelijk niveau en zo dicht mogelijk bij de patiënt thuis.

Door het gevoerde beleid van afgelopen decennia, en vooral de verouderde financiering van vastgoed, gaat de gezondheidszorg anders met vastgoed om dan andere economische sectoren. Als er met een marktconforme blik naar het vastgoed van verouderde ziekenhuizen wordt gekeken, kunnen er een aantal opvallende zaken worden uitgelicht. Dit vastgoed is veelal incourant. Ziekenhuisgebouwen zijn specifiek ontworpen gebouwcomplexen. De zelden aansprekend vormgegeven monolieten kunnen alleen tegen hoge kosten een andere bestemming krijgen. Vanuit vastgoed oogpunt zijn meestal alleen de locatie en de omliggende infrastructuur van een ziekenhuis waardevol.

Tevens hebben ziekenhuizen een hoge boekwaarde. Er is dan ook geen enkel verband tussen de vastgoedwaarde en de waarde in het vrije economisch verkeer. De boekwaarde wordt vastgesteld aan de hand van een set theoretische, op technische levensduur gebaseerde afschrijvingsregels en komt daarmee nagenoeg alle ziekenhuizen veel hoger uit dan de reële markteconomische waarde van het vastgoed. De boekwaarde wordt kunstmatig hoog gehouden. Een hoge boekwaarde betekent dan ook dat het lastig is om nieuwbouw te plegen. Er is sprake van kapitaalvernietiging als dat het geval is.

Mogelijke uitwerking nieuwbouw

Het nieuwe stelsel zal een vastgoedbenadering van ziekenhuizen stimuleren. Het Cbz (2005) heeft daarom een modelmatige analyse gemaakt van de functies van een basisziekenhuis die kunnen worden geclusterd. Uit de analyse komt naar voren dat het ziekenhuis kan worden onderverdeeld in drie schillen:

1. de 'hot floor' met alle kapitaalintensieve functies die uniek zijn voor de ziekenhuisfunctie. Dit zijn onder meer de operatiekamers, de beeldvormende diagnostiek en de intensive care;
2. de 'low care'-verpleegafdelingen, waar, naast verzorging, de hotelfunctie voorop staat.
3. alle kantoorvoorzieningen, administratie, stafafdelingen en de polikliniek. Het is de vraag of polikliniekfuncties niet in gewone kantoorvoorzieningen ondergebracht kunnen worden.

Deze schillen omvatten substantiële delen van de ziekenhuisoppervlakte. Het opdelen van de functies kan nieuwe openingen bieden voor toekomstige flexibiliteit. Door het 'uitpellen' van de kerncompetenties van het ziekenhuis kan reductie worden bereikt van de huidige vloeroppervlakte op de hoofdlocatie. Op deze manier kan de hoofdlocatie overwegend worden bestemd voor de zorgfuncties die tot de kerncompetenties van een ziekenhuis behoren. Het verdelen van een ziekenhuis over verschillende locaties en gebouwen levert de noodzakelijke flexibiliteit op in de vastgoedstrategie van een ziekenhuis. Zo stellen de verschillende onderdelen van een ziekenhuis elk hun technische eisen aan de huisvesting, maar door de benodigde flexibiliteit wordt ook verwacht dat vrijwel het hele gebouw geschikt moet zijn om hoogcomplex onderdelen te huisvesten. Gevolg hiervan is dat de afstootbaarheid van het ziekenhuis ernstig wordt beperkt en wordt er een hoge bouwinvestering gevraagd. (Czb, 2005)

Deze gevolgen zijn vermijdbaar, voor hoogcomplex functies bestaat over het algemeen geen behoefte aan uitbereiding die eventueel voorhanden is. Het toepassen van gebouwdifferentiatie is in veel gevallen een reëel alternatief. Dat wil zeggen dat de functionele structuur van het ziekenhuis wordt verdeeld tot enkele clusters van gelijksoortige functies. Elk cluster wordt in een gebouw of gebouwdeel ondergebracht. Elk gebouw of gebouwdeel kan hierdoor specifiek afgestemd worden op de eisen van de te huisvesten functies. Spreekruimtefaciliteiten vereisen bijvoorbeeld niet of nauwelijks bijzondere voorzieningen en kunnen grosso modo als kantoorfuncties worden beschouwd. Deze differentiatie kan op verschillende wijzen worden uitgewerkt. Een denkbare variant zijn enkele specifieke gebouwen op één locatie. Een andere mogelijkheid is het spreiden van functies over meer dan één locatie.

Als voorbeelden van gebouwdifferentiatie kunnen worden genoemd een facilitair en logistiek centrum, laboratoria en apotheek in samenwerking met andere zorgverleners buiten de hoofdlocatie. Ook patiëntgebonden functies met eenvoudige bouwtechnische eisen, zoals eenvoudige poliklinische diagnostiek, kunnen worden uitgeplaatst.

Zo blijft een kernziekenhuis over, dat in hoofdzaak functies met bouwtechnisch zware eisen huisvest.

Voorwaarde is dat moderne communicatietechnieken deze fysieke spreiding van een ziekenhuis mogelijk

maken. Het verdelen van een ziekenhuis over verschillende locaties en gebouwen levert de noodzakelijke flexibiliteit in de vastgoedstrategie van een ziekenhuis. In de toekomst zullen er steeds meer vormen van bouw ontstaan in het zorgvastgoed, waarbij de Colleges steeds minder belangrijk worden. Dit betekent voor zorginstellingen enerzijds meer vrijheid, maar anderzijds zullen er meer vormen ontstaan dat ten goede kan komen aan de zorg.

2.3.2 Huisvesting voor de care

Er is een verschil te maken tussen het vastgoed dat geheel facilitair is voor de te leveren zorgdiensten en het zorgvastgoed dat ook een woon- en soms ook een werkfunctie heeft voor de consument. Tot dat laatste zijn grote delen van de care sector te rekenen. Niet alleen is de care een heel andere sector dan de ziekenhuizen, het maakt ook gebruik van andere verschijningsvormen van vastgoed. Qua strategisch vastgoedbeleid zijn er dan ook duidelijke verschillen aan te geven. Binnen de care is er een grote verscheidenheid aan doelgroepen/zorgvragers met uiteenlopende zorgbehoeften. Hierdoor ontstaan er verschillen in ruimtebehoefte, afwerkingniveau en vormgeving. Anders dan bij ziekenhuizen, is naast zorg ook wonen een belangrijk onderdeel van het primaire proces. Tevens kan er een activiteitenfunctie onderscheiden worden. Er is ook sprake van een grote verscheidenheid aan eigendom en huursituaties. De voormalige instellingen in de AWBZ (verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg) worden nu gecategoriseerd naar drie categorieën verblijf. Dit zijn licht, zwaar en beveiligd, waarbij de bouw van een verblijf gekoppeld wordt aan de zorgbehoefte van de zorgvragers. Uiteraard zijn er ook combinaties mogelijk. Naast deze categorieën kunnen instellingen ook zorg aanbieden in vastgoed dat in de semi- of extramurale sfeer valt of functies aanbieden zoals dagbehandeling. Er blijken in de praktijk veel verschillende soorten voorzieningen te zijn, waardoor het moeilijk is om eenduidige omschrijving te geven. Onderstaande tabel geeft een schematische verdeling van vastgoed in segmenten, naar bekostiging verblijfsfunctie in de toekomstige situatie.

	Intramuraal	Semi-muraal	extramuraal
Verpleging	Verpleeghuis	Kleinschalig wonen	Thuiszorg
Verzorging	Verzorgingshuis	Kleinschalig wonen	Woonzorg-complex/thuiszorg
Gehandicaptenzorg	Zorginstelling	Kleinschalig wonen GVT	Thuiszorg
GGZ	Zorginstelling	Kleinschalig wonen RIBW	Ambulante zorg
	Bouwregime WTZi	Geen bouwregime	Geen bouwregime
	Bekostiging AWBZ	Bekostiging AWBZ	Geen bekostiging AWBZ, wel WMO

Tabel 2.2 Verdeling AWBZ segmenten naar bekostiging naar verblijfsfunctie.

Bron: De Wildt, 2006

De intramurale voorzieningen vallen, zoals in de tabel te zien is, onder het bouwregime van de WTZi. Het zorgvastgoed in het extramuraal segment blijft beperkt tot de zorginfrastructuur. Dit laatste zijn algemene ruimtes van zorgorganisatie en de beperkte zorgvoorzieningen. Het Cbz voert een marginale toets uit (bouwkundig en financieel). CTG-ZAio draagt zorg voor de vergoeding van de huisvestingslasten. De woonvoorzieningen/verblijfsfuncties in zowel het intramurale, het extramuraal als het tussensegment kunnen aansluiten op de zorginfrastructuur. Kern van de huisvesting in de care is de sterk veranderde opvatting over de combinatie van wonen en zorg. De tendens, extramuralisatie, is dat men langer in de eigen woonsituatie wil verblijven. (De Wildt, 2005)

Mogelijke uitwerking nieuwbouw

De verschillende care functies kunnen grofweg in drie hoofdfuncties worden onderverdeeld, te weten: de woon-, activiteiten- en kantoorfuncties.

<i>Woonfunctie</i>	<i>Activiteitenfunctie</i>	<i>Kantoorfunctie</i>
appartementen, groepswoningen, afdelingen binnen zelfstandige instellingen, reactiveringsafdelingen binnen / annex ziekenhuizen	recreatiezalen, multifunctionele ruimten, ruimten voor dagactiviteiten en dagbesteding, inloopcentrum, ruimten voor fysiotherapie, psychomotorische therapie, ergotherapie, psychosociale zorg, enz.	spreek- en werkkamers artsen en paramedici, onderzoek- en behandelkamers, ruimten voor personeel

Tabel 2.3 Gebouwdifferentiatie naar care functies.
Bron: Cbz, 2005

Door de kleinschalig wordende voorzieningen zijn veel kantoorachtige voorzieningen gecentraliseerd. Het Cbz signaleert dan ook een toename van het aantal centrale kantoren, centrale keukens en andersoortige gedeelde voorzieningen, zowel voor individuele instellingen als voor meerdere instellingen samen. Activiteiten kunnen in principe plaatsvinden in ruimten die inzetbaar zijn voor meerdere functies, waarvan de woonfunctie de grootste is. De meeste vormen van activiteiten moeten gegeven kunnen worden binnen een bepaalde hoeveelheid gegeven ruimten. Deze ruimten kunnen bij voorkeur worden gekoppeld, zodat een variëteit aan activiteiten plaats kunnen vinden. Hiermee kan de bezettingsgraad hoog gehouden worden. Er zal als het ware multifunctioneel gebouwd moeten worden.

2.4 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn de beleidsmatige ontwikkelingen en de effecten voor het vastgoed uitgebreid aan bod gekomen. De kapitaallastenbrief en de invoering van de WTZi zijn op dit moment de belangrijkste nieuwe kaders voor het vastgoedbeleid van zorginstellingen. De veranderingen in 2006 kunnen gezien worden als een opmaat voor het nieuwe stelsel, of beter gezegd als overgangsfase. Het doel van de beleidsveranderingen is om het geïntegreerd strategisch zorg- en vastgoedbeleid van zorginstellingen te bevorderen, het versterken van corporate governance en het verbeteren van de vermogenspositie van de instellingen. Het normatieve systeem zal verdwijnen en daarvoor in de plaats komt kostprijswerking en onderhandelingsruimte. Gevolg hiervan is dat de kapitaallasten verwerkt zullen worden in de kostprijs van zorgdiensten. Uiteindelijk zal er een vraag/aanbod markt ontstaan waarbij er meer te onderhandelen valt. Deze vraag/aanbodmarkt zal bepaald worden door een spel van netwerken, waarbij de overheid zal blijven reguleren. Bestaande financieringssystematieken ontmoedigen de opbouw van vermogen door zorginstellingen. In het volgende hoofdstuk worden de marktontwikkelingen uiteen gezet. Hierdoor zal inzichtelijk worden of er daadwerkelijk instellingen zijn die zich de marktwerking kunnen veroorloven c.q. bewerkstelligen. Concluderend voor dit hoofdstuk worden een aantal kenmerkende verschillen weergegeven tussen zorgvastgoed in de traditionele aanbodsturing en in de nieuwe (gereguleerde) marktwerking.

<i>VAN aanbodsturing</i>	<i>NAAR gereguleerde marktwerking</i>
Zekerheden	Kansen en risico's
Goedkeuring vragen	Verantwoordelijkheden nemen
Normen en maatstaven als basis voor bouwplannen	Businessplan als basis voor bouwplannen
Nacalculatie van goedgekeurde investeringen (Te hoge) boekwaarde, berekend op basis van technische levensduur	Integraal budget, inclusief huisvestingscomponent (reële vastgoedwaarde, berekend op basis van economische levensduur)
Grotendeels in eigendom	Alleen strategisch deel in eigendom
Maximaliseren van de oppervlakte en investeringen	Optimaliseren van exploitatie / minimaliseren van integrale kostprijs
Monofunctionele huisvesting	Flexibele aanpasbare huisvesting
Investeringsstoetsing door College bouw Ziekenhuisvoorzieningen	Investeringsstoetsing door kapitaalverstrekkers

Tabel 2.4 Gevolgen van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking
Bron: Fritzsche e.a., 2004

Hoofdstuk 3 Marktontwikkelingen in de zorgsector

In het vorige hoofdstuk is het beleid voor zorginstellingen uitgebreid besproken. In dit hoofdstuk zal de zorg zelf centraal staan. Hiermee wordt bedoeld dat de marktontwikkelingen worden belicht, zowel aan de vraag- als de aanbodzijde. Hiermee zal duidelijk worden welke ontwikkelingen daarbinnen gaande zijn en welke invloed dat heeft op het vastgoed. Tevens zal duidelijk worden in hoeverre zorginstellingen het toekomstige beleid al kunnen dragen. Loopt de markt achter of zijn de beleidsmakers te ambitieus?

3.1 Ontwikkelingen aan de vraagzijde

Naast het beleid vinden er meer ontwikkelingen plaats die van invloed zijn op de zorgsector. In deze paragraaf zal de vraagzijde van de zorg aan de orde komen. Vragers van zorg zijn consumenten, dit gebeurt veelal niet direct, maar via zorgverzekeraars. Desondanks hebben de ontwikkelingen aan de vraagzijde wel veel consequenties voor de zorgmarkt.

3.1.1 Demografische ontwikkelingen

Afnemende bevolkingsgroei

Op 1 januari 2005 telde Nederland 16,3 miljoen inwoners. In 2035 zal volgens de prognose het maximale aantal van 17,05 miljoen bereikt worden. De bevolking neemt dus nog met 750.000 (4,6%) toe. Jaarlijks betekent dit een groei tussen de 30.000 en 35.000 personen. Daarna zal de groei sterk afnemen. De natuurlijke groei van de bevolking (geboorte minus sterfte) neemt de komende jaren af. Het buitenlandse migratiesaldo (immigratie minus emigratie), dat de afgelopen jaren negatief was geworden, neemt de komende jaren weer toe. Na de recente daling van 133.000 immigranten in 2000 naar 92.000 in 2004, wordt voor de komende jaren weer een geleidelijke stijging van de immigratie verwacht tot 116.000 per jaar. Ten aanzien van emigratie, die gestegen was van 97.000 in 2000 naar 111.000 in 2004, wordt weer een geleidelijke, maar continue daling verwacht. Bij deze veronderstellingen neemt het huidige vertrekoverschot weer af en zal vanaf 2010 weer een toenemend vestigingsoverschot ontstaan. Vanaf 2035 zal dit vestigingsoverschot echter niet meer voldoende zijn om het sterfteoverschot te compenseren en zal de bevolking in omvang gaan dalen. (Otter, Heida, 2005)

Toenemende vergrijzing

Nederland werd de afgelopen decennia geconfronteerd met vergrijzing en ontgroening. Het percentage ouderen nam toe en het percentage jongeren af. In de komende jaren zal vooral de vergrijzing doorzetten. Het aantal 65-plussers zal in de komende 30 jaar sterk toenemen, van 2,28 miljoen in 2005 naar 4,0 miljoen in 2035. In deze periode groeit het aantal 65-79 jarigen van 1,7 miljoen naar 2,9 miljoen. Het aantal 80-plussers groeit van 0,57 miljoen naar 1,08 miljoen. Op korte termijn is de daling van het aantal dertigers opvallend en dan met name de categorie van 30-34 jaar. Tussen 2005 en 2010 zal het aantal 30-34 jarigen met 200 duizend afnemen (min 16,8%). Deze daling is een direct gevolg van de daling van de geboorteaantallen in de eerste helft van de jaren '70.

Jaar	Aantal inwoners (x miljoen)	Inwoners naar leeftijd naar verhouding (%)		
		0 tot 20 jaar	20 tot 65 jaar	65 jaar of ouder
2006	16,3	24,3	61,4	14,3
2010	16,4	23,7	61,0	15,3
2015	16,6	22,7	59,6	17,7
2020	16,7	22,0	58,4	19,6
2025	16,9	21,3	57,3	21,4
2030	17,0	21,4	55,4	23,3
2035	17,0	21,6	53,8	24,6
2040	17,0	21,7	53,2	25,0
2045	16,9	21,7	54,0	24,4
2050	16,8	21,6	54,8	23,6

Tabel 3.1 Leeftijdverhouding van de bevolking

Bron: CBS, 2006

Nederland zal de komende veertig jaar steeds meer vergrijzen. In 2005 was het totale aantal 65-plussers in Nederland nog ongeveer 2,3 miljoen, in 2040 zal dit al 4,1 miljoen zijn (IVBN, 2005). De demografische ontwikkeling is enerzijds de toename van het aandeel ouderen in de totale bevolkingsopbouw, en anderzijds bereiken ouderen ook steeds een hogere leeftijd. Dit wordt dubbele vergrijzing genoemd en zal een grote impact hebben op de Nederlandse maatschappij.

Het belang van de wensen en behoeften van ouderen zal toenemen. Door de vergrijzing nemen ook de ouderdomsgerelateerde aandoeningen toe, zoals osteo-arthrose en staar. Daarnaast neemt ook het aantal chronische patiënten toe, zoals diabetes en dementie. Naar verwachting zullen deze patiëntengroep tot ruim 40% groeien in 2020. (Verweij, 2006) Wel moet er rekening worden gehouden dat vergrijzing ook regionaal gebonden is. Oudere mensen hebben vaak de behoefte om naar buitengebieden te trekken.

Levensverwachting

De procentuele toename van het aantal 65-plussers bij mannen is bijna twee keer zo groot als bij vrouwen. Dit komt onder andere doordat de levensverwachting van mannen meer toeneemt dan die van vrouwen. Absoluut gezien blijft het aantal vrouwen onder de 65-plussers wel groter dan het aantal mannen. Volgens de CBS-bevolkingsprognose 2002 neemt de levensverwachting van mannen bij de geboorte toe van 75,5 jaar in 2000 (en 76 jaar in 2002) naar 78 jaar in 2020. Bij vrouwen wordt een stijging verwacht van 80,6 jaar in 2000 (en 80,7 jaar in 2002) naar 81,1 jaar in 2020. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen loopt dus terug van 5,1 naar ongeveer 3 jaar. Dat er meer 65-plussers zijn betekent nog niet dat de behoefte aan zorg relatief meegroeit. Er is dan sprake van 'cost of dying', dit houdt in de laatste twee jaren van een mensenleven juist erg zorgbehoevend is. De grens wanneer mensen meer zorg nodig hebben wordt steeds meer uitgesteld en daarom is het nog niet zo dat de behoefte aan zorg relatief zal stijgen naarmate het aantal 65-plussers. Niet alle ouderen hebben tegenwoordig even snel zorg nodig.

Multiculturele bevolkingssamenstelling

Door deze demografische ontwikkelingen en het ontstaan van een meer multiculturele bevolkingssamenstelling, is er meer vraag naar zorg met een grotere diversiteit. Momenteel zijn er nog relatief weinig allochtone ouderen in Nederland, maar dat zal snel groeien. Er zijn aanwijzingen dat de gezondheid van allochtone ouderen slechter is dan die van autochtone ouderen, omdat bij allochtone ouderen diverse factoren worden gevonden die doorgaans samenhangen met een slechte gezondheid, zoals een lage opleiding en een laag inkomen. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de zorg voor allochtone ouderen minder toegankelijk is dan voor autochtone ouderen. Zo maken allochtone ouderen minder gebruik van de thuiszorg dan autochtone ouderen Dit zal zeker zijn weerslag geven op de behoefte aan wonen, zorg en welzijn. (Schellingerhout, 2004)

3.1.2 Maatschappelijke ontwikkelingen

Bovenstaande ontwikkelingen zijn de belangrijkste redenen die aan te wijzen zijn waarom de zorgbehoefte de komende jaren sterk zal veranderen. De behoefte aan zorg is ook aan andere verandering onderhevig. Niet alleen het volume zal stijgen maar ook in complexiteit en differentiatie neemt de vraag toe. Maatschappelijke verschuivingen in Nederland zijn daarvoor vooral debet aan.

Inkomsten

De komende tijd zijn diverse maatregelen noodzakelijk om aan de wensen en behoeften van consumenten te kunnen voldoen. Op sommige vlakken, bijvoorbeeld de financiering van de pensioenen, zullen deze maatregelen zelfs ten koste gaan van ieders belang of van de hogere eigen bijdragen van jongeren. De inkomenspositie van de komende groep ouderen is beter dan de ouderen van nu. Zowel de besteedbare inkomens als de gemiddelde vermogens van toekomstige ouderen zullen hoger zijn. De gestegen huizenprijzen zijn hier vooral debet aan. Dit betekent niet dat ouderen vanzelfsprekend meer geld gaan uitgeven, maar de mogelijkheid hebben zij nu meer dan de generatie hiervoor (IVBN, 2005). Mensen hebben tegenwoordig en naar verwachting ook in de toekomst meer mogelijkheden om gebruik te maken van zorg. Deze groeiende senioreneconomie biedt marktkansen voor producten op het terrein van leven, zorg, wellness en leisure.

Individualisering 'patiënt als kritische consument'

De moderne consument wil niet alleen technisch en professioneel goed worden behandeld, maar wil ook dat er zo veel mogelijk rekening wordt gehouden met de leefomgeving waarin begeleiding en voorlichting wordt gegeven. Consumenten kunnen uit een scala van zorgbehandelingen met daarbij horende service-levels kiezen. Lange wachttijden en stijgende kosten leiden ook tot groeiende ontevredenheid. Als gevolg van het steeds hogere opleidingsniveau van de Nederlander en de steeds grotere toegang tot informatie, door bijvoorbeeld computergebruik en internet, worden consumenten steeds kritischer. Er wordt meer en beter nagedacht over de wensen op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Dit geldt met name voor ouderen, deze groep heeft behoefte om een woonomgeving te zoeken die aan verschillende eisen voldoet, en daarom zal in elk woongebied een goed basispakket zorgvoorzieningen aanwezig moeten zijn. De patiënt is dus steeds kritischer, stelt hoge eisen aan de kwaliteit, wil graag zoveel mogelijk thuis zorg ontvangen en is veelal bereid extra te betalen voor aanvullende dienstverlening (Bijsterveld, 2005).

Pluriformiteit

Een toename van de zorgvraag komt ook tot stand door de vermaatschappelijking van de zorg aan lichamelijke en verstandelijke gehandicapten en psychiatrische patiënten. De pluriformiteit van de patiënten en de specifieke vraagstukken nemen toe. Veel van deze doelgroepen hebben naast woonruimte zorg nodig. Vroeger werden deze mensen als het ware uit de maatschappij gehaald. Tegenwoordig wordt er voor deze doelgroepen zoveel mogelijk woonruimte gerealiseerd in gewone woonwijken, vaak in kleinschalige woonprojecten. Ook de groei van het aantal dementerenden leidt ertoe dat de vraag naar kleinschalige projecten zal toenemen. Voor deze doelgroep blijft ook gespecialiseerde zorg nodig. (www.kcwz.nl)

Zoals eerder vermeld zal door de toename van het aantal allochtonen (met name in de grote steden) de vraag toenemen. Daarbij komt dat er ook veel communicatieproblemen kunnen ontstaan. Door de diverse behoefte aan zorg zal meer pluriformiteit in de zorg ontstaan.

Extramuralisatie

In het vorige hoofdstuk is de term extramuralisatie al naar voren gekomen. Hierin werd weergegeven dat de overheid extramuralisatie stimuleert. Feitelijk is het zo dat senioren zelf langer zelfstandig willen blijven wonen en langer willen participeren in de maatschappij. Een verzorgingshuis is pas van toepassing als zij echt zware zorg nodig hebben. Totdat er zware zorg nodig is wil men wel keuzevrijheid hebben in de consumerende zorg. De thuiszorg en allerlei andere mogelijkheden van zorg zal hierdoor toenemen. Gezondheidscentra op buurtniveau zullen hierbij een belangrijke aanbieder van zorg zijn. Gevolg hiervan is dat er minder verzorgingshuizen, maar een meer specialistische karakter krijgen.

Toename welvaartsziektes

Een verwachting van het World Health Organisation (WHO) is dat er een toename zal ontstaan in non communicable diseases (welvaartsziektes), zoals suikerziekte en obesitas. Hierdoor zal er meer behoefte zijn aan gespecialiseerde klinieken.

3.2 Ontwikkelingen aan de aanbodzijde

In deze paragraaf worden de ontwikkelingen besproken die zich binnen de aanbodzijde van de zorg plaatsvinden. Dat wil zeggen de ontwikkelingen vanuit zorginstellingen zelf. Wederom is hierbij gebruik gemaakt van de zorgverdeling cure en care.

3.2.1 Ontwikkelingen in de cure

In deze paragraaf worden de ontwikkelingen in de cure behandeld. Althans de ontwikkelingen die invloed kunnen hebben op de huisvesting van de cure zorginstellingen.

Verandering van het karakter

De scheiding van de zorgfuncties heeft tot gevolg dat er schaalvergroting optreedt en dat de functies van ziekenhuizen steeds meer uit elkaar worden getrokken. Hiermee verandert het karakter van het ziekenhuis van een 'alles in een ziekenhuis' naar een meer gedifferentieerd ziekenhuis.

Verder vindt er een verschuiving plaats van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg, hierin staat de patiënt centraal. In deze consumentgerichte markt wordt het aanbod van ziekenhuiszorg steeds gedifferentieerder. Gefuseerde ziekenhuizen concentreren specifieke functies op één locatie. Tegelijkertijd wordt zorg steeds vaker poliklinisch en in dagbehandeling verleend; het aantal ziekenhuisopnamen en het aantal verpleegdagen daalt al jaren. (Cbz, 2005)

Een andere belangrijke ontwikkeling is het ontstaan van nieuwe zorgmodellen. In infrastructureel opzicht ontstaat er door deze ontwikkelingen een meer netwerkmachtige organisatie. Deze netwerkmachtige vorm kan dan uitgewerkt worden in de vorm van een hoofdlocatie met kleinere centra eromheen. Hiermee is de ordening naar echelons (organisatieniveau in de hulpverlening) minder gebruikelijk en wordt er rekening gehouden met de kritische consument. Aan elke keten kan een thema (care product) gekoppeld worden, te denken valt aan een obesitas-kliniek. In de keten nemen dan verschillende zorgaanbieders plaats en op deze manier kan er efficiënter zorg verleend worden. Hierdoor zullen er ook veel instellingen ontstaan die werkzaam zijn in verschillende zorgcategorieën. De indeling van de instelling zal een essentiële factor zijn voor het functioneren daarvan. Organisatorisch zal er veel gaan veranderen.

Meer vraag naar flexibiliteit

Vastgoed heeft een grote invloed op de effectiviteit, de efficiëntie en de flexibiliteit van een ziekenhuis. Naast de logistieke efficiency van zorgprocessen, kan vastgoed ook invloed hebben op de kwaliteitsbeleving en het welbevinden van medewerkers en patiënten. Het vastgoed zal dan ook op een dergelijke manier ingezet worden. De prijs/prestatieverhouding van het vastgoed wordt een belangrijk strategisch instrument. Tevens wordt de behandeltijd van de zorgverlening ook steeds korter. Dat hoeft niet per definitie te leiden tot goedkopere huisvesting, maar zeker wel tot efficiëntere gebouwen met een hoge benuttingsgraad. (Fritzsche e.a., 2004).

Vergaande (Informatie- en Communicatie) technologie

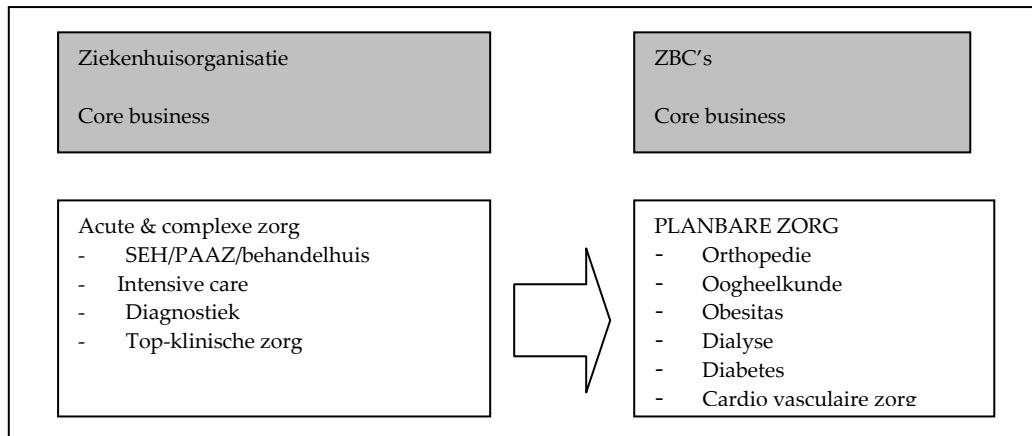
Door de medisch-technologische vooruitgang is de verpleegfunctie van het ziekenhuis naar de achtergrond verschoven ten gunste van behandeling en diagnostiek van patiënten. De ICT (Informatie -en Communicatie Technologie) wordt ook steeds meer een bepalende factor in de organisatie, delen van het zorgproces worden steeds meer onafhankelijk van elkaar. Het denken over deconcentratie beperkt zich niet alleen tot zorgvoorzieningen. Ook zorgondersteunende (Centrale Sterilisatie Afdeling, laboratoria) en facilitaire voorzieningen (keuken, schoonmaak en dergelijke) hoeven niet meer vanzelfsprekend onderdeel uit te maken van het 'alles in één-ziekenhuis'.

De ICT zal vergaande ontwikkelingen doormaken die sterke invloed hebben op de primaire zorg. Een voorbeeld is het zogenaamde telemedicin waarbij artsen op afstand met elkaar kunnen samenwerken. Een concentratie van het ziekenhuis zal niet meer nodig zijn door de sterke invloed van ICT. In de toekomst verwacht Brinkman, voorzitter Nictiz, dat Nederland de mogelijkheden van telemedicin ook zal gebruiken voor de dagelijkse zorg en niet alleen om operaties op afstand uit te voeren. Er zijn veel mogelijkheden met betrekking tot het bestellen van medicijnen, interne informatieverkeer in ziekenhuizen en andere zorginstellingen. De ontwikkelingen in de ICT zijn schaa sprongen en efficiëntieslagen die een enorm voordeel zullen opleveren. (Vlugt, 2003)

Commercialisering

De stelselwijziging biedt naast de negatieve kanten ook vele kansen. De meeste zorginstellingen zoeken op dit moment samenwerking met elkaar of met woningcorporaties en in mindere mate met marktpartijen. Steeds meer zorginstellingen zoeken de samenwerking met marktpartijen. Het nieuwe zorgstelsel zal hier uiteraard wel een bijdrage aan leveren. Zorginstellingen worden gedwongen commerciëler te gaan denken en om op zoek te gaan naar nieuwe afzetmarkten.

De ontwikkelingen in de cure sector hebben er toe geleid dat er ruimte is voor nieuwe ontwikkelingen en andere zorgdiensten. Als gevolg hiervan ontstaan onder andere Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's). Deze centra omvatten planbare zorg, waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen. Door spreiding van activiteiten en door een verhoging van de flexibiliteit in de zorgproductie kan een ZBC sneller functioneren. Deelname van het ziekenhuis in een ZBC leidt dus ook tot het sneller leveren van resultaten. In onderstaande figuur wordt weergegeven op welke zorg ZBC's zich richten vergeleken met de traditionele zorg.



Figuur 3.1 Vergelijking zorg van ziekenhuizen en ZBC's.
Bron: TCN Cares, 2005.

Het ziekenhuis kan gezien worden als een warenhuis, waarin acute en planbare zorg is. Uit de tabel blijkt dat ZBC's vooral gericht zijn op de planbare zorg en niet zo zeer een concurrent zijn voor de werkzaamheden in de acute zorg. De opkomst van deze klinieken betekent onzekerheid voor de concurrerende zorgaanbieders. Ziekenhuizen zien de genoemde ontwikkeling ook en gaan nu ook ZBC's in de vorm van BV's of stichtingen starten. Ziekenhuizen worden belet door de overheid om onder dezelfde rechtspersoon een ZBC te starten, dit ter voorkoming van het weglekken van maatschappelijk geld. Zij proberen zich te specialiseren en/of nieuwe niches ontdekken. Ziekenhuizen hebben al een tekort aan ruimte dus het is positief dat delen van zorgdiensten op nieuwe plekken terecht komen. Tevens ontstaat er ook meer samenwerking tussen ziekenhuizen en private partijen. Zolang de specialismen niet te veel overeenkomen zal deze weinig invloed hebben op de bezettingsgraad voor vergelijkbare onderdelen van ziekenhuizen.

3.2.2 Invloed op vastgoed

Zoals aangegeven is de zorg erg in ontwikkeling, zowel vanuit de aanbod- als vanuit de vraagzijde. Er lijken vele kansen aanwezig op de markt. Wel staan hier veel onzekerheden tegenover. In deze paragraaf zal aangegeven worden wat het effect kan zijn van de ontwikkelingen op het vastgoed van de ziekenhuisinstellingen. Instellingen hebben op het moment nog geen idee welke kant het op gaat. Moeten ze exploitant worden of moet de huisvesting in eigendom gehouden worden. Hier bestaat nog veel onzekerheid. Vaak zijn zorginstellingen zelfs opportunistisch en zien ze niet alle risico's op lange termijn. Gebiedsontwikkeling, parkeerruimte, passantenstromen zijn geen aandachtspunten van een zorginstelling. De complexiteit van het vastgoed zal in der loop der jaren nog verder toenemen. Rondom ziekenhuizen is sprake van clustering van instellingen en voorzieningen, in of aan het complex, die ieder eigen vormen van bekostiging kennen. Dit is dan afhankelijk van de toepasselijke regelgeving, het kan ook zijn dat deze functies buiten het zorgkader vallen bijvoorbeeld parkeren, winkels of privé-klinieken. (De Wildt, 2006) Vanwege de complexiteit zal er ook een taak voor private partijen ontstaan, zoals advisering en management van vastgoed(investeringen).

In de toekomst zullen zorgverzekeraars meer met elkaar gaan concurreren. Zij bepalen dan welk zorgaanbod van een ziekenhuis afgenomen wordt. Verzekeraars gaan contracten sluiten met andere ziekenhuizen of met nieuwe toetreders of, kunnen zelf een voorziening (laten) oprichten. In dat geval krijgt men te maken met bezettingsgraden, wat in mindere gevallen leidt tot overcapaciteit. Dit zal leegstand tot gevolg hebben. Op dat moment zijn er kapitaallasten zonder dat daar inkomsten tegenover staan. Uiteraard kan dit ook mogelijkheden bieden voor ziekenhuizen om juist extra te produceren. Ziekenhuizen zullen goed moeten inspelen op de veranderingen in de behoefte. Dit alles vraagt om snel aanpasbaar vastgoed. Er zijn signalen dat zorginstellingen hun vastgoed willen afstoten omdat zij anders teveel verantwoordelijkheid krijgen, dat er voorheen niet was. Nu worden zorginstellingen verplicht om met deze last om te gaan. Het is de vraag of zorginstellingen dit wel willen en/of kunnen. Zorginstellingen met eigen

huisvesting hebben te maken met het omzetrisico, het financiële risico en het restwaarderisico. Het omzetrisico houdt in dat de vaste kosten onvoldoende gedekt worden door de baten. Bij het financiële risico kunnen de vaste kosten te hoog worden door rentestijging. Bij een daling van de waarde wordt er gesproken over het restwaarderisico. In het geval dat zorginstellingen huisvesting gaan huren, hebben zij geen vaste huisvestingslasten. Echter zal een zorginstelling huur moeten betalen, maar hierdoor krijgen zij beduidend minder hoge huisvestingsrisico's. De belegger heeft op zijn beurt te maken met een exploitatierisico. Uit de zorgmarkt blijkt ook dat er vraag is naar zekerheid, indien er gebruik gemaakt kan worden van langjarige huurcontracten zijn daar mogelijkheden toe.

Huisvesting was altijd een onderdeel van de bedrijfsvoering van zorginstellingen, het ligt daarom niet voor de hand om vastgoed te huren van marktpartijen. Zorginstellingen hebben wel de capaciteit om hun eigen huisvesting te organiseren. Echter zou dat erg veel tijd en energie met zich mee brengen. Wel blijft het een nieuwe tak van sport. Daarbij komt dat er andere partijen zijn die dat beter kunnen. Er zijn voldoende redenen om, als zorginstelling, niet de huisvesting in eigen handen te willen hebben. Hieronder worden daarvan de belangrijkste genoemd:

- concentratie op de kerntaken van de organisatie
- kostenbesparing
- vermindering kapitaalbeslag
- kwaliteitsverbetering
- flexibiliteit om te kunnen inspelen op veranderingen
- de eigen organisatie is niet in staat goed te vervullen
- risicovermindering
- verschuiving van vaste naar variabele kosten.

Volgens Jeurissen (2006) vormt de kapitaallastcomponent van een ziekenhuis nog geen 10% van de exploitatie. De huisvestingslasten van ziekenhuizen komt neer op 910 miljoen euro per jaar. Fritzsche e.a. (2004) geven als indicatie aan dat het aandeel van vastgoed in de gemiddelde kostprijs van ziekenhuis 'producten' tussen de 10 en de 15% bedraagt. Het indirecte effect is zelfs nog groter. Bij klinische onderdelen zijn 75/80% van de kosten personeelskosten en de rest voor huisvesting en apparatuur. Bij andere zorgonderdelen is het minder, gemiddeld gaat 70% van de begroting op aan personeelskosten. Dit is dan ook de grote oorzaak van de wachtlijstproblematiek. Het is voornamelijk een kwestie van geld en niet van de capaciteit.

Er zijn genoeg gebouwen met een cure zorgbestemming voor de komende jaren waardoor er niet zozeer op meer locaties gebouwd moet worden maar juist op een andere manier. Door instellingen effectiever in te delen zal er voldoende ruimte ontstaan om de nodige vraag te huisvesten. Qua logistiek zal er ook een en ander moeten veranderen. Tegenwoordig moet alle behandelingen bekostigd worden. Indien artsen de targets gehaald hebben is er geen budget meer om andere behandelingen te laten plaatsvinden. Van de operatiekamers staan het merendeel op vrijdagmiddag of aan het einde van het jaar leeg. Het systeem van marktwerking is nog niet geheel doorgevoerd, maar instellingen moeten nu wel inspelen op de veranderingen in het stelsel. Voor vele instellingen zal deze boodschap te laat komen, maar dit komt ten goede van de zorg in zijn geheel. Er zullen instellingen failliet gaan om verborgen overcapaciteit te verminderen en om een waarschuwingssignaal af te geven waardoor anderen het wel erg serieus gaan nemen. Volgens Bisschop zal er dan pas echte marktwerking plaatsvinden en vindt er, zoals nu wel het geval is, geen overheidsinvloed meer plaats.

In Nederland zijn momenteel 140 ziekenhuislocaties en 38 buitenpoliklinieken (Cbz, 2005). Als gevolg van fusies wordt er op termijn een daling van het aantal instellingen verwacht. Schattingen variëren van 40 à 70 ziekenhuisinstellingen in 2014. De afname van het aantal instellingen leidt niet tot een even grote afname van het aantal locaties. In de periode 2005 en 2010 zullen er naar verwachting 122 locaties zijn. Om de spreiding van de zorg te waarborgen, neemt het aantal poliklinische locaties naar verwachting toe. Experts verwachten dan ook dat er een behoorlijke vermindering van wachttijden in ziekenhuizen tot stand zal komen omdat de capaciteit dan beter benut kan worden. Wel moet er tegen verschraling worden gewaakt (Ortomed, 2001).

Door de schaalvergroting gaan ziekenhuizen steeds meer transformeren in netwerkachtige zorgorganisaties en holdings. Tevens zijn er in Nederland categorale ziekenhuizen die overeen komen met algemene ziekenhuizen, met dit verschil dat de behandeling en verzorging zich beperken tot slechts een of enkele

specialismen. Het merendeel hiervan is revalidatiecentra. Deze zorgorganisaties worden omgezet naar commerciële activiteiten. Naast het zorgvastgoed zijn er ook vele ontwikkelingen in zorggerelateerd vastgoed. Samen vormen deze instellingen een nieuw beeld in de zorgomgeving. Voorbeelden daarvan zijn zorghotels, zorgboulevards en zorgparken. Hieronder worden deze nieuwe organisaties behandeld.

Opkomst van zorghotels

Tegenwoordig is men niet lang gebonden aan het ziekenhuis als hotelfunctie, maar laat zich slechts behandelen en keert vrij snel weer huiswaarts. Het ziekenhuis wordt daarmee meer een behandelcentrum en minder een verpleegfunctie. Mensen willen langer zelfstandig wonen waardoor zij na een behandeling toegewezen zijn aan een zorghotel. In deze zorghotels werken ziekenverzorgenden, waardoor er nog goede toezicht blijft op de patiënt. Voor de cure betekent dit een betere doorstroming. Soms willen mensen zelf ook langer blijven, of kunnen thuis nog niet zo goed terecht doordat ze nog enige hulp nodig hebben of angst hebben om naar huis te gaan, terwijl dat vanuit oogpunt van de zorg prima zou kunnen. Tevens zijn mensen meer gesteld op privacy waardoor zij niet meer op ziekenzalen willen liggen maar een kamer voor zichzelf willen. Zorghotels bieden hierin uitkomst. Daarbij is een zorghotel geschikt voor mensen die nog geen zorg nodig hebben, maar wel in de buurt van het ziekenhuis willen zijn voor een behandeling. Het kan zelfs een hotelfunctie zijn voor familieleden.

Opkomst van zorgparken / zorgboulevards

Wanneer de grenzen tussen de kerntaken van de gezondheidszorg en andere voorzieningen, die er eveneens een integraal onderdeel van uitmaken, betrekkelijk vaag zijn dan is het mogelijk om de harde grens tussen ziekenhuis en de maatschappij te integreren. Een steeds groter deel van het ziekenhuis leent zich voor vergaande integratie in de samenleving. In plaats van de onderdelen te clusteren in steeds grotere, geïsoleerde en van de samenleving afkeerde complexen gaat het ziekenhuis meer ontbundelen en gaat op in kleinere eenheden dat samen één geheel uitmaakt van een hoger planniveau. Het doel is het vermaatschappijlijken van de zorg en een de-institutionalisering in de zorg. Hiermee komt ook de marktwerking beter tot zijn recht. Wijkcentra worden geïntegreerd in deze modellen en kan zo als een satelliet werken.

Het ruimtelijk concentreren van verschillende instellingen en bedrijven, die voornamelijk zorggerelateerde producten en diensten aanbieden, worden doorgaans een zorgpark genoemd. Een zorgpark is in feite een gespecialiseerd bedrijvenpark met vergaande onderlinge verbanden en afhankelijkheden. Uit onderzoek (Braak, 2003) blijkt dat niet alleen het zorgparkconcept bij alle ziekenhuisorganisaties reeds bekend is, maar dat circa driekwart van deze ziekenhuisorganisaties ook al concrete plannen heeft om (delen van) zorgparken te gaan ontwikkelen. Grote terreinen waarin een mix van leisure, sport, ontspanning en behandeling zijn wat samen moet komen in een omgeving waar het prettig vertoeven is. Zulke parken kunnen in allerlei vormen ontstaan. Essentie van dergelijke parken is het aanvullen, respectievelijk verdunnen, van de zorgfuncties door de bijplaatsing, op het terrein van het zieken- en/of verpleeghuis of in onmiddellijke nabijheid daarvan, van zorggerelateerde functies. De brug naar de stad wordt geslagen door het functieaanbod verder te verrijken met niet-zorggerelateerde voorzieningen.

De activiteiten die aangeboden worden in een zorgpark kunnen verdeeld worden in vijf functiecategorieën. De eerste functie wordt gezien als kernvoorwaarde die tijdens de ontwikkeling van een zorgpark voor de vier andere functiecategorieën fungeert. De kern wordt gevormd door medische functies op het gebied van cure en care, die binnen het bestaande collectieve gezondheidsstelsel opereren. Deze voorzieningen gelden als het 'primaire proces' en worden aangeduid met de term 'zorgfuncties'. Onder de tweede functiecategorie vallen de preventie en service gerelateerde instellingen en bedrijven die nauw aan de zorgketen gelieerd zijn, bijvoorbeeld een opticien, tandarts, gehoorwinkel, pedicure. De instellingen en bedrijven die de bezoeker en medewerker van het zorgpark faciliteren tijdens het verblijf, worden als derde categorie winkels en dienstverlening bestempeld. Te denken valt aan een kinderopvang, uitzendbureau of bankkantoor. Verblijven, omgeving en recreatie is de vierde functiecategorie die het wonen (korte en lange termijn) in een zorgpark mogelijk en/of plezierig kan maken, zoals een verpleeghuis en zwembad. Ten slotte kan er een functie ontstaan die voortkomt uit de additionele accommodatie. Instellingen en bedrijven kunnen hier hun zorggerelateerde zorgdiensten of producten ontwikkelen en aanbieden. Een conferentieruimte en opleidingsfaciliteiten vallen hieronder.

Naarmate de functiecategorie toeneemt, neemt de mate waarin de functie direct aan zorg gelinkt is af, terwijl de mate van omgevingsgerelateerdheid toeneemt. (Thissen, 2005) Bij nieuwbouwziekenhuizen is er al duidelijk te zien dat er multifunctioneel gebouwd wordt. Het Mesos ziekenhuis in Utrecht bouwt naast het ziekenhuis een kantoorpand, voor het bestuur en de vele stafdiensten, aan de rand van het ziekenhuisterrein. In het Martiniziekenhuis in Groningen is er maar een verdieping die niet alternatief aanwendbaar is, de rest is ingedeeld als kantoorruimte.

3.3 Ontwikkelingen in de care

Binnen de care liggen de komende jaren de meeste kansen voor zorginstellingen in de transitie van de uniforme overheidsgedicteerde zorgoplossing naar individueel maatwerk voor wonen en zorg. Wonen, zorg en welzijn zijn drie componenten die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn in de care. Steeds meer worden deze integraal met elkaar ontwikkeld. Op deze manier is voor ouderen mogelijk zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. Het is dan noodzakelijk dat mensen gebruik kunnen maken van de door hun gewenste voorzieningen op al deze drie gebieden. Onder de component 'welzijn' wordt een uiteenlopend pakket aan diensten en services verstaan, evenals de activiteiten. Zorginstellingen bereiden hun dienstenpakket uit zodat zij kunnen inspelen op de wensen van de consument als het gaat om wonen, zorg en diensten. Een verwachting is ook dat de toekomstige groei meer in het grensvlak van de eerste en tweede lijn te ontwikkelen in plaats van in de tweede lijn. Hiermee ontstaan meer samenwerkingsverbanden met de eerste lijn zorg en zelfs uit tweede lijn zorg. Een consumentengedachte van de toekomst zal dan zijn: welke zorg ga ik kopen en voor welke prijs?

Binnen het vastgoed van deze categorie zal domotica (technologische ontwikkelingen) een steeds meer invloed krijgen en zal daarom ook meer mogelijkheden geven om naar vastgoed te kijken. Doordat er tegenwoordig verbeterde behandelmogelijkheden zijn, kan men langer aangewezen blijven op zorg. Tevens zal door de technologische doorbraken een golf van voorbehandelingen kunnen ontstaan. Wel zal, door de ontwikkelingen aan de vraagzijde, rekening gehouden moeten worden met de veranderende wensen van consumenten. Door de grotere inkomens- / vermogensverschillen zal ook in de toekomst steeds meer verschil ontstaan in de vraag naar zorg. Zorg zal in de toekomst meer gerelateerd worden aan leefstijlen. Zo zou er bijvoorbeeld een welzijnsmodel ontstaan, waarin voor elke leefstijl aparte zorg aangeboden zal worden met verschillende luxeniveaus. Naar verwachting zal er een veelvoud van zorgdiensten en producten op de markt komen. De sector zal naast het veranderende aanbod ook nog meer gaan groeien. Dit is voornamelijk een gevolg van aan aantal mensen met chronische aandoeningen en de dubbele vergrijzing. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu heeft onderzocht dat dementie hiervan de grootste aandoening is.

In 2003 (Sogelée e.a., 2003) is er onderzoek gedaan naar de toekomstige vraag naar zorg. De belangrijkste conclusies van de verschillende categorieën zorg worden in de onderstaande tabel weergegeven:

Zorgvraag	Aantallen (x 1000)			Aantallen (x 1000)		Index (2003 =100)	
	aanbod 2003	vraag 2010	vraag 2015	opgave 2003-10	opgave 2003-15	opgave 2003-10	opgave 2003-15
Zorggroep							
24-uurs nabije zorg	80	96	100	17	20	121	125
zorg op afroep	92	129	163	37	71	140	178
zorg op afspraak	445	485	517	40	72	109	116
totaal	616	710	680	94	164	115	127

Tabel 3.1 Zorgvraag van de verschillende zorgtypes in de periode 2003-2015.

Bron: Sogelée e.a., 2003

Uit tabel 3.1 kan worden afgeleid dat het aanbod van 24-uurs nabije zorg in 12 jaar tijd zal moeten toenemen met 25% om de gevraagde zorg aan te bieden. Ondanks de extramuralisering zal er veel aanbod komen van verzorgingshuizen en verplegingshuizen. Deze instellingen worden meer specialistische instellingen, waar chronische patiënten behandeld kunnen worden.

Binnen de GGZ vindt er juist een omgekeerde situatie plaats. Door extramuralisatie en een vermaatschappelijking van deze groep worden er meer kleinschalige instellingen gecreëerd. In de toekomst zal zorg en wonen nog meer gescheiden worden.

De grootste verwachte groei vindt plaats bij zorg op afroep. Het aanbod hiervan bedraagt 92.000 plaatsen in 2003, terwijl naar verwachting 163.000 personen vragen voor zorg op afroep. De opgave is derhalve 71.000,

zodat de groei van het aanbod naar verwachting 78% moet bedragen om aan de toekomstige vraag te kunnen voldoen. Deze sterke stijging is een gevolg van het feit dat het tekort relatief het grootste is. Bovendien wordt de sterkste groei verwacht in de groep 55 tot 75 jaar, waaronder zich de meeste consumenten voor zorg op afroep bevinden. In de thuiszorg zal er naast de toename van het aanbod ook meer ingespeeld worden op de wensen van de consument.

Het aanbod van zorg op afspraak is verreweg het grootst van de drie typen zorg. De beschikbare zorg bedroeg 445.000 in 2003 en in 2015 zullen 517.000 personen in Nederland vragen naar dit type zorg. Dit houdt in dat het aanbod in de prognoseperiode zal moeten toenemen met 72.000 plaatsen, ofwel met 16%. In een gezondheidscentrum werken verschillende specialismen samen. Bijvoorbeeld een huisarts, wijkverpleegkundige en een maatschappelijke werker. De samenwerking in de gezondheidscentra is in de jaren negentig met de bijdrage van ondermeer fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten, enorm uitgebreid. In 1998 waren er 148 centra met 3.210 hulpverleners die voornamelijk in stedelijke gebieden zitten. Mede door de thuiszorg, waar een enorme schaalvergroting en concurrentie plaatsvindt, is er de komende jaren een toename van deze centra te verwachten. De groei in welzijnsmodellen en gezondheidscentra is een belangrijke oorzaak voor de grote groei in de komende jaren. In deze paragraaf is duidelijk geworden dat het aanbod van zorg enorm vergroot moet gaan worden, maar dat ook het aanbod moet aansluiten bij de wensen en behoeften van de consument. In hoeverre dit consequenties heeft voor het vastgoed zal in de volgende paragraaf beschreven worden.

3.3.1 Invloed op vastgoed

Uit het signaleringsrapport blijkt dat er meer samengewerkt gaat worden externe partijen met betrekking tot allerlei vraagstukken binnen het vastgoed. Externe partij beschikken in termen van grondposities, financiering en kennis over meer mogelijkheden dan zorginstellingen. Ook de rol van gemeenten zal belangrijker worden in verband met bouwlocaties. Bij samenwerking van verschillende marktpartijen zal een bouwteam strikte afspraken moeten maken omtrent externe toetsing, waarborging marktconformiteit en risico. Samenwerkingsmogelijkheden tussen zorgorganisaties, woningcorporaties en vastgoedontwikkelaars en andere marktpartijen zullen hierdoor vergroot worden. Ook wordt steeds meer samenwerking gezocht met welzijnsorganisaties. Samen ontwikkelen zij nieuwe concepten en realiseren zij formules die in experimentele projecten hun waarde hebben bewezen. Het zorgvastgoed krijgt daardoor steeds meer verschijningsvormen. Het oude verzorgingshuis is vervangen door woon-zorgcomplexen of woonzorgcentra. Ook wordt het concept van de woonzorgzones vaker toegepast. In een woonzorgzone wordt zorg vanuit multifunctionele centra geboden in de omliggende wijken, vaak over een grote afstand. Verschillende disciplines werken hierbij samen. (www.kcwz.nl) Door de verschillende ontwikkelingen in de zorg zal het zorgvastgoed kleinschaliger, pluriformer en 'gewoner' worden.

Uit onderzoek (Sogelée e.a., 2003) blijkt dat er in Nederland jaarlijks gemiddeld 13.600 personen bijkomen die een beroep op de zorg zullen doen. In hetzelfde onderzoek is daarbij ook de totale bouwbehoefte tot en met 2015 in beeld gebracht. In tabelvorm kan het volgende hierover geconcludeerd worden.

<i>omvang zorg</i> <i>zorggroep</i>	Aanbod	Vraag	Vraag	Bouwbehoefte	
	2003	2010	2015	2003-2010	2003-2015
Zorg op afspraak	445.000	485.000	517.000	40.000	72.000
Zorg op afroep	92.000	129.000	163.000	37.000	71.000
24-uurs zorg	80.000	96.000	100.000	17.000	20.000
Totaal	616.000	710.000	780.000	94.000	164.000

Tabel 3.2 Totale bouwbehoefte in aantal personen voor de zorggroepen in de periode 2003-2010 en 2003-2015

Bron: Sogelée e.a., 2003

3.4 Conclusies

Of zorginstellingen al kijken met de bril van morgen kan nog niet volmondig beantwoordt worden. Zoals blijkt uit het vorige hoofdstuk zet de overheid in op vergaande scheiding van wonen, zorg, welzijn en dienstverlening. Zorginstellingen worden verplicht om in de markt toe te treden. Deze beleidstechnische ontwikkelingen hebben al enige ontwikkeling in de markt tot stand gebracht en hierdoor krijgen zorginstellingen meerdere verschijningsvormen. Het loskoppelen van de zorgfuncties zal tot gevolg hebben dat er op de markt meer vraagsturing plaats gaat vinden, waardoor een gedifferentieerd aanbod ontstaat. Het aanbod van zorg zal dan in kwaliteit, oppervlakte en prijs gaan verschillen. Dit moet wel opgevangen worden en zorginstellingen gaan dan meer risico nemen. Enkele instellingen zijn pro-actief en proberen rekening te houden met de opkomende marktwerking. Ook zal moeten blijken of alle zorginstellingen in dergelijke omstandigheden kunnen functioneren. Hier worden veel vraagtekens bij gezet. Marktpartijen die wel weet hebben van vastgoed worden betrokken bij de beheersing van vastgoed. Aangezien zorginstellingen in het verleden niet prestatiegericht waren is het vermogen en de kennis over het algemeen niet opgebouwd. Vooral beleidstechnische redenen hebben ertoe geleid dat zorginstellingen meer bewust geworden zijn van de begroting. In de care wordt voornamelijk gekeken naar de ontwikkelingen die er gaande zijn binnen de cure. Er wordt verwacht dat over enkele jaren ook daarbinnen marktwerking wordt ingevoerd. De belangrijkste verandering die hierin plaatsvindt, is het gevolg van de extramuralisatie. Concluderend na de twee laatste hoofdstukken zijn de volgende belangrijkste trends en gevolgen in het vastgoed in beschouwing genomen:

<i>Trends</i>	<i>Gevolgen in het vastgoed</i>
Verschuiving van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg: Patiënt staat centraal	Ontstaan nieuwe zorgmodellen
Financiële verantwoordelijkheid zorgaanbieders door marktwerking	Vervreemden van vastgoed of achteruitgang kwaliteit
Zorginstellingen moeten zorgen voor een betere positie in de markt om de consument te bereiken	Multifunctionele centra, kleinschaliger, pluriformer en wordt 'gewoner'.
Proactieve en veeleisende (zorg)consument	Hoge mate van flexibiliteit, schaalvergroting en differentiatie

Tabel: 3.3 Trends en gevolgen in het vastgoed.

Bron: eigen bewerking

Uit dit hoofdstuk is duidelijk gebleken dat er binnen de markt al vele ontwikkelingen zijn en dat zal zeker in de toekomst voortgezet worden. Zorginstellingen betrekken daarbij steeds meer private partijen bij vraagstukken zoals huisvesting. Vooral projectontwikkelaars betreden steeds meer de zorgmarkt. Onduidelijk is nog in hoeverre er mogelijkheden liggen voor institutionele beleggers. In de volgende hoofdstukken zal blijken in hoeverre zorgvastgoed interessant kan zijn als beleggingsobject of zelfs als categorie. Eerst volgt er een hoofdstuk waarin het beleggen in vastgoed wordt geïntroduceerd.

Hoofdstuk 4 Beleggen in vastgoed

Dit hoofdstuk is voornamelijk beschrijvend van aard. De algemene kenmerken van de vastgoedmarkt en van vastgoed als beleggingsobject worden in dit hoofdstuk omschreven. Enerzijds dient dit als een begrippenkader en anderzijds gaat het niet verder dan een korte introductie, omdat een verdere diepgang buiten het doel van dit rapport valt.

4.1 Beleggingsportefeuille

Een belegger kan kiezen uit een scala vermogenstitels, zoals aandelen, obligaties, opties, derivaten, futures en vastgoed. Een aantal van deze vermogenstitels kan tevens aangereikt worden als beleggingscategorie. De vermogenstitels hebben allemaal unieke beleggingskarakteristieken. Toch voldoet niet elke vermogenstitel aan de definitie van een beleggingscategorie, ook wel asset class genoemd. Er wordt van een beleggingscategorie gesproken indien er sprake is van een continue bron van iets van waarde met unieke economische eigenschappen (Hendriks, 2003). Zoals in hoofdstuk 1 duidelijk is geworden zal dit onderzoek enkel betrekking hebben op vastgoed en wordt daarom alleen het beleggen in vastgoed besproken.

Onder beleggen in vastgoed wordt het vastleggen van vermogen in onroerend goed verstaan, met het doel uit de exploitatie en verkoop van het vastgoed een toekomstige stroom geldelijke opbrengsten te realiseren (Van Gool e.a., 2003). Gelet op deze definitie kan een vastgoedbelegging ook als een beleggingscategorie worden beschouwd. Alvorens in te gaan op beleggingscategorieën, zal er eerst enige aandacht naar het vastgoed zelf uitgaan.

Vastgoed is grond plus eventuele opstallen c.q. gebouwen (Hendriks, 2003). Grond, gebouw, gebruik van vastgoed en financiering zijn kernbegrippen die hieraan een verdere inhoud geven. Deze zullen hieronder nader worden toegelicht. Grond is een onlosmakelijk deel van vastgoed en mogelijk zelfs het meest bepalende deel van een vastgoedbelegging. De locatie en de bestemming daarvan blijken van invloed te zijn op de huurprijzen en kunnen daarom ook sterk verschillen. Grond kan dan zelfs een beleggingsobject op zichzelf zijn. De 'grondmarkt' blijft in dit onderzoek ook buiten beschouwing.

Wanneer wordt gesproken over vastgoed als beleggingscategorie dan wordt in de regel bedoeld op sectoren als woningen, winkels, kantoren en bedrijfsruimten. Dit zijn tevens de gebouwtypen die onderscheiden kunnen worden. Daarnaast zijn er nog gebouwtypen, zoals scholen, hotels, kerken en op het onderzoek betrekking hebbende zorggerelateerde accommodaties.

In de vastgoedbeleggingsmarkt wordt voornamelijk het vastgoed bedoeld dat bestemd is voor de verhuur. Het vastgoed voor eigen gebruik valt vaak buiten deze markt. Echter de financiering van vastgoed kan nogal verschillend zijn. Volgens de zogenaamde Capital Market Matrix, zie figuur 2.1 kan er op de verschillende wijzen worden belegd in vastgoed. In de praktijk zijn er allerlei mengvormen, maar de matrix is een versimpelde weergave van de werkelijkheid.

<i>Vermogenspositie</i>	Eigen vermogen	Vreemd vermogen
<i>Investeringswijze</i>		
Directe investering	Direct vastgoed	Hypotheken gesyndiceerde vastgoedleningen
Indirecte investering	(Niet)-beursgenoteerde vastgoedondernemingen	(Niet) beursgenoteerde mortgage backed securities, obligaties in vastgoedondernemingen, aandelen in hypotheekbedrijven

Figuur 2.1 Capital Market Matrix in de vastgoedsector.

Bron: Hendriks, 2003

Beleggen kan met eigen vermogen en vreemd vermogen of een combinatie daarvan. Daarnaast kan er onderscheid gemaakt worden tussen direct en indirect vastgoed. Eenvoudig gezegd is een directe belegging in 'stenen' en een indirecte belegging is een belegging in vastgoedaandelen. Meer uitgebreid heeft een belegging in direct vastgoed een meerderheidsbelang in het vastgoed, al dan niet via dochters, en de zeggenschap over het management, dat al dan niet via dochters wordt uitgeoefend. Een belegging in indirect vastgoed heeft geen meerderheidsbelang en zeggenschap over het management (Van Gool e.a., 2003).

4.2 Beleggen in vastgoed

Zoals gezegd heeft het beleggen tot doel het verwerven van vermogenstitels om een inkomen in de toekomst te verkrijgen. Het vaststellen van de tijdshorizon en de risicohouding van een belegger spelen een belangrijke rol bij de samenstelling van een beleggingsportefeuille uit de verschillende vermogenstitels en hoe deze wordt gemanaged. Deze paragraaf beperkt zich tot een situatieschets van de huidige markt. Tevens wordt er weergegeven hoe een portefeuille samengesteld kan worden. In het volgende hoofdstuk zal dieper ingegaan worden op de performance van vastgoedbeleggingen.

Beleggen in vastgoed betekent, net als bij andere beleggingen, het afwegen van rendement en risico. Dit is direct afhankelijk van de doelstelling van de belegger. Op basis van de performance van vastgoedcategorieën wordt een strategie samengesteld. Performancemeting vindt plaats aan de hand van de financiële prestaties die geleverd zijn op het object- en portefeuilleniveau. Hieronder worden de beleggingscategorieën in Nederland weergegeven plus het rendementspercentage in 2005 van institutionele beleggers die aangesloten zijn bij de ROZ-IPD.

Beleggingscategorieën	Totaal rendement (%)
Woningen	13,5
Kantoren	7
Bedrijfsruimten	11,1
Woningen	10,1
Gemengd gebruik / Overig	11,9
Alle objecten	10,2

Tabel 4.1 Indeling vastgoedportefeuilles in 2005.

Bron: www.rozipd.nl

4.2.1 Beleggingskenmerken van vastgoed

Waarom is vastgoed nu zo onderscheidend vergeleken met bijvoorbeeld aandelen of vastrentende waarden? De reden hiervoor is de specifieke kenmerken van vastgoed. Dit is ook het geval voor een belegging in vastgoed. Hieronder komen de belangrijkste kenmerken aan bod.

Stabiele en langdurige stroom directe inkomsten

De lange technische levensduur van onroerend goed biedt de belegger de mogelijkheid gedurende een lange periode huurinkomsten te genieten. De stabiliteit is met name te danken aan de stroom huurinkomsten. Deze variatie van het totale rendement komt vooral door de waardeontwikkeling.

Aantrekkelijk rendement bij een beperkt risico

In het verleden behaalde rendement geeft ook aan dat directe vastgoed beleggingen over het algemeen gekenmerkt kunnen worden door een redelijk gunstige rendementsrisico tegen een beperkt risico. Over de 25-jaars periode 1977-2001 behaalde direct vastgoed een gemiddeld totaal rendement van 9,3%. Het risico (gemeten met behulp van de standaarddeviatie) is echter aanmerkelijk lager dan bij aandelen en ongeveer even groot als obligaties (IVBN, 2005).

Onroerend goed en diversificatie

Toevoegen van vastgoed aan de portefeuille biedt mogelijkheden voor een betere spreiding en daarmee risicoreductie van de totale portefeuille van een institutionele belegger. De geringe correlatie van vastgoed met obligaties en aandelen is opmerkelijk.

Bescherming tegen inflatie

Op de lange termijn lijkt direct vastgoed een redelijke bescherming te bieden tegen inflatie, dit is met name een gevolg van de redelijk gangbare huurcontracten met een geïndexeerde huurverhoging.

Deze algemene kenmerken hebben tot gevolg, dat er veel meer specifieke kenmerken aan te wijzen zijn voor een vastgoedbelegging. Naast de bovenstaande kenmerken wordt in de onderstaande tabel meer voor- en nadelen weergegeven. Hiermee wordt niet gepretendeerd volledig te zijn.

<i>Voordelen</i>	<i>Nadelen</i>
Mogelijkheden voor 'matching' (afstemmen van de beleggingen op de verplichtingen)	Zeer kennis- en managementintensieve beleggingsvorm.
Op inefficiënte markten zijn 'buitengewone' rendementen realiseerbaar door kennis- en informatievoorsprong.	Overheidsbeleid heeft invloed op beleggingsresultaten en/of -mogelijkheden.
Vanwege fiscaliteit zijn er belastingvoordelen, afschrijvingen en investeringspremies mogelijk.	In bepaalde marktomstandigheden is direct vastgoed minder liquide.
Intensief management heeft invloed op de rendementen.	Zeer kapitaalintensief

Tabel 4.2 Kenmerken vastgoedbeleggingen.

Bron: Van Gool e.a., 2003

4.2.2 Moderne Portefeuille Theorie

De theoretische basis waar de portefeuillestrategie van veel beleggers op gevormd door de theorie van Markowitz. In de jaren vijftig van de vorige eeuw stelde Markowitz dat een beleggingportefeuille zo moet zijn samengesteld dat er een zo hoog mogelijk verwacht rendement optreedt, bij een zo laag mogelijke afwijking van dit rendement. Dat laatste wordt dan ook wel het risico van een belegging genoemd. Door uitbreiding van een beleggingscategorie wordt een spreiding en daarmee ook een reductie van de risico's bewerkstelligd. Deze strategie van risicospreiding over meerdere beleggingsobjecten wordt ook wel aangeduid met de term diversificatie.

Deze risicoreductie kan verklaard worden uit het feit dat rendementen van de samenstellende delen van een portefeuille niet (of niet in gelijke mate) gelijk reageren op verschillende economische omstandigheden. De rendementen van de beleggingsobjecten zijn niet perfect gecorreleerd. Twee positief gecorreleerde beleggingen houden in dat de beleggingen vaak tegelijk goede jaren hebben en er vaak gelijktijdig slechter voorstaan. Andersom zorgt een negatieve correlatie van beleggingen voor het positieve effect dat beleggingen zich willekeurig ten opzichte van elkaar ontwikkelen.

Institutionele beleggers hebben belang bij een evenwichtige, stabiele portefeuille. Op basis van de Moderne Portefeuille Theorie kan een zogeheten optimale portefeuille samengesteld worden. Voor hen is het belangrijk, dat een deel van het opnemen van vastgoedbeleggingen in de portefeuille, dat deze vaak niet zo sterk correleren met andere beleggingen. Binnen de beleggingscategorie vastgoed is het voordeel van diversificatie van belang op het niveau van beslissingen over het soort vastgoed dat beleggers in hun portefeuille opnemen. Het risico van de totale vastgoedportefeuille wordt kleiner als beleggingen gespreid worden over woningen, kantoren, winkels en bedrijfsgebouwen. Ook uitbreiden naar buitenlandse beleggingsobjecten of naar alternatieve beleggingsobjecten, zoals in zorgvastgoed, kan theoretisch het risico verkleinen.

4.2.3 Benchmark

Een benchmark is een vooraf gedefinieerde referentiewaarde, waartegen de prestaties afgezet kunnen worden. Het is als het ware een vergelijkingsmaatstaf. Het is een index van de markt waarin een beleggingsinstelling opereert en daarmee een middel om de prestaties van die beleggingsinstelling te beoordelen. Doet de beleggingsinstelling het beter dan de markt (is benchmark), dan presteert zij goed en wordt outperformance genoemd. In het tegenovergestelde geval presteert ze slecht en wordt underperformance genoemd. Op deze manier kan een beleggingsinstelling een oordeel geven over de performance ten opzichte van de norm. Vervolgens kan door middel van een attributieanalyse naar een verklaring gezocht worden voor de behaalde performance. Op basis van deze uitkomsten kan men het beleggingsbeleid verbeteren. De benchmark kan gebaseerd zijn op een interne benchmarking, dit zijn dan de resultaten van de eigen organisatie en / of portefeuille. De benchmark kan ook extern plaatsvinden. Zo is ROZ/IPD-index een veel gebruikte benchmark. De ROZ/IPD-vastgoedindex meet de rendementen op vastgoedobjecten en -portefeuilles op jaarbasis. Deze index wordt vastgesteld door de Raad voor Onroerende Zaken (ROZ) en de Investment Property Databank (IPD). Het rendement van de benchmark is

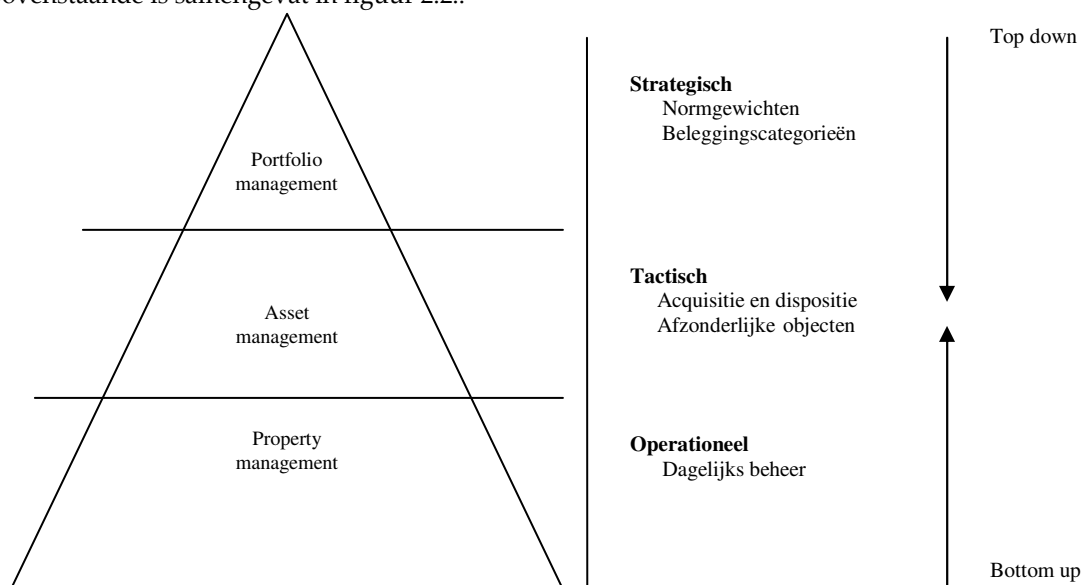
een betrouwbare maatstaf voor het vergelijken van actief beheerde portefeuilles en voor de vergelijking met marktindices van andere beleggingscategorieën.

4.3 Beleggingsbeleid van institutionele beleggers

Een van de beleggingseigenschappen van beleggingen in direct vastgoed betreft ook het specifieke beleggingsbeleid. Het beleggingsbeleid van institutionele beleggers vindt zijn neerslag op verschillende niveaus binnen de organisatie. Vaak wordt onderscheid gemaakt tussen strategisch, tactisch en operationeel niveau (Van Driel, 2001). Het strategische niveau is het hoogste niveau. Hier vinden het investment management en het portfolio management plaats. Onder het investment management wordt verstaan dat de verdeling tussen de verschillende beleggingscategorieën vastgesteld wordt. Deze verdeling wordt op basis van toekomstige ontwikkelingen onder de verantwoordelijkheid van de directie vastgesteld. Dit afstemmen wordt ook vaak Asset Liability Matching (ALM) genoemd. Hierin wordt de structuur van de beleggingen enerzijds afgestemd op de verplichtingen anderzijds. Het resultaat van de ALM-studie vertaalt zich in de zogeheten normportefeuille. Hierin wordt aangegeven welke normen worden gesteld aan de verhoudingen tussen de verschillende beleggingscategorieën.

Het portfolio management richt zich vervolgens op de invulling van die verhoudingen met verschillende subcategorieën, bij direct onroerend goed bijvoorbeeld woningen, winkels en kantoren. Het investment management en portfoliomanagement beperken zich tot de zogeheten top down strategie van het beleggen. Op tactisch niveau vindt het asset management plaats, waarbij het beleid zich richt op de afzonderlijke objecten. Hier worden beslissingen gemaakt ten aanzien van het (des) investerings- en exploitatiebeleid op objectniveau. In andere woorden draait het hier om de acquisitie, exploitatie en dispositie van beleggingsobjecten. Uiteindelijk is het de bedoeling om de portefeuille te optimaliseren binnen de kaders die gegeven worden vanuit het portfoliomanagement. De beslissingen die geworden binnen dit management niveau betreffen de zogeheten bottom up strategie van het beleggen.

Als laatste niveau wordt er binnen het operationele niveau bezig gehouden met het property management. Hier wordt het dagelijkse beheer van de objecten bedoeld. Veel institutionele beleggers besteden het technische en facilitair beheer en de serviceverlening uit aan gespecialiseerde beheerorganisaties. Bovenstaande is samengevat in figuur 2.2..



Figuur 2.2. Management- en beleidniveaus ten aanzien van onroerend goed beleggingen.
Bron: Van Driel, 2001

4.4 Rendement en risico

Beleggen is beslissen onder onzekere omstandigheden. Kern van beleggen is de gerichtheid op de toekomst en de daarmee samenhangende onzekerheid (Van Gool e.a.,2003). Deze onzekerheden noemt men risico's.

Risico in de beleggingsleer wordt gedefinieerd als de bandbreedte rond het toekomstige, verwachte rendement. Die bandbreedte wordt uitgedrukt in de standaarddeviatie van het rendement.

4.4.1 Rendement

Het verschil tussen een onzeker bedrag in de toekomst en het investeringsbedrag nu wordt ook wel het rendement op de belegging genoemd. Dit rendement, ook wel het rendement op de belegging genoemd, wordt veelal uitgedrukt in een percentage van het investeringsbedrag. Het behaalde rendement kan pas aan het eind van de beleggingsperiode berekend worden. Voor aanvang van de exploitatie is er sprake van een te verwachten rendement. Hiermee is het rendement onzeker en daarom zijn beide begrippen onlosmakelijk met elkaar verbonden. Er is zelfs een duidelijk verband aanwezig. Een hoger risico moet vaak worden gecompenseerd met een hoger rendement en v.v.. Gegeven twee projecten met hetzelfde verwachte rendement maar met verschillende risico's, kan aangenomen worden dat het project met het laagste risico de voorkeur zal genieten. Hetzelfde is het geval wanneer de risico's van projecten hetzelfde zijn. In dat geval zal aan het project met het hoogste rendement voorrang worden gegeven. Het verschil tussen dit hogere rendement en het risicovrije rendement wordt wel risicopremie genoemd. Institutionele beleggers vertonen over het algemeen risicomijdend gedrag. Zij hechten meer belang aan een relatief zeker rendement op de lange termijn, dan een mogelijk hoger, maar risicovoller rendement.

Het rendement van een belegging in direct vastgoed wordt opgebouwd uit het directe en het indirecte rendement. Het directe rendement over een bepaalde periode wordt door de netto huurinkomsten gedurende die periode te delen door de waarde van het complex aan het begin van de periode. Het indirecte rendement over een bepaalde periode wordt vastgesteld door de waardeverandering tijdens die periode te delen door de waarde aan het begin van de periode.

- direct rendement (beleggings- of exploitatieresultaat)
- indirect rendement (waardeontwikkeling)
- totaal rendement

4.4.2 Rendementsbegrippen

Binnen de vastgoedwereld worden er verschillende rendementsbegrippen gehanteerd. In dit rapport wordt alleen de rendementsbegrippen behandeld die ook door institutionele beleggers worden gehanteerd, te weten de Internal Rate of Return en de Total Rate of Return.

Bij de acquisitie van een vastgoedobject dient een belegger rendementsdoelstellingen te formuleren voor zowel de lange als de korte termijn. Dit gaat vaak door middel van een 'hurdle rate', dit is een minimale eis waaraan een belegging moet voldoen. In het kader van een performancemeting dient men tijdens de exploitatieperiode het wel/niet behalen van deze doelstellingen te controleren aan de hand van de beschikbare rendementskengetallen. De lange termijn doelstelling kan gesteld worden op basis van een Internal Rate of Return (IRR). Hiermee wordt de disconteringsvoet aangeduid. Hierbij wordt het totaal van de tijd gewogen inkomsten en uitgaven, inclusief restwaarde, over de beschouwde periode nihil is. De restwaarde wordt doormiddel van de Netto Contante Waarde (NCW)-methode berekend. Dit is een berekening van de contante waarde van de geraamde toekomstige cashflows. De korte termijn doelstelling kan echter gesteld worden op basis van de Total Rate of Return (TRR). Deze geeft het totaal van het behaalde directe rendement en indirecte rendement over de beschouwde periode weer.

4.4.3 Beleggingsrisico

Risico is een ruim begrip en wordt vaak verwant geacht met onzekerheid en kans op gevaar, schade of verlies. In algemene zin wordt met het begrip risico de mogelijkheid aangeduid in de zin van (afhankelijk van de context) gevaar, dan wel grote kans op het optreden van een gebeurtenis, welke ingrijpt op het betreffende risicodragende object of aspect, met haar verwachting dientengevolge schade van het gestelde of bepaalde (Keeris, 2001). Het begrip is niet eenduidig gedefinieerd en kan daarom betrekking hebben op verschillende zaken.

Binnen dit onderzoek wordt alleen het risico beschouwd dat invloed heeft op de financiële prestaties van vastgoedbeleggingen. Het risico voor een belegger is de onzekerheid dat het verwachte rendement niet (minimaal) gerealiseerd zal worden. Het niet innen van huurinkomsten en/of vermindering van de waarde

zijn de oorzaken hiervoor. Er zijn verschillende methoden waarmee het risico gemeten kan worden, deze worden in de volgende paragraaf behandeld.

Volgens de theorie heeft vastgoed een rendement dat ligt tussen dat van aandelen en dat van vastrentende waarden. De verklaring hiervoor is dat vastgoed een direct rendement heeft van min of meer het rendement gelijk aan dat van vastrentende waarden. Dit houdt een laag risico in door langjarige huurcontracten die vaak geïndexeerd zijn. Dit zorgt ervoor dat het directe rendement gehedged is met de inflatie. Deze hedge is gunstig voor beleggers die verplichtingen hebben met een koppeling aan de inflatie. De historie kan een betrouwbaar uitgangspunt zijn om schattingen te doen voor het te lopen risico. Gezien de beperkte historie is dit niet mogelijk voor het onderwerp dat centraal staat in dit rapport. Er kan enkel een verwachting worden weergegeven die neer zal slaan op de kans dat het verwachte rendement niet gehaald zal worden. In het rapport zal daarom de invloeden worden weergegeven van de huurinkomsten en de waardeveranderingen van zorgvastgoed.

4.4.4 Risicometing

In de beleggingsleer zijn diverse methoden ontwikkeld waarmee het risico gemeten kan worden. De twee klassieke risicomatstaven zijn de standaarddeviatie en de bèta. De maatstaven vinden hun oorsprong in respectievelijk de klassieke Moderne Portefeuille Theorie (MPT) en de Capital Asset Pricing (CAP). Op basis van een gerealiseerde rendementsreeks kunnen voorspellingen gemaakt worden over het toekomstige rendement en risico. De klassieke modellen gaan daarbij uit van een normale verdeling over een lange periode. Dit is een symmetrische kansverdeling die beïnvloed kan worden door twee parameters, namelijk het gemiddelde en de variantie. Het gemiddelde wordt vanuit deze benadering gezien als het te verwachten rendement. De variantie is een statistische maat voor de fluctuaties rondom het gemiddelde van de gerealiseerde rendementen. In de klassieke beleggingstheorieën wordt het risico gerelateerd aan deze op- en neerwaartse bewegingen in het rendement per tijdseenheid. Op deze manier kan de afwijking van het rendement gemeten worden.

Risicometing voor een bepaald onderdeel wordt doorgaans gemeten met de standaarddeviatie omdat de bèta methode meer betrekking heeft op de gehele portefeuille. Voor het vaststellen van de relatie van een bepaalde risicofactor met een andere risicofactor is de correlatiecoëfficiënt een nuttige maatstaf. Om het geheel toepasbaar te maken zal er gebruik gemaakt moeten worden van cijferreeksen. Voor vastgoedinvesteringen zijn dit vooral de toekomstige kasstromen. Hier heeft het risico ten slotte invloed op. Vanuit de wetenschap wordt voor de investeringsselectie van ongelijksoortige investeringen jarenlang de DCF-methode aanbevolen. Juist deze methode incorporeert zowel de tijdsvoorkeur van geld, als de risicovoorkeur van de belegger en neemt alle toekomstige kasstromen in ogenschouw (Uittenbogaard, 1997).

4.4.5 Performance

Aan de performance-meting ligt een aantal hoofdredenen ten grondslag. In de eerste plaats is performance nodig om te beoordelen of de portefeuille nog wel efficiënt is in termen van rendement en risico. Ten tweede dient het als communicatiemiddel richting aandeelhouders, participanten of eigenaren, om de gekozen beleggingsstrategie te verantwoorden, dan wel bij te stellen op basis van de behaalde resultaten. Tot slot kan performance-meting beschouwd worden als het vergaren van empirisch materiaal om vastgoedobjecten en vastgoed in het algemeen beter te begrijpen (Van Gool e.a., 2003).

Binnen dit onderzoek wordt gestreefd naar het inzichtelijk brengen van toekomstige prestaties van zorgvastgoed. Door de geleverde prestaties of de te verwachten prestaties te vergelijken met een bepaalde norm verkrijgt men de performance. De prestaties worden nu niet alleen als absoluut resultaat uitgedrukt maar ook als het relatieve resultaat. Door de performance van het vastgoedobject te meten, geeft dit een indicatie van het eigen resultaat ten opzichte van het overeenkomstige vergelijkingen, bijvoorbeeld de ROZ/IPD-vastgoedindex. Zoals in hoofdstuk 2 al beschreven is wordt deze prestatienorm ook wel de 'benchmark' genoemd. Er zijn verschillende maatstaven waarmee het risico van (vastgoed)beleggingen gekwantificeerd kan worden. Met behulp van deze risicomaten kan het rendement gecorrigeerd worden voor het gemeten risico, waardoor de belegger meer inzicht krijgt in de beleggingsresultaten. Dit wordt in de vorm van ratio's toegepast waarin de verhouding tussen rendement en risico gemeten wordt. Een goed toepasbare ratio is de Sharpe ratio, die zijn oorsprong vond in de klassieke beleggingstheorie.

4.5 Besluitvormingsproces acquisitie

Beslissen is het afwegen van alternatieven op basis van informatie tegen het beslis criterium. Voor de belegger betekent dit dat er afgewogen moet worden of de investeringen aan de criteria voldoet. Het managen van specifieke beleggingsportefeuille geschiedt op basis van de beschikbare informatie, bestaande uit historische gegevens, de huidige situatie en voorspellingen van de onzekere toekomst.

Het beleggingsproces is gericht op het realiseren van gestelde beleggingsdoelen. Hieraan zijn veel randvoorwaarden en externe invloeden verbonden. Een systematische aanpak is essentieel om gericht te kunnen beleggen. Een aantal fasen is hierbij te onderscheiden (Van Gool e.a., 2003).

Fase 1: Doelstellingen en beperkingen van de belegger bepalen.

Fase 2: Investeringsklimaat en de marktomstandigheden analyseren.

Fase 3: Het maken van een financiële analyse. Dit is gericht op risicomanagement en op performanceanalyses.

Fase 4: Uitkomsten van de analyses toetsen aan de gestelde beslissingscriteria.

Fase 5: Het nemen van een besluit.

Voor een belegger is een risicoanalyse essentieel en zeker niet meer weg te denken uit de beleggingswereld. Een adequate inschatting van de financiële risico's en de omvang daarvan die verbonden zijn aan vastgoed probeert men in de analyse vast te stellen. In de praktijk heeft risicoanalyse bij vastgoedinvesteringen doorgaans betrekking op individuele projecten (Uittenbogaard, 1998).

In toenemende mate wordt echter aandacht besteed aan de vraag wat de gevolgen van een vastgoedinvestering op de vermogenspositie van de onderneming zijn, of de vraag, hoe de investering het risico van de totale vastgoedportefeuille beïnvloedt. Gevolg is dat risicoanalyse meer risicomanagement wordt doordat het geen eenmalige activiteit mag zijn. Doel hiervan is om risico's te reduceren ten einde gewenste rendementen veilig te stellen. Ruwweg kan risicomanagement in drie stappen worden onderverdeeld, identificeren, kwantificeren (meten) en beheersen. Dit onderzoek zal geen betrekking hebben op de laatste stap "beheersbaarheid". Bij het meten van vastgoedrisico's wordt gebruik gemaakt van statische technieken en de financiële rekenkunde. Dit laatste uitgevoerd worden doormiddel van een 'Discounted CashFlow-methode' of de 'Internal Rate of Return-methode'. Het reduceren van risico's kan doormiddel van een bepaalde selectie van beleggingscategorieën of door de spreiding van beleggingen en soorten risico's. Niet alleen van de risico's maar ook van toekomstige ingaande en uitgaande kasstromen zal een optimale inschatting gemaakt moeten worden.

Voor een acquisitie van een beleggingsobject is niet alleen theorie nodig want naast de berekeningen is het ook een gevoelskwestie. Investeringsbeslissingen zijn net als de inschatting van de toekomstige kasstromen afhankelijk van deskundigheid en visie. Deskundigheid wordt bepaald door kennis en toepassingsvaardigheid van c.q. met moderne portefeuilletheorieën en de kennis van de betreffende beleggingsassets, de markten en de onderlinge samenhang. Visie wordt onder meer gevormd door aanleg, deskundigheid, ervaringen en netwerk. Deskundigheid en visie moeten leiden tot de juiste beslissingen op de juiste momenten. In alle beleggingsassets leidt de juiste timing daarom tot rendementsoptimalisatie. (Van Driel, 2003)

4.6 Ontwikkelingen beleggingsvastgoedmarkt

Hedendaagse ontwikkelingen in het vastgoed hebben invloed op de strategievorming. In deze paragraaf worden een aantal huidige trends beschreven. Hierbij wordt niet gepretendeerd volledig te zijn.

Huidige vraag leidt tot meer diversificatie

Nog steeds is de vraag naar vastgoedbeleggingen in Nederland groot. De markt kan echter niet aan de vraag voldoen, waardoor niet in de totale investeringsvraag kan worden voorzien. Desondanks steeg het totaal nieuw geïnvesteerd vermogen in vastgoed vorig jaar tot € 5,9 miljard (FGH Bank, 2006). De grote vraag naar vastgoed in combinatie met de lage rente heeft dan ook tot dalende aanvangsrendementen geleid. Hierdoor zal het rendement op langere termijn negatief beïnvloed worden. Dit terwijl de lage aanvangsrendementen een verdere waardevermindering noodzakelijk maken. Vastgoedbeleggers zijn dan ook op zoek naar de grenzen van de markt. Dit komt de kwaliteit van de markt ten goede. Tevens zijn vastgoedbeleggers in toenemende mate op zoek naar alternatieve beleggingsmogelijkheden, zoals zorggerelateerd vastgoed of leisure.

Sterke groei indirecte vastgoedinvesteringen

Het vastgoedbezit in portefeuille bij institutionele beleggers is in 2004 verder toegenomen tot ruim € 95 miljard, dit betekent een 4% groei ten opzichte van 2003. De stijging komt volledig voor rekening van de indirecte vastgoedinvesteringen. De totale waarde van directe vastgoedbeleggingen is in 2004 gedaald, wat al een aantal jaren gaande is. (FGH Bank, 2006)

Vervreemding

Sale and lease back is een financieringsvorm die de afgelopen decennia in het bedrijfsleven, zowel nationaal als internationaal een enorme vlucht heeft genomen. Het biedt de ondernemer de mogelijkheid om 'vooral' bedrijfsmiddelen met een relatief gering kapitaalbeslag te financieren. In plaats van het eigen vermogen te gebruiken wordt vreemd vermogen aangewend om hetzij nieuwe bedrijfsmiddelen aan te schaffen, hetzij bestaande bedrijfsmiddelen liquide te maken. Voor beleggers betekent dit dat er meer beleggingsmogelijkheden zijn. Aantrekkelijk van sale and lease back-constructies is dat de belegger direct een huurcontract heeft op het object. Dit wordt in de markt vervreemding genoemd.

Waarde vastgoed weer in de lift

Nadat de rendementen op vastgoedbeleggingen in Nederland tussen 2000 en 2003 in neerwaartse richting bewogen, is het totaalrendement in 2004 weer licht gestegen. Dit is te danken aan een sterkere waardegroei. Interessant hierbij is dat aandelen op dit moment geen goede tijden meemaken. Beleggen in vastgoed is daarom extra aantrekkelijk. (FGH Bank, 2006)

4.7 Conclusies

De essentie van dit hoofdstuk is dat er binnen een beleggingsportefeuille behoefte is aan risicospreiding, diversificatie en aan kwalitatief goed vastgoed. In dit hoofdstuk is gebleken dat er zeker behoefte is aan alternatieve beleggingsmogelijkheden en zorgvastgoed zou daar een van kunnen zijn. Zoals ook in de inleiding van dit rapport is beschreven is dit een belangrijke aanleiding voor de interesse in zorggerelateerd vastgoed. Maar het is momenteel nog een onbelicht en onbekend thema. Vandaar ook dit verkennend onderzoek. Vanuit de beleggingsanalyse bezien zal dit onderzoek in het bijzonder gericht zijn op de eerste twee fases van een beleggingsanalyse. Gewapend met de begrippen en methoden van vastgoed als belegging gaan we in het volgende hoofdstuk de nieuwe sector zorg te lijf.

Hoofdstuk 5 Zorgvastgoed als belegging

De genoemde ontwikkelingen op de aanbod- en vraagzijde hebben in verschillende mate effect op de toekomst. In dit hoofdstuk worden de sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen van zorgvastgoed in kaart gebracht voor een belegging in zorgvastgoed. In het onderzoek is het niet relevant om van elke zorgcategorie de karakteristieken te bespreken. Slechts de algemene kenmerken voor zorgvastgoed zullen weergegeven worden, tenzij een onderdeel specifiek wordt genoemd. Deze SWOT is opgesteld op basis van literatuur, waar verkenningsonderzoek van Stec Groep een belangrijke bron was en door de informatie die uit de interviews zijn gekomen. Algemene vastgoedkenmerken worden overigens niet behandeld.

5.1 De sterkten

Zorg of zorggerelateerd vastgoed is een stabiele -anticyclische- groeimarkt

Door de demografische ontwikkelingen en de privatisering in de zorg, in combinatie met de terugtrekkende overheid ontstaat een groeimarkt voor zorggerelateerd commercieel vastgoed. Daarnaast is de werkgelegenheid in de sectoren zorg en overheid sterk gegroeid, ondanks de neergaande conjunctuur. Hiermee is commercieel zorgvastgoed anticyclisch en een interessante belegging (Stec Groep). Trends als vergrijzing en de toenemende koopkracht onder zorgvragers, de senioren, leggen een stevig fundament onder dit nieuwe type vastgoedsegment. Deze trends zullen zeker de komende 20 jaar invloed hebben op het aanbod van de zorg. Verder treedt de overheid terug. De privatisering van de zorg biedt marktpartijen legio kansen om te investeren.

Diversifiërend in beleggingsportfolio

Zorgvastgoed gedraagt zich anders dan andere beleggingscategorieën. Op het moment dat er weinig aanbod bij de reguliere beleggingscategorieën is, biedt zorgvastgoed een goede alternatieve beleggingsmogelijkheid in de portfolio. Zorgvastgoed brengt hierdoor een betere risico/rendementsverhouding voor de hele portefeuille. Aan het einde van dit hoofdstuk zal hier dieper op in worden gegaan.

Cherry picking

Door het uit elkaar trekken van (de functies in) het ziekenhuis dat door steeds meer ziekenhuisdirecties wordt toegepast, biedt dit voor de beleggers de mogelijkheid van cherry picking. Op deze manier kan een belegger op basis van courantheid van de verschillende soorten vastgoed keuzes maken. Doorgaans is dit bij de nieuwere ziekenhuizen het geval. Een 'alles in een ziekenhuis' zal de komende jaren ook meer functies gaan scheiden, waardoor mogelijk is om delen daarvan te vervreemden.

Het ziekenhuisterrein is naast commercieel vastgoed, ook aantrekkelijk voor andere functies.

Doorgaans hebben ziekenhuizen een goede vestigingslocatie, met een goede bereikbaarheid waardoor het ook aantrekkelijk is voor niet-zorggerelateerde functies om zich daar te vestigen. Te denken valt aan reguliere kantoren, woningen, klein museum, of theater. Naast de patiënten en bezoek van het ziekenhuis, kunnen ook externen er gebruik van maken. Het ziekenhuis genereert namelijk een passantenstroom. Ook de afzetbaarheid van delen van het ziekenhuis is vrij goed, omdat de minder specifieke en zorggerelateerde vastgoedunits beter alternatief aanwendbaar zijn. (Geuting, Sevenheck, 2003)

5.2 De zwakten

De gereguleerde marktwerking betekent nog wel dat alles beperkt blijft en dat voor veel activiteiten vergunningen aangevraagd moeten worden.

Eigendom vastgoed van zorginstelling

Zorginstellingen hebben vastgoed op de balans staan, maar dit is grotendeels gefinancierd met geld van de overheid. De vraag is dan in hoeverre de schulden zijn afgelost en wat het profijt ervan is. Beslissingen lopen nu ook altijd via instellingen als het College bouw zorgvoorzieningen en College sanering zorginstellingen. Er is onzekerheid over wie het feitelijke eigendom heeft van het vastgoed. Hier worden verschillende standpunten over in genomen.

Geen of nauwelijks ervaring met zorginstellingen die in private handen komen

Het is een markt in opkomst. Beleggers kijken de kat uit de boom voordat geïnvesteerd wordt in specifiek zorggerelateerd commercieel vastgoed. Het Slotervaart ziekenhuis is het eerste ziekenhuis, dat in zijn geheel, is verkocht aan een commerciële instelling. Maar de ervaringen worden nauwelijks gedeeld, waardoor men er geen lering uit kan trekken.

Onbekendheid van de marktwaarde en exit waarde

Er is nog geen vraag en aanbod markt voor de verhandelbaarheid van zorgvastgoed. Vraag en aanbod hebben beide een afwachtende houding. Het is dan ook onbekend welke weg er ingeslagen zal worden. Op dit moment is er nauwelijks ervaring op dit gebied. Veel marktpartijen willen wel, maar zijn afwachtend in deze kleine markt. Door meer inzicht te krijgen in de bedrijfsactiviteiten en de geldstromen in een zorginstelling, zou er al een beter beeld verkregen kunnen worden. Althans om scenario's in beeld te brengen zijn er exploitatie-indicaties nodig. Afbreukrisico's en alternatieve afzetmogelijkheden zijn hierbij een belangrijk onderdeel. Die zijn vaak moeilijk te achterhalen.

Private partijen en zorginstellingen zitten nog niet op een lijn

In de huidige situatie wordt er geen gemeenschappelijke taal gesproken. Daarbij komt dat ze verschillende doelen hebben. Zorginstellingen zien hun vastgoed als een cashcow maar kunnen hier niet genoeg van profiteren. Ze zien er winst in, maar weten het niet te creëren. Structurele investering en kennis van vastgoed zijn onderdelen die binnen een zorginstelling niet aanwezig zijn. Vaak is huisvesting onderdeel van het takenpakket van de directeur, prestige komt hierbij vaak om de hoek kijken. Het is daarom erg lastig om als marktpartij hierbij betrokken te worden. Zowel uit de literatuur als uit de gehouden interviews blijkt dat op dit moment ziekenhuizen nog niet gereed zijn voor de noodzakelijke commercialisering in de nabije toekomst. Samenwerken vanuit verschillende uitgangspunten maakt het daarom extra moeilijk.

Politieke onzekerheid voor zorgstelsel

Een politieke omslag in het systeem kan veel invloed hebben op de gevolgen voor het huisvestingsbeleid. In het beleid, van het kabinet Balkenende 3, zou minister Hoogervorst meer duidelijkheid scheppen door een 2^e februaribrief. Dit is echter niet gebeurd. Door de politieke onzekerheid is er veel terughoudendheid van zorginstellingen en marktpartijen. De WTZi is ingevoerd om de gezondheidszorg, vooral ziekenhuizen, meer te commercialiseren. Elke instelling geeft er de voorkeur aan om geen verliesleidende onderdelen in de exploitatie te hebben. Over enkele jaren zal de marktwerking, na de overgangsfase, nog meer invloed krijgen. Desondanks blijven er allerlei vraagstukken onbeantwoord. In de zorg is de acute zorg bijvoorbeeld een zeer verliesgevende post, maar ook een essentieel onderdeel van de zorgverlening. In de Grondwet staat dan ook dat iedere burger recht heeft op dezelfde kwaliteit zorg. Op dit moment is het onduidelijk in hoeverre ziekenhuizen gereguleerd worden of in hoeverre marktwerking toegepast zal worden. Hier ligt nog een duidelijke taak voor de overheid. Er zou bijvoorbeeld een vangnet ingezet moeten worden om de acute zorg te waarborgen, of dat er een publiek en privaat zorgsysteem komt. Indien de overheid geen oplossing aandraagt voor algemene ziekenhuizen, die verliesleidende posten hebben die niet afgestoten mogen worden, zal het voor deze ziekenhuizen niet mogelijk zijn om met private zorginstellingen te concurreren. Tevens moet er antwoord komen op de vraag van wie het bezit van het huidige zorgvastgoed is. Is dat de gebruiker van het vastgoed of is het de financier, of toch de overheid?

In het verleden zijn er al een aantal initiatieven gestrand, ondanks dat zorginstellingen 'hulp' kregen van de overheid. Deze ziekenhuizen werden net voor een faillissement overgenomen. Als een ziekenhuis failliet gaat dan ontstaat er een 'zwarte pieten spel' wie daarvan de oorzaak is. Om dat te voorkomen geeft de overheid achter de schermen financiële steun. Door de marktwerking zal dat niet meer mogelijk zijn, althans dan zou er geen marktwerking ontstaan. Hiermee komen de zwakke zorginstellingen in de problemen, naar verwachting kunnen zij dit nooit volhouden. Er zal dus een enorme scheiding plaatsvinden tussen zorg die erg specifiek (en duur) is en de zorg die geleverd kan worden vanuit een zorgkantoor. Deze specifieke zorg is met name de hot floor. Doordat de waarde van de hot floor voornamelijk bestaat uit de apparatuur en de bijbehorende voorzieningen, zal dit niet interessant zijn om in te beleggen. Deze zorgonderdelen leiden grote verliezen en hun bestaansrecht is voornamelijk te danken

aan de overheid. Hierin zal de overheid nog betrokkenheid moeten tonen, wat tot nu toe nog niet het geval is. Voorlopig zal zorgvastgoed ten behoeve van de hot floor tot incurant vastgoed gerekend worden. Hieruit blijkt wederom dat het erg lastig is om een marktwaarde toe te kennen aan een bepaalde sector, de waarde van vastgoed moet individueel bepaald worden en niet per sector. Door de onzekerheid is er veel zorgaanbod op slot gezet waardoor er weinig vernieuwing is en zal ontstaan, dit zal niet ten goede komen voor de markt.

BTW-schade door rol eindgebruiker

Tevens zal er rekening gehouden moeten worden met de BTW-plicht van private partijen. Indien er gebouwd wordt zonder dat het onder de hoede van het Cbz valt kan de BTW niet terug gevorderd worden. Hierdoor zal er een opslag geheven worden aan de huurder voor een periode van 10 jaar na de oplevering van de bouw. Deze compensatie kan oplopen tot wel 35% van de huur.

Markt met imperfecties

De zorgmarkt is een markt met imperfecties. Dit komt doordat mensen verzekerd zijn tegen zorgbehandelingen, waardoor men sneller en makkelijker consumeert. Tevens is men ook bewust van het feit dat zorg geconsumeerd moet worden indien dat nodig is, maar men is er niet van bewust welke diensten daarvoor geleverd worden. De consument weet dus niet of het nodig is om te consumeren, maar doet het maar omdat het aangeprezen wordt en onder de dekking van de verzekering valt.

5.3 De kansen

Invoering van marktwerking biedt perspectief voor beleggers

Uit onderzoek van KPMG (2006) onder Nederlandse ziekenhuizen naar de gevolgen van de invoering van marktwerking blijkt dat de Nederlandse ziekenhuizen onvoldoende voorbereid zijn op de concurrentie, die zij na de invoering van het nieuwe zorgstelsel met andere instellingen aan moeten gaan. De meeste ziekenhuizen hebben alle praktische zaken geregeld om de invoering van het stelsel ongeschonden door te komen, maar bij een meerderheid van de ziekenhuizen ontbreekt een duidelijke lange termijn strategie, waarin positionering, marktaandeel en concurrentie centraal staan. Bovendien hebben de meeste ziekenhuizen de noodzakelijke veranderingen in de interne organisatie onvoldoende in gang gezet. De invoering van het zorgstelsel zal op de lange termijn ingrijpende gevolgen hebben voor de concurrentiepositie en het marktaandeel van de ziekenhuizen. De meeste instellingen hebben nauwelijks strategisch nagedacht. Er zijn een aantal lastige keuzes die gemaakt moeten worden. Op den duur gaan ziekenhuizen zich specialiseren waardoor er betere kennis en ervaring, kwalitatief betere zorg en daarmee goedkopere zorg wordt geleverd. Mede hierdoor gaan ziekenhuizen een keuze maken over de mate van zelfstandigheid en de omvang van het ziekenhuis. Hoewel een afname van het aantal specialismen voor nagenoeg geen enkel ziekenhuis nu aan de orde is, zal dit in nabije toekomst steeds meer het geval zijn. Vanwege het feit dat het voor ziekenhuizen onmogelijk is om zich in elk specialisme breed en diep te specialiseren, zal men een aantal onderdelen moeten afstoten. Afgezien van het ontbreken van een lange termijn strategie hebben de meeste ziekenhuizen nog een lange weg te gaan op het gebied van doelmatigheid, resultaatgerichtheid en het meten van de geleverde prestatie. Daarom moeten zij zich specialiseren en tot categorale instellingen omzetten om de marktconforme huren betaalbaar te maken. Ziekenhuizen verschillen erg en zijn vaak onzeker ten opzichte van de marktwerking. Er zal een gedachteverandering moeten plaatsvinden van budget naar omzet. Er zullen zeker koppen vallen bij de minder presterende ziekenhuizen. Op dat moment zullen er meer mogelijkheden voor beleggers voordoen. Tevens zal door commercialiteit allerlei wet- en regelgeving ontweken kunnen worden.

De waarde van zorgvastgoed zit in de lift

Er zijn verschillende schattingen van de waarde van zorgvastgoed. Deze schattingen lopen van 20 tot 25 miljard euro. Naar verwachting zal dat de komende jaren gaan stijgen. Dit komt mede door de groei van de vraag naar m2 in zorgvastgoed. Ontwikkelaars zijn behoorlijk actief in zorgwoningen. Voor andere zorgonderdelen zal dit ook steeds meer aan de orde komen, de waarde van deze sectoren gaat dan ook steeds meer stijgen. Maar vergeleken met de traditionele beleggingscategorieën blijft zorgvastgoed achter met de waarde. Doordat deze beleggingscategorieën behoorlijk duur worden ontstaat er schaarste, hierdoor is het voor beleggers interessanter om te beleggen in het buitenland of juist in zorgvastgoed. (Harms, 2007)

Als overheid zich de rol van katalysator aanneemt kunnen er veel kansen ontstaan

Op dit moment heeft de overheid veel verantwoordelijkheid overgedragen aan de zorginstellingen, terwijl ze hier nog niet mee om kunnen gaan. Er is dan ook een afwachtende houding van veel zorginstellingen en marktpartijen. De overheid zou hierin nog wel een voorttrekkersrol aan kunnen nemen, waardoor spin-off bij andere zorginstellingen kan ontstaan.

De zorgsector is landelijk gezien een van de snelst groeiende sectoren

Stec Groep verwacht dat deze tendens ook de komende jaren doorzet. In de eerste plaats vanwege de vergrijzing van de bevolking. In de tweede plaats ook door de wijzigingen in de organisatie en organisatiestructuur van de zorg. Er kan hierbij gedacht worden aan privatisering van bepaalde typen zorgactiviteiten (private klinieken die naast plastische chirurgie ook steeds vaker reguliere ingrepen als oog- en knieoperaties uitvoeren) en de extramuralisering van de zorg.

Een goed imago van het ziekenhuis geeft betere mogelijkheden

De consument zal de beslissing van zorgconsumptie voornamelijk laten afhangen van prijs/kwaliteit verhouding. Het imago van het ziekenhuis heeft hier heel veel invloed op. Het ziekenhuis biedt een goede basis voor de ontwikkeling voor aanliggende locaties. Niet alleen een goede locatie, bereikbaarheid en parkeervoorziening zijn bepalend, maar het ziekenhuis geeft vooral bekendheid in een gebied. Hoewel het imago ook nadelig kan werken, zal het wel altijd een passantenstroom genereren.

Zorginstellingen die een nieuwe weg inslaan in zorgaanbod kunnen zich onderscheiden van het ziekenhuis. Zorg is van maatschappelijk belang, waardoor het kwetsbaar is en het imago kan aantasten. Vestiging op het ziekenhuisterrein kan voor veel zorginstellingen gunstig uitwerken aangezien zij profiteren van het imago dat het ziekenhuis heeft. Het ziekenhuis heeft namelijk een professioneel imago. Ditzelfde geldt voor instellingen die zich willen koppelen aan zorginstellingen. (Geuting, Sevenheck, 2003)

Prettige omgeving/goede locatie

Naast de interesse die marktpartijen hebben voor een locatie van een zorginstelling, kan de locatie ook een pull factor hebben om mensen te laten verblijven in een gebied waar gezondheid centraal staat. Fraai vastgoed kan een belangrijk marketinginstrument zijn om klanten te trekken. Zorggebouwen met een 'feel good' beleving zoals de Amerikaanse ziekenhuisarchitectuur nastreeft kan leiden tot klantenbinding. Ook in Nederland wordt hier al gebruik van gemaakt. TCN hanteert de term 'healing environment'. Dit is een manier waarbij de omgeving bijdraagt aan het welbevinden en genezingsproces van de patiënten. De marketing van een instelling heeft een belangrijke rol in deze ontwikkeling. (TCN Cares, 2005)

Het ziekenhuis beschikt over technisch en facilitair beheer

De exploitant van commercieel vastgoed zou gebruik kunnen maken van de beheersorganisatie van het ziekenhuis. Het ziekenhuis beschikt vaak al over technische en facilitair beheer met ervaring. In veel gevallen is het technische en facilitaire beheer goed georganiseerd. Bij veel van de activiteiten die daarbij horen kan dus aangehaakt worden bij de bestaande organisatie.

Involed op bedrijfsactiviteit

Het vastgoed heeft grote invloed op de effectiviteit, de efficiëntie en de flexibiliteit van een (ziekenhuis) organisatie. Beslissingen over het vastgoed hebben dan ook vaak langlopende consequenties. Investerings die gemoeid zijn met de bouw lopen ook nog eens erg hoog op. Zeker in een meer marktgerichte omgeving waarin de risico's groter zijn, zal het vastgoed (samen met de andere strategische bedrijfsmiddelen) een vast onderdeel moeten zijn van de beleidscyclus van het ziekenhuis. (Fritzsche e.a., 2004)

Kantoorfuncties en planbare zorg van het ziekenhuis kunnen een deel van de metrage afnemen. Kantoorfuncties of planbare zorg kunnen in een verzamelgebouw of in een zorgpassage een plek krijgen. Op termijn kunnen ruimtes wellicht zelfs worden terugverhuurd aan het ziekenhuis als het ziekenhuis behoefte heeft aan uitbreiding.

Synergie tussen gebruikers door concentratie van zorgfuncties

Voor huurders zijn synergievoordelen te behalen. Gemeenschappelijk gebruik van voorzieningen als wachtruimte, receptie, balie, onderhoudscontracten en dergelijke worden mogelijk. Synergie ligt ook in de bundeling van zorgfuncties, dit schept duidelijkheid richting consumenten. Nieuwe zorginstellingen kunnen inspelen op de huidige trends in de consumentenmarkt, zoals veroudering, burn-outs en obesitas. Bedrijven spelen ook in op de snel wijzigende zorgbranche, waardoor samenwerking of spin-off kan ontstaan. Samenwerking van zorgaanbieders met marktpartijen, waarbij alle niet-kernactiviteiten uitbesteed worden, schept ook voordelen: zorginstellingen hoeven geen energie meer te steken in branchevreemde taken en kunnen zich richten op de primaire taken. Samenwerking tussen zorgaanbieders en marktpartijen leidt ook tot risicobeheersing: marktpartijen hebben zicht op de risico's van ontwikkeling, exploitatie en beheer. Inzet van marktkennis geeft optimaal gebruik van extra opbrengstmogelijkheden een betere kans.

Diversiteit aan type gebruikers beperkt het risico op leegstand

Het aantal zorgfuncties dat in zorginstellingen, zoals in een passage, gehuisvest wordt kan een divers karakter hebben. Hierdoor is de belegger minder afhankelijk van een grote huurder. Een te divers karakter van het zorgaanbod kan tot onbetrokkenheid leiden tussen de huurders. Er moet genoeg binding tussen huurders ontstaan, waardoor ze als een eenheid kunnen opereren. Hier moet een goede balans in gevonden worden.

De ontwikkeling van de zorginstellingen

Nederlandse zorginstellingen zijn al internationaal gericht maar samenwerking met andere internationale instellingen zou meer mogelijkheden kunnen bieden. Zorghotels kunnen bijvoorbeeld als ketens geëxploiteerd worden. Het zou dus ook kunnen gebeuren dat er sterren ziekenhuizen ontstaan. De instellingen worden uiteraard meer naar welzijn gemeten dan naar de kwaliteit van de behandelingen.

5.4 De bedreigingen

De groei in zorg en zorggerelateerd vastgoed op ziekenhuisterreinen zal niet spectaculair zijn

De ontwikkeling in de zorg, van overheidsbeleid tot extramuralisering, brengt met zich mee dat niet alle zorg en zorggerelateerde functies op bijvoorbeeld ziekenhuisterreinen gevestigd kunnen worden. Binnen het zorggerelateerde commerciële vastgoed gaat het slechts om een klein aantal spelers, welke overigens vaak kleine oppervlakten afnemen. Veel zorggerelateerde bedrijven zijn ook niet geïnteresseerd in huur. De behoefte aan zorg groeit wel sterk, maar dit zal grotendeels buiten de instellingsterreinen worden opgevangen, bijvoorbeeld bij kleinschalige zorgcentra.

Activiteiten van de instelling bepalen de vestigingsplaats

Bedrijven kiezen een nieuwe locatie op basis van activiteit. Huisartsenpraktijken kiezen juist voor de nabijheid van cliënten en vestigen zich in woonwijken, bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum. Apotheken en drogisterijen geven de voorkeur aan te vestigen in een winkelcentrum. De activiteiten spelen dus een belangrijke rol in de vestigingskeuze. Voor zorgclusters is dit deels van toepassing, deze beslaan vaak een veel groter verzorgingsgebied. Tevens zijn er veel zorginstellingen, bijvoorbeeld huisartsen en/of fysiotherapeuten die in maatschappen georganiseerd zijn, deze geven de voorkeur aan het in eigendom hebben van huisvesting. Beleggers zijn echter gericht op de huurmarkt, gedurende de exploitatie.

Huurprijzen in zorgvastgoed zijn vaak niet marktconform

Zorgvastgoed is nu vaak gevestigd op instellingsterreinen of is anderszins (semi-) publiek gefinancierd en betalen geen marktconforme huurprijzen. Dit zal uiteraard gaan veranderen, maar dan geven vele zorggerelateerde instellingen de voorkeur aan andere locaties. Door zich te vestigen in de zorgpassage moeten zij in sommige gevallen bereid zijn flink extra per jaar aan huisvesting te gaan betalen.

Zorggerelateerd commercieel vastgoed kent op dit moment een lage markthuur

In het verkenningsonderzoek van Stec Groep is een schatting gemaakt van de markthuur voor zorggerelateerd vastgoed. Deze is op dit moment relatief laag en is daardoor minder aantrekkelijk voor beleggers. Het rendement van hun investering in dit vastgoedsegment staat daarmee onder druk. Dit hangt

samen met het feit dat een belangrijk deel van de zorgsector in koopvanden zit of gehuurd is van een woningbouwcorporatie of gemeenten die niet (meer) marktconforme uitgangspunten hanteren.

Passantenstroom niet genoeg voor commerciële doeleinden

Zorgt de passantenstroom van het ziekenhuis voor de juiste doelgroep van commerciële doeleinden? Zij komen doorgaans voor ziekenbezoek en niet om zelf gebruik te maken van diensten en voorzieningen. Tevens is de passantenstroom geconcentreerd op piekmomenten tijdens de bezoeken van het ziekenhuis. Afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis en de locatie kunnen bezoekersstromen erg verschillen. Als maatstaf dienen 13.000 mensen per week de locatie te bezoeken. Dit is vergelijkbaar met het aantal bezoekers van een wijkwinkelcentrum. Instellingen met hetzelfde branchepatroon hebben genoeg afzetpotentieel. Het aanbod voor de dagelijkse behoefte is overal gelijk.

Te weinig flexibiliteit

Het exploiteren van zorg gaat vaak gepaard met specifieke gebouwen, zoals behandelruimtes, wachtkamers en dergelijke. De gebouwen worden op een bepaalde manier gebruikt. Bij een tegenvallende afzet zijn deze ruimtes bij mutatie moeilijk te verhuren, zonder dat hiervoor verbouwingen toegepast worden. Dit geldt ook voor het investeren in zorgvastgoed. De huidige afschrijvingsmethoden zijn niet toepasbaar op de toekomstige situatie, waarin flexibiliteit steeds belangrijker wordt. Zorginstellingen schrijven op dit moment af over een periode van 50 jaar. Omdat dit een fors beslag legt op de balans wordt er gestreefd naar verkorting van de afschrijvingsperiode. De afschrijvingskosten zullen weliswaar hoger worden, maar dit zal niet ten goede komen aan andere balansposten. Flexibiliteit weegt dan op tegen een versnelde afschrijvingsmethodiek.

Recente investeringen leiden tot achteruitgang

Instellingen die net fors geïnvesteerd hebben kunnen het moeilijk krijgen. Grote projecten staan op stapel, die nu al ouderwets zijn. De beleidswijzigingen hebben voor veel verandering gezorgd, instellingen met 'ouderwetse' plannen kunnen niet meer goed inspelen op komende ontwikkelingen. Een toekomstgerichte houding speelt een essentiële rol bij de planvorming. Instellingen die zijn gehuisvest in oude gebouwen, met een hoge boekwaarde, hebben de laatste decennia om de 10 jaar vaak iets bijgebouwd. Nu staan deze instellingen buitenspel omdat de gebouwen functioneel suboptimaal zijn en weinig alternatieven kennen. Een hoge boekwaarde maakt het dan ook minder interessant om rigoureuze plannen te maken.

Een zwakke vermogenspositie van zorginstellingen is extra kwetsbaar

Instellingen met een zwakke vermogenspositie zijn vanwege een tweetal redenen extra kwetsbaar. Ten eerste omdat financiering van investeringen moeilijker en duurder zal zijn, vanwege de hoge eisen van banken. Ten tweede zijn ze gevoeliger voor een prijzenslag. (M.Verweij, F. Bisschop, 2006) Door de steeds groter wordende zorgverzekeraars is er steeds minder ruimte voor onderhandelen. Vooral doordat huisartsen geen vergoeding krijgt bij het doorverwijzen van een patiënt, heeft tot gevolg dat de huisarts minder patiënten doorstuurt. Gewone ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelen in de praktijk over meer dan 10 procent van de behandelingen waar ze van de minister vrije prijsonderhandelingen over mogen voeren. Ziekenhuizen geven ook korting op de wettelijke vastgestelde prijzen en zelfstandige klinieken worden door de verzekeraars op 'oneigenlijke' wijze buitenspel gezet. Volgens de koepel Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) zal marktwerking hierdoor niet lukken.

Het aantal zorggerelateerde bedrijven die nieuwe huisvesting zoeken is niet overal hoog

Als weinig zorggerelateerde bedrijven een nieuwe locatie zoeken, kan dat problemen geven in de bezetting van zorgvastgoed met een hoge metrage. Dit geldt ook andersom. Als er al veel aanbod is van bedrijfslocaties in een bepaald gebied, dan moet de vestigingslocatie van het zorgvastgoed onderscheidend genoeg zijn om commerciële bedrijven aan te trekken. De markt wordt nog extra klein omdat zorggerelateerde bedrijven vaak voor koop kiezen in plaats van huur.

Veel instellingen kunnen nog niet commercieel denken

De omslag naar een commerciële gedachte is voor alle zorginstellingen mogelijk. Zoals eerder aangegeven zijn er wel initiatieven zichtbaar. De bestuurders zijn vaak artsen en die hebben nauwelijks ervaring met

zulke initiatieven. Ziekenhuizen hebben bijvoorbeeld ook nog de neiging om veel detailhandel en alternatieve geneeswijzen uit te sluiten in zorgpassages of in het ziekenhuis. Tevens zullen de overeengekomen en aangescherpte prestaties met zorgverzekeraars ten slotte vertaald moeten worden naar de eigen organisatie. Daarbij vormen de huidige cultuur en de kennis van de medewerkers belangrijke hindernissen. De introductie van marktwerking vereist andere competenties van de medewerkers, die de ziekenhuizen nog onvoldoende in huis hebben. Daarnaast ontbreekt 'commitment' omdat het personeel onvoldoende betrokken wordt bij het vaststellen van de doelstellingen die gerealiseerd moeten worden en onbekend is met de veranderingen in de markt. Zo ontstaat een cultuur die weerstand oproept tegen de noodzakelijke veranderingen.

Marktwerking kan niet op alle zorgonderdelen toegepast worden

Er zijn onderdelen in de zorgsector die nooit tot marktwerking niet kan toegepast worden. Dit zijn voornamelijk dit specifieke onderdelen van het ziekenhuis, een voorbeeld hiervan is dot floor. Bij traumazorg is snelheid en efficiëntie vereist. Het mag niet zo zijn dat marktwerking invloed heeft op de prestaties van dergelijke zorgonderdelen. Deze onderdelen van een ziekenhuis zijn zeer verlieslijdende posten. Hierover is veel discussie. Zo zijn er ook zorginstellingen met een monopolistische functie, deze hebben veel omzet met een bepaald bedrijfsonderdeel, maar het mag dan ook niet zo zijn dat de posten samengaan met minder rendabele functies. In dat geval is er sprake van kruissubsidiëring en daardoor zal een betere kostprijsontwikkeling kunnen ontstaan. Instellingen waarbij dit niet het geval is, zullen volgens Bisschop dan het onderspit delven. Ondanks de lange termijn gedachte, blijft het dus onzeker in hoeverre alle zorginstellingen bestand zijn tegen de marktwerking. Misschien hebben zorginstellingen de intentie om lange termijn huisvesting te realiseren maar deze moet ook sterk genoeg zijn in de toekomst, vergelijkbaar met de reeds 29 aanwezig DBC's in Nederland.

Corporaties hebben fiscale voordelen

De overheid hanteert een ruime definitie van maatschappelijk vastgoed. Corporaties kunnen onbelast scholen, zorgcentra, ziekenhuizen, bibliotheken, rechtbanken en universiteitsgebouwen ontwikkelen, terwijl marktpartijen voor dergelijke activiteiten belast worden. Mede door deze ongelijke behandeling is het beoogde fiscaal gelijk speelveld nog ver weg. Aanleiding is het eind april in werking getreden overeenkomst tussen de Belastingdienst en Aedes waarmee de overheid een gelijk speelveld voor corporaties en commerciële ontwikkelaars beoogde te realiseren.

Door de fiscale behandeling van grondaankopen, die volgens de overeenkomst onbelast door de moedercorporatie gefinancierd mogen blijven, hebben corporaties fiscaal een groot voordeel ten opzichte van commerciële ontwikkelaars. Verder sanctioneert de fiscale overeenkomst dat bij iedere ontwikkeling van een gebouw maximaal twintig procent aan commerciële activiteiten onbelast kan blijven, aldus de Nederlandse Vereniging voor Bouwers en ontwikkelaars. (Real Estate Magazine, 2007)

5.5 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn de kenmerken van zorgvastgoed als beleggingsobject, in de vorm van een SWOT, uiteengezet. Zo zijn de sterke en zwakke punten benadrukt, maar de kansen en bedreigingen zijn ook weergegeven. Hiermee is duidelijk geworden dat er nog veel onzekerheden zijn. Deze onzekerheden hebben uiteraard invloed op het zorgvastgoed en de behoefte om daarin te investeren. Tevens vraagt de zorg om maatwerk en een specifieke benadering. Tijd, ervaring en kennis zullen hiervoor nodig zijn. Om als belegger hierop in te kunnen spelen werden in dit hoofdstuk verschillende kenmerken weergegeven. Dat er nog heel veel onzekerheden bestaan blijkt uit de kansen en bedreigingen. In tabel 5.1 wordt overzichtelijk weergegeven welke beleggingskenmerken zorgvastgoed heeft en in hoeverre en waarin zorg zich differentieert ten opzichte van de traditionele beleggingscategorieën. Gelet op de probleemstelling van het rapport, zal in het volgende hoofdstuk ingegaan worden op de beleggingsmogelijkheden van de verschillende zorgonderdelen.

	Zorg	Woningen	Winkels	Kantoren	Bedrijfsruimte
Afhankelijk van exploitant	x		x	x	x
Autonoom	x	x			
Grote omvang/volumes	x			x	
Managementintensief	x	x	x		
Hoge exitwaarde		x	x	x	
Imperfecte markt	x	x			
Krappe markt		x	x		
Transparante markt			x	x	
Lage mutatiegraad	x			x	x
Vrije markt			x	x	x

Tabel 5.1 Beleggingskenmerken van zorgvastgoed
Bron: eigen bewerking

Hoofdstuk 6 **Zorgvastgoed interessant voor institutionele beleggers?**

In het vorige hoofdstuk zijn de zwakke en sterke kanten van zorgvastgoed als beleggingsobject weergegeven. Tevens zijn de kansen en bedreigingen belicht. In dit hoofdstuk zullen de beleggingsmogelijkheden worden uiteengezet. Onder welke voorwaarden zou er in zorgvastgoed belegd kunnen worden? Met wat voor risico's heeft de belegger te maken en niet onbelangrijk wat voor rendement staat daar tegenover? Op deze vragen zal antwoord gegeven worden in dit hoofdstuk.

Er wordt duidelijk gemaakt hoe groot de markt voor beleggers van de verschillende zorgonderdelen is en welke mogelijkheden deze biedt. Veel informatie van dit hoofdstuk is ontleend aan de afgenomen expert-interviews.

6.1 Beleggingsmogelijkheden in de cure

Risico's zijn er op dit moment voor een ieder die participeert in zorgvastgoed, vooral in ziekenhuizen. De reden daarachter is het specifieke karakter dat deze zorgsector heeft. Toch zullen marktpartijen de komende jaren meer gaan domineren in de zorgsector omdat er steeds meer functies ontstaan die als belegging erg interessant kunnen zijn. Door het uit elkaar trekken van diverse functies worden de omvangrijke gebouwen omgezet naar multifunctionele moderne gebouwen. Hierdoor kunnen er meer marktconforme ontwikkelingen plaatsvinden.

Zoals bekend worden ziekenhuizen opgedeeld in verschillende functies. Nieuwere ziekenhuizen zijn vaak goed ingedeeld en staan de onderdelen los van elkaar. Door dit feit doet de mogelijkheid zich voor om delen hiervan te vervreemden. Hier liggen mogelijkheden voor beleggers.

Beleggingsmogelijkheden in bestaande ziekenhuizen doen zich ook pas voor als deze voldoen aan het niveau van nieuwe ziekenhuizen. Op den duur behoren de zorgfuncties zelfstandig te kunnen functioneren. Een verouderd ziekenhuis is vaak complex, hierdoor is het lastig om functies te scheiden. Dit zou een institutionele belegger ook niet moeten willen. Tevens is het mogelijk om te beleggen in ziekenhuizen waarvan de exploitatie op zijn eind loopt. Na een aantal jaren doen zich dan allerlei ontwikkelingsmogelijkheden voor omdat diverse ziekenhuizen zich bevinden op goede locaties voor andere vastgoedcategorieën. Academische ziekenhuizen zijn niet vergelijkbaar met algemene ziekenhuizen en vallen ook buiten de mogelijkheden. Door de onafhankelijke status die academische ziekenhuizen willen behouden, is het niet mogelijk om het vastgoed te verkopen. Deze ziekenhuizen zijn veel meer gericht op de markt en zijn daarbij gebaat bij nieuwe ontwikkelingen. De mogelijkheden van de verschillende zorgonderdelen worden hieronder verder toegelicht.

Hot floor

Indien het ziekenhuis verdeeld gaat worden in losstaande delen zal een belegging in de hot floor het minst interessant zijn. Dit zorgonderdeel is zeer specifiek en zeer managementintensief. Door het incurante karakter en de specialistische voorzieningen van dit kernziekenhuis zal de hot floor niet echt tot de mogelijkheden behoren. Oud-minister Zalm heeft in het kabinet Balkenende 2 wel overwogen om een compensatie toe te passen voor dergelijke specialistische zorg. Het huidige kabinet zal dit nog moeten concretiseren. Nadeel is dat zorginstellingen, en ook het Cbz, voorlopig niet staan gewillig zijn om het vastgoed te verkopen. Desondanks denken experts dat ziekenhuizen door de marktwerking niet anders meer kunnen. Omdat dit onderdeel zeer complex is, zal er een heel proces aan ten grondslag liggen voordat een belegging tot stand komt. Dit hoort niet bij de core activiteiten van een belegger, en deze zou dat eigenlijk ook niet moeten willen. Aan de andere kant is het goed om vroegtijdig ervaring op te doen met zulke projecten, aangezien er op termijn meer mogelijkheden gaan voordoen.

Kantoorachtige voorzieningen

De huisvesting van planbare zorg, voor onder andere poliklinieken, kan wel als goede belegging worden gezien. Het kantooronderdeel zou een aantrekkelijke belegging zijn. Er is minder procesvorming dan in de acute zorg, waardoor het meer toegankelijk wordt. De alternatieve aanwendbaarheid van deze kantoren is ook beter te noemen, vooral als de units flexibel ingedeeld kunnen worden. Ondanks efficiëntie slagen zal er veel vraag blijven bestaan naar deze kantoorachtige voorzieningen en waarschijnlijk wordt dit alleen

maar groter. Hierbij zijn instellingen ook minder afhankelijk van het kernziekenhuis. Deze kantoorachtige bedrijfsruimten kunnen voor een brede groep gebruikers aantrekkelijk zijn. De kleinschalige initiatieven zijn goed vergelijkbaar met een multifunctioneel gebouw. In hoofdstuk 3 bleek dat er veel behoefte is aan dergelijke ruimten. Vanwege de goede alternatieve aanwendbaarheid kan het ook interessant zijn voor andere sectoren. Kleinschalige initiatieven die op lokaal niveau zorg verlenen zullen vanwege de kleinschaligheid niet interessant zijn voor institutionele beleggers. Daarbij komt dat deze kleinere instellingen zelf ook eigenaar willen zijn van het vastgoed. Instellingen die heel veel andere investeringen hebben kiezen wel sneller een huisvesting op huurbasis, zoals privéklinieken. Naast kleinschalige zorginstellingen en (poli)klinieken kan een kantoorachtige voorziening ook gebruikt worden voor zorggerelateerde en ondersteunende retail in of rondom ziekenhuizen. Dit is beleidsmatig voor de zorg niet zo interessant, maar voor een belegging des te meer. In de markt worden deze ontwikkelingen in de vorm van zorgboulevards en zorgparken gerealiseerd. Deze functies kunnen worden vergeleken met de kantoorachtige voorzieningen en het risico hiervan is te vergelijken met winkels op een B-locatie. Dit onderdeel is erg in opkomst, vooral in de grotere steden. Deze klinieken zijn commerciëler en behalen goede omzetten. Alleen door de aanzienlijke investeringen die zij moeten maken om exploitatie mogelijk te maken zijn er toch meer risico's aan verbonden. Bij de geclusterde instellingen is dit minder het geval, vooral als ze gekoppeld zijn aan het ziekenhuis. Een mix van leisure, ontspanning, sport en kantoor kan als aanvulling op een zorgpark worden gezien. De grootschalige geclusterde eenheden, waarvan er overigens nog weinig zijn, brengen wel hoge investeringskosten met zich mee. Experts verwachten hier geen specifieke problemen, althans als er genoeg commitments zijn. Door het beleid te richten op ketenzorg zijn er verschillende partijen betrokken bij zorgaanbod. Deze specialistische voorzieningen kunnen verschillende functies hebben, bijvoorbeeld een behandel- en een preventieve functie. Juist de geclusterde eenheden zijn als belegging erg interessant, vooral als deze gekoppeld zijn aan een ziekenhuis. Hierbij spelen ligging, kennis, zorgafname een grote rol.

Low care (verpleeg) functie

Voor de low care verpleegfunctie zijn er ook beleggingsmogelijkheden. Deze kantoorachtige ruimtes zijn courant te noemen en zijn flexibel in te delen. Het "beddenhuis" krijgt een steeds meer hotelachtige functie, waardoor het een commercieel doeleind wordt. Het beddenhuis zal afhankelijk zijn van de ontwikkelingen van het ziekenhuis, het zal een aanvulling worden in het zorgpark. Beleggingsmogelijkheden doen zich dan ook voor als dit het geval is. Het beddenhuis zal met de traditionele functie weinig mogelijkheden bieden tot belegging. Deze zijn immers geïntegreerd met andere zorgfuncties. Zoals gezegd doen zich wel mogelijkheden voor bij nieuwe ontwikkelingen. Wel zal de alternatieve aanwendbaarheid en de locatie hiervan een belangrijke factor zijn.

6.1.1 Beleggingspotentieel

Er zijn hoge verwachtingen van beleggingen van de zojuist besproken zorgonderdelen. Juist door het afstoten van het vastgoed kunnen de instellingen de bestaande schulden aflossen. Een ontwikkeling die nu nog niet voor te stellen is maar wel degelijk gaat komen. De marktwerking zal zijn tol gaan eisen voor vele zorginstellingen. Beleggers kunnen hier dankbaar gebruik van maken. Om een indruk te krijgen van de omvang van de zorgmarkt, wordt er in deze paragraaf een inschatting gegeven van het beleggingspotentieel. De waarde is voornamelijk cashflowgebonden en hangt mede af van de alternatieve aanwendbaarheid. De lengte van de exploitatieperiode is hier vooral van belang. Zoals eerder aangegeven wordt de exploitatieperiode steeds korter. In het verleden werd zorgvastgoed afgeschreven over een periode van maximaal 40 jaar. Bij een lange afschrijving is er geen sprake van een exit waarde, in dat geval is een herontwikkeling of het veranderen van de functie interessanter.

Om een schatting te geven van het beleggingspotentieel wordt er van een aantal veronderstellingen uitgegaan. Ongeveer 10 tot 15% van de beleggingsinstellingen in de cure zijn in staat en hebben de behoefte om m2 zorgvastgoed af te nemen. Of dat gebeurt door een sale and lease back constructie of dat het een nieuwe ontwikkeling is, wordt in dit onderzoek in het midden gelaten. Tevens worden er twee scenario's gemaakt hoeveel er afgeschreven wordt en opnieuw geïnvesteerd kan worden. Uit beide scenario's wordt een inschatting gemaakt van de beleggingspotentie. Het eerste scenario gaat uit van een afschrijvingsperiode van 40 jaar en het tweede scenario van slechts 20 jaar. Hierbij wordt uitgegaan van een evenredige verdeling van de afschrijvingen.

Van 2010 tot 2015 zal jaarlijks 160 respectievelijk 320 miljoen van het bestaande vastgoed worden vervangen. Doordat het hedendaagse en toekomstige zorgaanbod een andere indeling heeft, dan het oorspronkelijke aanbod zal het traditionele zorgvastgoed steeds meer van functie wijzigen. Door een efficiëntere indeling zal het aantal vierkante meters zorg niet zozeer stijgen, ondanks de ontwikkelingen aan de vraagzijde. Tevens kan er geïnvesteerd worden in bestaand vastgoed. Door de commercialisering in de zorg willen steeds meer zorginstellingen geen verantwoording hebben voor het vastgoed. Het aanbod van zorgvastgoed zal de komende jaren dan geleidelijk stijgen. Vanaf 2012, bij een volledige markwerking, zijn zorginstellingen wel geneigd om het vastgoed te verkopen. Het is daarom lastig om een gemiddelde aan te geven, maar op basis van de gehouden interviews en de literatuur kan er gesteld worden dat jaarlijks 2 % van het totale bestaande vastgoed op de markt terecht komt.

Dit zou betekenen dat jaarlijks 88 miljoen bij het totale aanbod van zorgvastgoed wordt aangevuld, hiermee bedraagt de totale beleggingspotentie 248 respectievelijk 408 miljoen per jaar. In tabel 6.1 wordt de opbouw van het totale zorgvastgoed overzichtelijk weergegeven. Als dit wordt vergeleken met andere beleggingscategorieën, valt het op dat de traditionele beleggingscategorieën veel groter zijn. Een eerlijke vergelijking kan gedaan worden door het te vergelijken met het totaal aan vastgoedbeleggingstransacties. Door institutionele beleggers werd in 2006 voor bijna 6,6 miljard Euro (FGH Vastgoedbericht, 2007) geïnvesteerd in nieuw commercieel vastgoed. Dit bestaat uiteraard uit een aantal volwassen beleggingscategorieën, maar zorgvastgoed (cure) zal daar wel een kleine bijdrage aan leveren. Het zal daarom geen zelfstandige beleggingscategorie worden, maar wel degelijk een bijdrage geven aan de portefeuille. Vooral als het slechts gaat om een alternatieve belegging.

	Scenario A	Scenario B
Boekwaarde <i>bestaande bouw algemene ziekenhuizen minus academische ziekenhuizen (terreinen, gebouwen, gebouwen in aanbouw)</i>	4,4 mld. <i>(obv prijspeil 2004)</i>	4,4 mld. <i>(obv prijspeil 2004)</i>
Afschrijvingspercentage	2,5% <i>(obv 40 jaar)</i>	5% <i>(obv 20 jaar)</i>
Jaarlijkse vervangingsinvestering	160 mln.	320 mln.
Aandeel te vervreemden vastgoed <i>(2% boekwaarde)</i>	88 mln.	88 mln.
Jaarlijkse beleggingspotentie	248 mln.	408 mln.

Tabel 6.1 Beleggingspotentieel in de cure in de periode van 2010-2015 (bedragen in euro's).

Bron: eigen bewerking

6.1.2 Bijbehorende risico's en rendementen

Nu duidelijk is hoe groot de beleggingsmarkt is, wordt er in deze paragraaf de financiële risico's van deze sector weergegeven. Zoals in hoofdstuk 4 is weergegeven is het financiële risico voor een belegger de onzekerheid dat het verwachte rendement niet (minimaal) gerealiseerd zal worden door derving van huurinkomsten en waardeveranderingen.

Huurinkomsten

Een belegging in vastgoed brengt altijd financiële risico's met zich mee, in dit geval gaat het voornamelijk om de zekerheid van huurinkomsten. Dit risico is erg afhankelijk van de marktsituatie, de kwaliteit/locatie van het vastgoed en de kwaliteit van de huurder. Hoewel het in deze sector om langlopende contracten gaat, brengt het toch veel risico's met zich mee omdat het juist ook veel huurders zijn vanuit dezelfde bedrijfstak. Zolang de kosten niet buiten de normatieve kostencomponent vallen is het voor zorginstellingen nog steeds mogelijk om de financiering rond te krijgen. Het aanbod van het vastgoed zal daar ook op aangepast dienen te worden. Tevens heeft de financiële situatie van een zorginstelling ook grote invloed op de betaalbaarheid. Een belegger is dan ook afhankelijk van de zorgafzet van een huurder. Zo is bijvoorbeeld de boekwaarde van een ziekenhuis niet zo relevant als de schuldenlast die het ziekenhuis met zich meedraagt. Door mismanagement of juist door te hoge kapitaalslasten kan een instelling failliet

gaan. Door goede zekerheden vast te stellen is het zelfs mogelijk om verantwoord te beleggen in de minder courante zorgonderdelen.

De hotelfunctie zal exploitatie technisch ook veel aandacht vragen. Hierbij zijn de hotelachtige voorzieningen afhankelijk van het ziekenhuis en bepalen daarom mede de bezettingsgraad. De risico's van de hotelachtige voorzieningen zijn te vergelijken met de exploitatierisico's van een gewoon hotel. De alternatieve aanwendbaarheid is een bepaalde mate ook aanwezig, op gunstige locaties kunnen deze hotelachtige voorzieningen ook als een echt hotel kunnen fungeren. De rendementseis neemt af wanneer de alternatieve aanwendbaarheid beter wordt. De ligging op lokaal en nationaal niveau zal hierop vooral van invloed zijn. Een kanttekening moet geplaatst worden over het management van deze hotelfunctie. Het is namelijk complexer dan het oude beddenhuis en vraagt om een andere consument gerichte aanpak.

Zorginstellingen die een kantoorachtige functie hebben zijn vergelijkbaar met kleine kantoren met een multifunctioneel karakter. Kleine instellingen die dergelijke investeringen moeten doen, lopen juist risico. In de praktijk blijkt wel dat direct gelieerde tweede lijns zorg voldoende interesse heeft voor te huren huisvesting. Hiermee lijkt het exploitatierisico bescheiden aangezien het niet om grote metrages gaat. De locatie wordt daarbij als belangrijk geacht, een bedrijventerrein zal als ongunstig worden gezien. Een risico voor retailers is dat zij minder omzet behalen in zorgomgevingen dan daarbuiten, terwijl het huurniveau niet veel lager is. Hierdoor is het belangrijk dat de units flexibel ingericht worden, waardoor alternatieve activiteiten mogelijk zijn.

Het vermarkten van de zorgboulevard is dan ook een continu aandachtspunt, gedurende de exploitatie. Het monitoren van de vraag, nieuwe soorten zorgaanbod en de financiële exploitatie zijn belangrijke punten om het beleid te kunnen sturen naar groei of voor het invullen van een andere wijze van een boulevard. Deze zijn immers flexibel en niet zo specifiek als sommige onderdelen van zorgvastgoed, waardoor de alternatieve aanwendbaarheid wordt vergroot.

Continuïteit / Waardeveranderingen

Tevens heeft de waarde van het zorgvastgoed grote invloed op het financiële risico. In het geval van de hot floor is de waarde relatief laag, het zijn de voorzieningen voor de hot floor die de huisvesting kostbaar maken. Door het specifieke karakter is deze functie c.q. het gebouw erg incurant. De kantoorachtige voorzieningen en de low care verpleegfunctie zijn hier minder gevoelig voor en hebben een meer multifunctioneel karakter en zijn daarom alternatief goed aanwendbaar. De waarde van huisvesting voor commerciële activiteiten is meer dan de waarde van huisvesting voor niet commerciële zorginstellingen. De huisvesting van dergelijke activiteiten biedt namelijk ook voor veel andere instellingen ruimte. De alternatieve aanwendbaarheid komt de waarde zeer ten goede. De nieuwe zorgmodellen zijn gericht op de toekomst, waarin flexibiliteit en comfort voorop staan.

De politieke situatie zorgt aan de andere kant voor veel onzekerheid in het zorgstelsel. Voorlopig blijven geldstromen uit verschillende bronnen komen, voornamelijk vanuit de overheid. Maar deze overheid wordt juist ook als onbetrouwbaar gezien in verband met veranderingen in de politiek. De zorg trekt steeds meer naar de markt toe. Essentieel daarbij is de bereidwilligheid van zorginstellingen, zij zullen daadwerkelijk moeten bijdragen aan een nieuwe zorgsector. Beleggers zijn afhankelijk van deze factoren. Het risico met betrekking tot de continuïteit van een instelling is in mindere mate van invloed op de hotel- en kantoorfuncties van een ziekenhuis. De continuïteit zou zelfs voor onderdelen als goed te beoordelen zijn als zorgonderdelen multifunctioneel te gebruiken zijn.

Als de kantoorachtige voorzieningen zich op goede locaties bevinden, dan biedt dit goede perspectieven om andere afnemers te vinden, desnoods uit een andere sector. Hotelachtige voorzieningen kunnen bijvoorbeeld omgezet worden naar woningen.

In onderstaande tabel worden de zorgfuncties met een aantal beleggingskarakteristieken weergegeven. Tevens wordt er een typering aan gegeven, van slecht (- -) oplopend naar heel goed (+ +). Hiermee kan een beter beeld worden verkregen van de verschillen in de besproken zorgfuncties.

Zorgfuncties	Hot floor	'Low-care' verpleegafdeling	Kantoorachtige-voorzieningen
<i>risicofactoren</i>			
Huurinkomsten	+	-/+	+
Continuïteit/waardeveranderingen	--	+	++
<i>Rendement</i>			
Verwacht aanvangsrendement	5 %	7%	8%
<i>Beleggingsmogelijkheden</i>	--	+/-	+

Tabel 6.2 Beleggingskarakteristieken binnen de cure.

Bron: eigen bewerking

6.2 Beleggingsmogelijkheden in de care

Naar verwachting zal ook niet de gehele care sector direct een markt zijn waar beleggers zich op zullen gaan storten. Vergeleken met andere zorgonderdelen is dat enigszins terecht. De reden hiervoor is dat de instellingen in deze sector beduidend kleiner zijn dan die van de cure sector. Het zijn over het algemeen geen grote objecten waarbij veel huurcontracten gemoeid zijn. Dit is niet geschikt voor een institutionele belegger. Maar een ding is zeker, de mensen worden ouder en de behoefte aan zorg wordt steeds groter. Er is op dit moment een barrière om vastgoed af te stoten en deze zou doorbroken moeten worden. Zoals eerder gezegd ontstaan er vele kansen bij het scheiden van zorg en wonen voor de zorginstellingen. De voorzieningen in deze sector zijn daarom steeds couranter aan het worden.

Verzorgings- en verpleeghuizen zijn al niet meer van deze tijd, waardoor er steeds meer locaties of delen van instellingsterreinen vrijkomen. Deze instellingen zijn zeer geschikt om te herontwikkelen gezien de vaak goede locaties waarop deze gevestigd zijn. Door de goede locatie blijft het risico betrekkelijk laag. Niet zozeer de zorg is hierdoor aantrekkelijk in dit zorgonderdeel, maar juist de grondposities. De potentiële waarde van de locatie wordt daardoor als zeer positief gezien, hoewel het niet voorspelbaar is welke ontwikkelingen de zorgsector nog gaat doormaken. Tevens geven dergelijke locaties weer goede onderhandelingsposities om op een andere locatie te kunnen ontwikkelen en beleggen.

Het blijkt ook dat er zorginstellingen zijn die hier belang bij hebben. Deze partijen willen geen sale and lease back-constructie, maar geven de voorkeur aan het herloceren van de instelling. Het huidige vastgoed zal worden afgestoten en op dat moment is de oude locatie een geschikte ontwikkelingslocatie. Beide partijen zouden hier beter van kunnen worden. De grondposities van deze instellingen zijn dus voornamelijk interessant. Naar verwachting zullen er steeds minder verpleeg- en / verzorgingshuizen en GGZ-instellingen in exploitatie komen, althans op de manier hoe ze voorheen werkten. Hier komen specialistische instellingen voor in de plaats. Er zal dus een functionele herstructurering plaatsvinden in de verzorging, die meer op de consument is gericht. De vraag naar privacy zal toenemen en ook de dienstverlening daarom heen gaat een belangrijke rol spelen bij zorgafname. De drempel zal lager moeten worden. Uit beleggingsoogpunt zijn dit positieve ontwikkelingen. De zorg kan namelijk afgenomen worden door een breder publiek. Deze invloeden zullen bij private instellingen eerder plaatsvinden dan bij de traditionele verzorgingshuizen. De komende jaren worden de instellingen nog niet afgerekend op het vastgoed, waardoor deze instellingen het vastgoed nog niet willen afstoten. Dit houdt niet in dat dergelijke instellingen niet interessant zijn. Hoewel het vastgoed vaak gedateerd is, hebben deze instellingen wel behoefte aan betere huisvesting. Bij verhuizing doen zich mogelijkheden voor op de oude locaties. Voor GGZ-instellingen zal nagenoeg hetzelfde gelden.

Vanwege de vermaatschappelijking zullen nieuwe woonvormen ontstaan. Deze zullen meer van individuele aard zijn. Daarnaast zijn er vele specialistische zorginstellingen waarin belegd zou kunnen worden, die een kantoorachtige functie hebben. Binnen deze zorgcategorie is er veel verschil tussen de mate (intensiteit) van de geleverde zorg. Hoe zwaarder de zorg wordt, hoe minder geschikt dit zal zijn voor een belegging.

Het uitrustingsniveau voor zwaardere zorg zal namelijk hoger zijn dan dat van een 'standaardruimte', de gewijzigde eisen aan de afwerking en de inzetbaarheid zijn hiervan de oorzaken. De courantheid van dergelijke ruimten is minder, hoewel (ver)huur van deze ruimten wel mogelijk is. Alleen zeer specifieke ruimten zijn niet geschikt als belegging. Overigens zijn deze instellingen met zware zorg veelal stichtingen.

Wel dienen zich interessante herontwikkelingsmogelijkheden op deze locaties. Als er puur naar de functies van deze instellingen gekeken wordt, komen de voorzieningen met een activiteiten- en kantoorfunctie of een combinatie daarvan in aanmerking als een goede belegging. De voorzieningen die voor huisvesting getroffen moet worden, zijn vrij beperkt en multifunctioneel te gebruiken. Nadeel is echter de eigendomsverhouding van het (huidige) vastgoed en het verkrijgen van toestemming van het College sanering zorginstellingen. Op korte termijn zullen er nog geen grote veranderingen optreden. De beleggingsmogelijkheden zullen individueel beschouwd moeten worden. Indien de instelling zelf behoefte heeft aan andere huisvesting, kunnen er zich goede mogelijkheden voordoen. De komende jaren zal de marktwerking namelijk nog niet intreden. Deze kansen moeten specifiek gezocht worden en zal vooral voor ontwikkelaars interessant zijn, aangezien zij ook huisvesting voor zorginstellingen kunnen realiseren. In hoofdstuk 3 is een overzicht gegeven van de bouwbehoefte. In de volgende paragraaf zal dit verder uitgewerkt worden.

6.2.1 Beleggingspotentieel

Zoals blijkt uit tabel 3.2 is er een behoorlijke behoefte aan meer huisvesting in deze sector. Uiteraard kan dit ook door institutionele beleggers aangeboden worden. Door het verschil te nemen in de bouwbehoefte van de jaren 2003-2010 en 2003-2015, zoals weergegeven in tabel 3.2, kan er de jaarlijkse bouwbehoefte worden verkregen. In de periode van 2010-2015 zal er jaarlijks een bouwbehoefte zijn om 13.600 mensen te laten consumeren. Door de bouwkosten en grondkosten van de Bouwkostennota 2006 te hanteren, kan er een beeld worden gevormd van de totale investering voor de toevoeging van de bouwbehoefte. Het Cbz geeft bouwmaatstaven op voor zorgvoorzieningen, maar deze zijn zeer specifiek. Als gemiddelde wordt in dit rapport uitgegaan van 30 m². Samen met de grond- en bouwkosten kan er een beeld worden verkregen hoeveel investeringen er nodig zijn om de zorgbehoefte te realiseren. Door de enorme investeringen die hiervoor gedaan moeten worden, is het voor zorginstellingen steeds minder interessant om deze investeringen te doen, gelet op de hoge kosten en verantwoordelijkheid. De verwachting is dat 10 % hiervan wordt opgenomen door marktpartijen. Voor het vastgoed dat vernieuwd zal worden geldt hetzelfde percentage. Daarnaast zal ook 10 % van de huisvesting worden vervreemd door zorginstellingen. In onderstaand overzicht wordt bovenstaande overzichtelijk weergegeven. Hiermee zal ook dit zorgonderdeel een aardige bijdrage geven aan het totale bedrag aan vastgoedbeleggingstransacties.

	Scenario A	Scenario B
Boekwaarde <i>bestaande bouw</i>	11 mld. <i>(obv prijspeil 2001)</i>	11 mld. <i>(obv prijspeil 2001)</i>
Afschrijvingspercentage	2,5% <i>(obv 40 jaar)</i>	5% <i>(obv 20 jaar)</i>
Jaarlijkse vervangingsinvestering	1,37 mld.	2,75 mld.
Jaarlijkse uitbreidingsinvestering <i>(Bouwkosten 13.600* (50 m² * 1300), Grondkosten 13.600* (50 m²* 240))</i>	1,05 mld.	1,05 mld.
Opname nieuwbouw <i>(10% van jaarlijkse vervangings- en uitbreidingsinvestering)</i>	242 mln. <i>(137 mln. + 105 mln.)</i>	380 mln. <i>(275 mln. + 105 mln.)</i>
Aandeel te vervreemden vastgoed <i>(2% boekwaarde)</i>	220 mln.	220 mln.
Jaarlijkse beleggingspotentie	462 mln.	500 mln.

Tabel 6.3 Beleggingspotentieel in de care in de periode van 2010 - 2015 (bedragen in euro's).

Bron: eigen bewerking.

6.2.2 Risico's en rendementen

Huurinkomsten

Invloed van de overheid op de care is erg sturend. Er is veel wet en regelgeving, waardoor de organisaties niet flexibel zijn. Zekerheid hadden de instellingen tot voor kort nog wel. Daarnaast moest het Cbz voor

veel zorginstellingen toestemming geven om de geplande investeringen tot uitvoer te brengen. Dit maakt het tot stand brengen van een belegging erg complex.

Vergeleken met de cure kan een mutatie bij de care vaker en sneller tot stand komen omdat deze instellingen minder hoge investeringskosten hebben voor het doen van behandelingen. Doordat de huisvesting steeds meer kantoorachtige locaties worden, zijn ook deze ruimtes goed vervangbaar. Veel instellingen bundelen zich in een zorgcentrum op wijkniveau. Vanuit hier zijn ze benaderbaar voor de wijk en kunnen ze zelf ook naar de consumenten toe.

Continuïteit / Waardeveranderingen

Doordat "oude" verzorgings- en verpleeghuizen geen zelfstandige eenheden hebben en grotendeels als algemene voorzieningen worden gekenmerkt, is de huisvesting niet courant te noemen. Hierdoor zullen deze voorzieningen met de huidige functie geen goede waardeontwikkeling kennen. Het rendement komt nu niet uit met de huidige regelgeving. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met de zwaarte van de zorg. Hoe zwaarder de zorg is hoe incuranter het vastgoed wordt. De woningen die vergelijkbaar zijn met de markt woningen kunnen wel interessant zijn, maar dit valt buiten het bereik van het onderzoek. Duidelijk is wel dat dergelijke terreinen voor herontwikkeling erg interessant kunnen zijn.

De care sector is een sector waarin veel sneller geparticipeerd kan worden door beleggers aangezien de huisvesting veel lijkt op een bedrijfsverzamelgebouw. De ontwikkelingen in de care zijn afhankelijk van de ervaringen die ziekenhuizen opdoen in de komende jaren. Dergelijke ontwikkelingen zullen ook bij de care sector plaatsvinden, het gebeurt alleen met een vertraging van enkele jaren. Na het invoeren van een duidelijk beleid zal de continuïteit verbeterd worden. De vraag is dan wel of zich dan wel mogelijkheden voor investeerders voordoen aangezien de partijen nog niet afgerekend worden op de exploitatie.

In onderstaande tabel worden de zorgfuncties met een aantal beleggingskarakteristieken weergegeven. Tevens wordt er een typering aan gegeven, van slecht (- -) oplopend naar heel goed (+ +). Hiermee kan een beter beeld worden verkregen van de verschillen in de besproken zorgfuncties.

<i>Zorgfuncties</i>	Woonfunctie	Activiteitenfunctie	Kantoorfunctie
<i>Risicofactoren</i>			
Huurinkomsten	nvt	+/-	+
Continuïteit/Waardeveranderingen	nvt	+/-	+
<i>Rendement</i>			
Verwacht aanvangsrendement	nvt	6%	7%
<i>Beleggingsmogelijkheden</i>	nvt	+/-	+

Tabel 6.4 Beleggingskarakteristieken binnen de care.

Bron: eigen bewerking

6.3 Beheersing van beleggingsrisico's

Met de risico's zal men zo goed mogelijk om te dienen gaan omdat deze niet te vermijden zijn. Wel kunnen beleggers de omvang van de risico's beïnvloeden door deze zo goed mogelijk te beheersen. In de onderstaande tabel worden de succesfactoren en negatieve kenmerken overzichtelijk weergegeven. Hieronder volgen eerst de belangrijkste 'tools' om risico's te beheersen.

Diversiteit aan typen gebruikers

Een strenge afbakening maakt het moeilijker om nieuwe huurders te vinden. Dit brengt risico's voor de toekomstige verhuurbaarheid met zich mee. Huurders kunnen ook vragen om specifieke ruimten. Dit kan extra investeringen in het pand met zich mee brengen die het vastgoed mogelijk minder courant maken voor andere activiteiten. Uiteraard moet een product wel aansluiten bij de wensen van de huurders. Een goed marktonderzoek zal moeten uitwijzen of het product een aantoonbare behoefte voorziet. Zorgen voor goede spreiding van solvabele huurders uit verschillende bedrijfstakken zal de diversiteit ten goede komen.

Langjarige huurcontracten en voorverhuur

Door gebruik te maken van langjarige huurcontracten is een belegger zeker van een huurder die er voor lange periode blijft zitten. Dit garandeert een zekere cash flow. Nadelig is dat dergelijke huurcontracten niet mee kunnen groeien met de markontwikkelingen, tenzij de contractsprijs geïndexeerd is. Maar ook in dat geval kan een marktconforme huur niet altijd gehaald worden. Wellicht kan een goede huurder zorgen voor spin-off. Door deze lange looptijd is de kwaliteit van de huisvesting erg belangrijk. Verder zal spreiding in de afloop van huurcontracten het risico op leegstand verminderen.

Bouwkundige flexibiliteit

Door de dynamiek in de zorg hebben de instellingen veel baat bij een hoge mate van flexibiliteit. Dit moet niet gezien worden als doel op zich, maar als een middel om in de toekomst veranderingen toe te passen indien dit wordt gevraagd. Samen met de eisen en wensen van de consument zou de opzet van nieuwe voorzieningen opgesteld moeten worden.

Er moet gekeken worden naar de eindgebruiker / consument. Als deze groep gaat verhuizen of er ontstaan clusters dan behoren de zorginstellingen hierop in te spelen. Het kan ook zijn dat zorginstellingen andere eisen gaan stellen of dat bij mutatie andere eisen worden gesteld door potentiële huurders. Beide componenten vragen veel flexibiliteit van een zorginstelling. De flexibiliteit in een gebouw komt dan ook ten goede aan de courantheid van het gebouw en aan de alternatieve aanwendbaarheid. Tevens moet het vastgoed afstootbaar zijn. De flexibiliteit biedt ook mogelijkheden tot groei en krimp.

Uitgaande van de veronderstelling dat flexibiliteit vooral in de poliklinische sfeer nodig zal zijn, dan betekent dit, dat vooral de derde schil met kantoorachtige functies moet kunnen groeien en krimpen. Rest nog wel de vraag of het verstandig is om op de klassieke manier de ziekenhuisbouw vorm te geven. Zorgboulevards zijn ontwikkelingen die goed op flexibiliteit inspelen. Vooral als een boulevard aan poliklinische voorzieningen zijn gekoppeld wordt er steeds meer gezocht naar flexibiliteit.

Een combinatie van interne en externe flexibiliteit kan worden gerealiseerd door bij de bouw van de voorziening een relatief grote oppervlakte aan verhuurbare ruimten op te nemen. Hiermee wordt, zonder dat dit op de exploitatie drukt, meer uitbreidingsflexibiliteit ingebouwd. De verhuurbare ruimten kunnen (deels) worden herbestemd voor ziekenhuisfuncties, wanneer dit nodig mocht blijken. Uiteraard zal hierbij wel rekening moeten worden gehouden met de resterende looptijd van huurovereenkomsten met derden. De verhuurbare ruimten zouden ook door een derde partij op de markt gebracht kunnen worden, met een contractuele claim vanuit het ziekenhuis op (een deel van) die oppervlakte. Een uitwerking van differentiatie in een gebouw is niet alleen mogelijk in nieuwbouw, het kan ook worden gerealiseerd in bestaande bouw, zoals in het Rijnstate Ziekenhuis is gebeurd.

Succespunten	Negatieve punten (risico's)
Goede locatie	Lage huurinkomsten
Commitments	Gereguleerd door overheid
Differentiatie naar functie van vastgoed in het zorgproces	Incourante zorgonderdelen (vastgoed)
Investeren in nieuwe huisvesting/zorgmodellen	Niet alle zorgonderdelen zijn geschikt als belegging
Alternatieve aanwendbaarheid	Procesvorming
Goed management en huurders	Achterstallig onderhoud
Goed netwerk/imago	Bestaande verouderde bouw
Kennis en ervaring	Specifieke benadering
Investeren in toegevoegde waarde voor zorgproces	Zwakke financiële positie van zorginstellingen
Goede uitstraling/ prettige atmosfeer	Managementintensief
Moet voorzien in aantoonbare behoefte (marktonderzoek)	Lage bezettingsgraad/zorgafzet
Herontwikkelingsmogelijkheden na exploitatie	
Concentratie van instellingen (netwerkkarakter van zorginstellingen)	

Tabel 6.5 Overzicht succespunten en risico's zorgvastgoed.

Bron: eigen bewerking

6.4 Concurrentie

Er is onder de experts geen duidelijk oordeel of zorgvastgoed een echte asset-categorie gaat worden. Iedereen is er wel mee bezig, maar actief worden of zijn is een tweede. Dit geldt voor beleggers maar zeker ook voor ontwikkelaars. Daarbij komt dat het voorlopig niet duidelijk zal worden hoeveel zorginstellingen hun vastgoed af willen stoten en/of willen huren van huisvesting. Op de lange termijn zal dit zeker uitkomen, maar gezien de risico's die daar op dit moment aan verbonden zijn is een terughoudende houding niet onterecht. Tevergeefs zijn er vele kansen in de zorgmarkt om zorginstellingen te huisvesten. De kansen liggen niet voor het oprapen, maar er zijn zeker mogelijkheden. Het zal veel inspanningen vragen om deze instellingen uiteindelijk huisvesting te kunnen bieden.

In de Nederlandse beleggingsmarkt zijn tal van beleggers actief met verschillende achtergronden. Desondanks is het erg moeilijk om actief te worden in een opkomende markt, zoals de zorg. Tijd, energie, kosten zijn de voornaamste offers om toe te treden in deze markt. Tevens is de reputatie van een belegger en diens ervaring maatgevend voor de beleggingsmogelijkheden in zorgvastgoed. Institutionele beleggers, die gekoppeld zijn aan een moedermaatschappij met meerdere bedrijfsonderdelen (bijvoorbeeld zorgverzekeraars en pensioenfondsen) hebben wellicht voorsprong op andere beleggers. Deze partijen kunnen in het voordeel zijn vergeleken met andere institutionele beleggers en of particuliere beleggers vanwege de meerdere ingangen in deze markt. Institutionele beleggers die bijvoorbeeld binnen de organisatie ook zorgverzekeraar zijn, kunnen hiermee langjarige commitments overeenkomen, door bijvoorbeeld zekerheid te geven in de bekostiging van bepaalde zorg voor consumenten. Overigens kunnen particuliere beleggers op hun beurt ook weer in het voordeel zijn doordat zij actief zijn in een bepaalde regio. Buitenlandse beleggers zijn ook geïnteresseerd in Nederlandse beleggingsmarkt, en gezien de ervaringen in het buitenland daarmee ook in de zorg. Zorginstellingen zullen geen belang hebben bij het verkopen van vastgoed aan een buitenlandse belegger. De instellingen vinden het al eng om het vastgoed te verkopen, laat staan aan buitenlandse beleggers. Een uitzondering zal zijn als het gaat om een internationale zorginstelling. Uiteindelijk is de verwachting dat ook buitenlandse beleggers de markt zullen betreden, het is namelijk wel bekend dat veel buitenlandse investeerders geïnteresseerd zijn in de Nederlandse beleggingsmarkt.

Doordat institutionele beleggers op de lange termijn kijken en ook exploiteren is dit voor zorginstellingen interessant. Een zorginstelling kan beter investeren in apparatuur dan in vastgoed waar de kennis vaak van ontbreekt. Beide partijen matchen dan goed bij elkaar. Desondanks kan er ook behoorlijk veel concurrentie verwacht worden van corporaties. Zoals eerder aangegeven hebben dergelijke instellingen fiscale voordelen ten opzichte van marktpartijen.

6.5 Conclusies

Uit de gehouden interviews blijkt dat zorgvastgoed een gunstig profiel heeft, er valt een goed rendement te halen bij een niet te risicovolle belegging. Zorgvastgoed blijkt dus een gunstig risico/rendementsprofiel te hebben. Het is niet zozeer dat er meer rendement te behalen valt in zorgvastgoed, maar wel ander rendement. Het is een aanvulling voor een beleggingsportefeuille en biedt een langjarige zekerheid. Dat is van belang voor beleggers. Op termijn hebben zorginstellingen en institutionele beleggers elkaar toch nodig. Omdat zorginstellingen het vastgoed niet meer kunnen financieren. Doordat institutionele beleggers op de lange termijn kijken en ook exploiteren is dit voor zorginstellingen ook interessant. Een zorginstelling kan beter investeren in apparatuur dan in vastgoed waar de kennis vaak van ontbreekt. Beide partijen matchen dan goed bij elkaar. Tevens zullen er vanuit de overheid wel voorwaarden aangedragen moeten worden zodat het weglekken van 'oud' maatschappelijk geld niet weglekt. Dit biedt meer zekerheid voor een zorginstelling.

Nieuw te ontwikkelen zorgvastgoed zal zeker een waardeontwikkeling gaan doormaken. Gedateerd zorgvastgoed zal aan de huidige eisen moeten voldoen (flexibiliteit) om moderne zorginstellingen te kunnen huisvesten. Indien de huisvesting als boekwaarde erg laag is, kan er gedacht worden aan het opnieuw indelen van de zorgfuncties om aan de huidige eisen te kunnen voldoen. Kortom elk stukje zorgvastgoed is specifiek en zo zal de markt ook benaderd moeten worden.

Op dit moment is de gehele zorgsector nog onbekend terrein voor beleggers. Het is vaak te specialistisch als belegging en de levensduur is erg beperkt vanwege de technologische ontwikkelingen. Voor beleggers is de 'hot floor' geen categorie waar zij zich op moeten richten. Een belegging in de hot floor is enkel mogelijk als het risico heel laag is. Door middel van een langjarig contract en het efficiënt en flexibel inrichten van de

gebouwen zou het wel interessant kunnen zijn. Overige categorieën binnen de care zijn qua marktconformiteit interessanter en daarom meer courant. Nieuwe zorgmodellen in bijvoorbeeld de vorm van zorgparken zijn geschikte beleggingsobjecten voor beleggers. Deze omvangrijke gebouwen zijn consumentgericht en hebben een goede alternatieve aanwendbaarheid.

Binnen de care zijn de verpleeg- en verzorgingshuizen als herontwikkeling zeer interessant. Na afloop van de exploitatie van de huidige functie is het goed mogelijk om een andere functie te geven aan de locatie. De verpleeg- en verzorgingshuizen hebben ook behoefte aan nieuwe huisvesting en aan nieuwe locaties.

Voor de kantoorachtige voorzieningen zijn dan vanwege de marktconformiteit en de alternatieve aanwendbaarheid interessant. Voor GGZ-instellingen geldt hetzelfde. Hierin zitten weinig exploitatiekansen, maar een herontwikkeling kan erg interessant zijn. Andere voorzieningen in de care zijn vaak te kleinschalig waardoor dit niet direct interessant is. Het investeren in gedateerd en kleinschalig zorgvastgoed van deze instituten wordt dan niet als gunstig bestempeld.

Hoofdstuk 7 Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk vormt het slotstuk van deze scriptie. In het hoofdstuk wordt ten eerste de centrale vraagstelling van het onderzoek beantwoord. Dit zal beantwoord worden aan de hand van de opgestelde onderzoeksvragen. Tot slot volgen enkele suggesties voor institutionele beleggers en de aanbevelingen voor nader onderzoek.

7.1 Conclusies en aanbevelingen

In deze paragraaf wordt de centrale vraagstelling beantwoord en wordt nagegaan of de doelstelling is bereikt. Om de centrale vraag gestructureerd te beantwoorden zullen de geformuleerde onderzoeksvragen achtereenvolgens worden doorlopen.

Welke ontwikkelingen zijn er gaande binnen de aanbod- en vraagzijde van de zorg (qua beleid en qua markt)?

De kapitaallastenbrief en de invoering van de WTZi hebben er toe bijgedragen dat marktwerking in de zorgsector toegepast gaat worden. Zorginstellingen worden dan financieel verantwoordelijk. De veranderingen in 2006 kunnen gezien worden als een opmaat voor het nieuwe stelsel, of als een overgangsfase. Het doel van de beleidsveranderingen is om het geïntegreerd strategisch zorg- en vastgoedbeleid van zorginstellingen te bevorderen, het versterken van corporate governance en het verbeteren van de vermogenspositie van de instellingen. Bestaande financieringssystematieken ontmoedigen de opbouw van vermogen door zorginstellingen. Er vindt ook een verschuiving plaats van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg. De patiënt komt steeds meer centraal te staan. Het loskoppelen van de zorgfuncties zal tot gevolg hebben dat op de markt meer vraagsturing plaats gaat vinden, waardoor een gedifferentieerd aanbod ontstaat. Het aanbod van zorg zal dan in kwaliteit, oppervlakte en prijs gaan verschillen. Dit moet wel opgevangen worden. Zorginstellingen gaan hierdoor meer risico nemen. Enkele instellingen zijn pro-actief en proberen rekening te houden met de opkomende marktwerking. De care kenmerkt zich, in tegenstelling tot ziekenhuizen, door een grote verscheidenheid aan doelgroepen en zorgvragers met uiteenlopende zorgbehoeften, waardoor verschillen ontstaan in de ruimtebehoefte, het afwerkingsniveau en de vormgeving. De belangrijkste veranderingen die in dit zorgonderdeel momenteel plaatsvinden zijn het gevolg van extramuralisatie. De komende jaren zullen er binnen de care dezelfde ontwikkelingen plaatsvinden als in de cure. Over enkele jaren zal er ook binnen dit onderdeel marktwerking worden ingevoerd. Hierdoor hebben deze instellingen op dit moment nog een afwachtende houding.

Welke invloed hebben de ontwikkelingen op de huisvesting van zorginstellingen?

Door het ontstaan van nieuwe zorgmodellen is er behoefte aan andere huisvesting. De functies van grote instellingen, zoals een ziekenhuis, worden uit elkaar getrokken. Hiervoor komen grootschalige multifunctionele centra in de plaats. Door de consumentgerichte aanpak krijgen instellingen een kleinschalig en pluriformer karakter. Daarbij zal een hoge mate van flexibiliteit aanwezig zijn. Hierdoor kunnen er bepaalde functies gemakkelijk afgestoten worden en is er meer groei en krimp mogelijk. Doordat zorginstellingen meer verantwoordelijk worden voor hun vastgoed en daardoor risico's krijgen, willen zorginstellingen steeds minder vastgoed in eigendom hebben. Alle zorgvoorzieningen zullen niet meer in zijn geheel eigendom blijven van de zorginstellingen. Er zullen steeds meer sale- and lease back constructies plaatsvinden, aangezien zorginstellingen niet meer de verantwoordelijkheid willen dragen over de eigendommen. Samenwerking met marktpartijen zou dan een uitkomst kunnen zijn of zelfs essentieel worden. Dit geldt niet alleen voor bestaande bouw, maar ook voor de nieuw te ontwikkelen zorginstellingen is deze trend te zien. Hierdoor kunnen instellingen zich meer richten op het leveren van zorg aan consumenten en zal het vastgoed niet in kwaliteit achteruitgaan of beter gezegd juist in kwaliteit vooruitgaan.

Welke kenmerken heeft de beleggingsmarkt en welke ontwikkelingen zijn hierbinnen gaande?

Nog steeds is de vraag naar vastgoedbeleggingen in Nederland groot. De beleggingsmarkt kan echter niet de totale investeringsvraag voorzien. De grote vraag naar kwalitatief goed vastgoed in combinatie met de

lage rente heeft dan ook tot dalende aanvangsrendementen geleid. Hierdoor zal het rendement op langere termijn negatief beïnvloed worden. Nadat de rendementen op vastgoedbeleggingen in Nederland tussen 2000 en 2003 in neerwaartse richting bewogen, is het totaalrendement in 2004 weer licht gestegen. Dit is te danken aan een sterkere waardegroei. Vastgoedbeleggers zijn dan ook op zoek naar de grenzen van de markt.

Tevens is gebleken dat er steeds meer vervreemding plaatsvindt, de afgelopen decennia onder het bedrijfsleven. Zowel nationaal als internationaal is dit enorm toegenomen. Voor beleggers betekent dit dat er meer beleggingsmogelijkheden zijn. Interessant hierbij is dat aandelen op dit moment geen goede tijden meemaken. Beleggen in vastgoed is daarom extra aantrekkelijk. De essentie is dat er binnen een beleggingsportefeuille behoefte is aan risicospreiding, diversificatie en aan kwalitatief goed vastgoed. Er is zeker behoefte aan alternatieve beleggingsmogelijkheden en zorgvastgoed zou daar een van kunnen zijn.

Waarin differentieert zorgvastgoed zich als beleggingsobject ten opzichte van de traditionele beleggingscategorieën?

Als belegging kan zorgvastgoed getypeerd worden als een weinig risicovolle belegging met een gereduceerd rendement. In vergelijking met andere assets heeft zorgvastgoed een ander profiel. Doordat zorg geen of weinig invloed heeft van de economische situatie, kan er sprake zijn van risicospreiding binnen de beleggingsportefeuille. Overigens is het ook een imperfecte markt, de zorg wordt veelal geconsumeerd doordat het wordt vergoed door de verzekering.

Aangezien de marktwerking in de zorg zich in een pril stadium bevindt, kan er voorlopig het best direct worden belegd in fondsen. De reden hierachter is dat het opzetten van zorgconcepten meer betrokkenheid / management van een belegger vereist. Er wordt weliswaar om maatwerk gevraagd. Doordat het vastgoed erg afhankelijk is van zorginstellingen zelf is het belangrijk dat de verschillende partijen in een vroeg stadium bij elkaar komen. Door het specifieke karakter is het belangrijk om gehoor te geven aan de eisen en wensen van zorginstellingen. De zorgmarkt is de komende jaren nog niet transparant te noemen. Er zal nog veel ervaring opgedaan dienen te worden, alvorens het een echte beleggersmarkt wordt. Pas na vele transacties kan er sprake zijn van een beleggersmarkt.

Welke beleggingsmogelijkheden dienen zich, voor de verschillende zorgcategorieën, in de toekomst voor rekening houdend met de gesignaleerde ontwikkelingen?

Uit dit onderzoek blijkt dat zowel de care als de cure een behoorlijke beleggingspotentie hebben. Dit zal voor alle zorgonderdelen mogelijk zijn. Het is moeilijk te zeggen waarin wel en waarin niet belegd moet worden. Elk zorgonderdeel zal specifiek benaderd moeten worden. Een belegging in de acute zorg wordt in eerste instantie als ongunstig gezien, maar indien er een langjarig contract wordt afgesloten is de belegger wel zeker van cashflow. Het nadeel is wel dat dit veelal incurante gebouwen zijn. Veel ogen zijn ook gericht op de zorgparken. Deze, in opkomst zijnde multifunctionele centra, bieden huisvesting voor velerlei zorginstellingen. Nieuwe zorgmodellen zijn hier van toepassing waardoor een meer consumentgerichte zorg wordt verleend. Het oude beddenhuis transformeert zich tegenwoordig tot een hotel.

Binnen de care vindt functieverandering plaats die vooral door de extramuralisatie tot stand komt. De voorzieningen zullen meer gespecialiseerd worden en de huidige voorzieningen zijn verouderd. Dit laatste biedt mogelijkheid tot het herontwikkelen van deze, vaak goede, locaties. Anderzijds zullen er ook mogelijkheden voordoen bij nieuw te ontwikkelen zorgfuncties. Zorginstellingen zullen steeds meer in overweging nemen om de huisvesting te huren.

Een belegging in zorgvastgoed is erg van het moment afhankelijk. Degene die ervaring heeft met de zorgsector zal een behoorlijke voorsprong hebben. Wel is het belangrijk dat zorgvastgoed ook past bij de lange termijn strategie van een institutionele belegger. Volgens eigen berekening zal de totale beleggingspotentie, indien uitgegaan wordt van een afschrijvingsmethodiek van ongeveer 20 jaar, bijna één miljard per jaar bedragen. Hiermee zal het zeker een aanvulling zijn op het totale aantal vastgoedbeleggingstransacties, dat bijna 6,6 miljard bedraagt.

Welke beleggingskarakteristieken heeft zorgvastgoed en welke risico's zijn daaraan verbonden?

In dit onderzoek is gebleken dat zorgvastgoed een goed risico/rendementsprofiel heeft. Het is niet zozeer dat er meer rendement te behalen valt in zorgvastgoed, maar wel ander rendement. Zorgvastgoed is een aanvulling op een beleggingsportefeuille en het biedt langjarige zekerheid. Het zal een stabiele cashflow zijn. Wel zijn er duidelijke verschillen tussen de verschillende zorgcategorieën.

Beleggingen in de curatieve sector zullen forse investeringen zijn. Dit komt voornamelijk door onzekere verwachtingen. Daarbij komt dat de overheid door beleidsveranderingen veel invloed kan uitoefenen. Het is onduidelijk hoe de zorg zich gaat ontwikkelen en welke rol de overheid hierin blijft houden. Dit komt niet ten goede aan de zorginstellingen en grote investeringen staan al een aantal jaren op hold.

Bovenstaande komt vooral tot uiting in het continuïteitsrisico. Dit kan de waarde en de keuze van een belegging erg beïnvloeden. Een ander financieel risico is het derven van huurinkomsten. Dit kan vele oorzaken hebben. Een lage bezettingsgraad of de aanwezigheid van minder goede zorginstellingen hebben veel invloed op de zorgafzet en daarmee de huurinkomsten. Vooral in het nieuwe zorgstelsel zal management erg belangrijk worden.

Een belegging in de hot floor van een ziekenhuis zal niet direct de voorkeur moeten krijgen. Deze zorgonderdelen zijn zeer specifiek, waarbij de kapitaallasten gericht zijn op de apparatuur en diens omgeving. Vanwege de technologische ontwikkelingen is de levensduur beperkt. De huisvesting wordt hiervoor volledig ingericht, waardoor het vastgoed ook een specifiek karakter krijgt. De waarde is daarom niet goed te noemen. Een belegging in dit zorgonderdeel is slechts mogelijk indien het een onderdeel is van een groter geheel en dat er goede voorwaarden worden vastgelegd. Dit kan door het toepassen van een meerjarig contract en het niet verwerken van de restwaarde in de aankoopsovereenkomst.

Poliklinieken, DBC's en zorghotels zijn daarentegen minder specifiek en kunnen daarom gehuisvest worden in kantoorachtige ruimtes. Deze zijn alternatief aanwendbaar en flexibel in te delen. Deze kantoorachtige ruimtes hebben vooral betrekking op de besproken zorgparken. Deze locaties zijn zeer geschikt voor allerlei zorg- en zorggerelateerde instellingen. Dankzij het commerciële karakter dat deze instellingen hebben, kunnen marktconforme huurprijzen worden gevraagd. Een risico bij zorghotels is de bezettingsgraad. Indien zorgverzekeraars bereid zijn om langjarige commitments af te geven, zal het risico veel minder worden. Vooral nog is dat niet het geval en zou er afhankelijk van de opzet en de omvang kritisch naar gekeken moet worden.

Nieuw zorgvastgoed zal zeker een waardeontwikkeling gaan doormaken. Gedateerd zorgvastgoed zal aan de huidige eisen moeten voldoen (flexibiliteit) om moderne zorginstellingen te kunnen huisvesten. Zoniet, dan is het te risicovol om hierin te investeren, tenzij er bijzondere goede voorwaarden worden gehanteerd. Daarnaast zijn alle zorginstellingen met een goede locatie erg interessant vanwege de herontwikkelingsmogelijkheden.

Binnen de care zijn de verpleeg- en verzorgingshuizen als herontwikkeling zeer interessant. Na afloop van de exploitatie van de huidige functie is het goed mogelijk om een andere functie te geven aan de locatie. De verpleeg- en verzorgingshuizen hebben ook behoefte aan nieuwe huisvesting en aan nieuwe locaties. Vooral de kantoorachtige voorzieningen zijn, vanwege de marktconformiteit en de alternatieve aanwendbaarheid, interessant. Voor GGZ-instellingen geldt hetzelfde. Hierin zitten weinig exploitatiekansen, maar als er kansen ontstaan voor herontwikkeling, worden deze instellingen (locaties) des te interessanter. Andere voorzieningen in de care zijn vaak te kleinschalig waardoor dit niet direct interessant is. Het investeren in gedateerd zorgvastgoed van deze instituten wordt dan niet als gunstig bestempeld.

Welke realistische maatregelen/succesfactoren zijn er, om de risico's te beperken, die institutionele beleggers tegenkomen als zij in zorgvastgoed beleggen?

Door een minder strenge afbakening van zorginstellingen te hanteren is het mogelijk om meer en een diversiteit aan typen huurders aan te trekken. Uiteraard moet een product wel aansluiten bij de wensen van de huurders. Een goed marktonderzoek zal moeten uitwijzen of het product in een aantoonbare behoefte voorziet. Een goede spreiding van solvabele huurders uit verschillende bedrijfstakken zal de diversiteit ten goede komen. Door gebruik te maken van langjarige huurcontracten is een belegger garant van een zekere cash flow. Verder zal spreiding in de afloop van huurcontracten het risico op leegstand verminderen. Het vermarkten van de zorginstellingen is dan ook een continu aandachtspunt voor goede exploitatie. De huisvesting zal hier ook op in moeten spelen. Het monitoren van de vraag, nieuwe soorten zorgaanbod en de financiële exploitatie zijn belangrijke punten om het beleid te kunnen sturen naar groei of voor het invullen voor een andere wijze van exploitatie. Door het realiseren van bouwkundige flexibiliteit in huisvesting kunnen er in de toekomst gemakkelijker veranderingen toegepast worden. Hierdoor kunnen de eisen en wensen van de consument ook in de toekomst gewaarborgd worden. De flexibiliteit in een gebouw komt ook ten goede aan de duurzaamheid en aan de alternatieve aanwendbaarheid van het gebouw.

Uitgaande van de veronderstelling dat flexibiliteit vooral in de poliklinische sfeer nodig zal zijn, zullen vooral de kantoorachtige functies moeten kunnen groeien en krimpen. Het ziekenhuis kan een goede basis vormen voor de ontwikkeling van zorginstellingen. Het ziekenhuis biedt de te vestigen bedrijven een goed imago en genereert (enige) bezoekersstromen. Daarnaast kan de relatieve ligging van het ziekenhuis voor goede vestigingslocaties zorgen. Deze liggen vaak centraal en zijn vaak goed bereikbaar. Verder valt uit de concentratie van zorgfuncties (beperkte) synergie voor de huurders (met name qua imago en het delen van faciliteiten en wachtkamers) te bereiken en is het terrein voor veel functies (ook niet zorggerelateerd) aantrekkelijk. Belangrijk is dat er wordt geïnvesteerd in toegevoegde waarde voor het zorgproces en dat op een goede locatie (bestemming).

Middels de antwoorden op de onderzoeksvragen is er antwoord gegeven op de centrale vraag. De centrale vraag in dit onderzoek luidde namelijk als volgt:

Inzicht geven in de ontwikkelingen aan de aanbod- en vraagzijde van het zorgvastgoed, met uitzondering van wonen. Vanuit dit inzicht aanbevelingen doen aan institutionele vastgoedbeleggers welke zorgonderdelen voor hen interessant zijn als beleggingsalternatief.

Tot slot is op te merken dat onderzoek naar beleggingsmogelijkheden in de zorgsector door datagebrek, met name kwantitatief, lastig uit te voeren is. Toch zijn met dit onderzoek de kenmerken en de mogelijkheden van de verschillende zorgcategorieën aangetoond. Desondanks ligt er nog een heel onderzoeksveld klaar voor nader onderzoek. Dit nadere onderzoek zal voornamelijk gericht moeten zijn op het financiële gedeelte van een beleggingsanalyse. Door meer informatie te verkrijgen over de huurprijzen en over de marktwaarde van de verschillende deelmarkten, of zelfs van een specifieke zorginstelling zelf, kan er een betere indruk verkregen worden over de te behalen rendementen. Tevens zal er ook nader onderzoek gedaan moeten worden over de wijze waarop een belegging in zorgvastgoed tot stand komt. Vooral voor de specifieke onderdelen van zorg zijn er andere uitgangspunten en voorwaarden van toepassing.

Literatuurlijst

- Baarda, D.B., en M.P.M. de Goede (2001), *Basisboek methoden en technieken*. Leiden: Stenfert Kroese. Derde druk.
- Bartels, C.P., M.C.M. van Schaik (2004), *Strategisch financieren in een geliberaliseerde zorgmarkt: lenen of leasen?* In: *Handboek Financiële Bedrijfsvoering in de Zorg*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg
- K. Bijsterveld, (2005), "Marktwerking in de zorg heeft grote invloed op vastgoed". *BuildingBusiness* (5).
- Boissevain, H. (2002), *Bouwen aan Rendement: Vastgoed binnen de beleggingsportefeuille*. Amsterdam / Antwerpen: Uitgeverij Business contact.
- Cbz, (2005), *Voorstudie: Zorginhoudelijke ontwikkelingen, wijzigingen wet/regelgeving en marktwerking: GGZ-ontwikkelingen en gevolgen zorginfrastructuur*. Utrecht: College bouw en ziekenhuisvoorzieningen.
- Cbz (2005), *Signaleringsrapport: Strategische positie Vastgoed*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Cbz (2004), *Samenvatting: rapporten vraag cie zorg*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Cbz (2006), *Bouwkostennota 2006*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Cbz (2005), *Jaarverslag 2005*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Driel, A. van (2001), *Rendementsoptimalisatie door dynamisch vastgoedmanagement*. Nieuwegein: Arko Uitgeverij.
- Driel, A. van (2003), *Strategische inzet van vastgoed*. Real Estate boekenreeks. Nieuwegein: Arko Uitgeverij.
- FGH Bank (2006), *FGH Vastgoedbericht: grenzen verkennen: regionale marktgegevens van 2005*. Utrecht: FGH Bank.
- FGH Bank (2007), *FGH Vastgoedbericht: Vastgoed is beleven*. Utrecht: FGH Bank.
- Fritzsche, C., H. Hoepel, L. Kaper, A. van Ommeren (2004), *Huisvesting is strategisch goed: Wegwijzer voor vastgoedmanagement in ziekenhuizen*. Amersfoort: Twynstra Gudde
- Geuting, E., F. Sevenheck (2003), *Marktverkenning Hofpoort Zorgpassage en het verzamelgebouw*. Nijmegen: Stec Groep.
- Gool, P. van, R.M. Weisz, P.G.M. van Wetten (2003), *Onroerend goed als belegging*. Culemborg: Stenfert Kroese.
- E. Harms (2007), "Hier is niet meer maar ander rendement te halen". *Real Estate Magazine: Zorg & Gezondheid* 51, p. 10-13.
- IVBN (2005), *Vastgoedmarkt en vergrijzing: IVBN 10 jaar: jubileumuitgave 2005*. Voorburg: Stec Groep/Vereniging van Institutionele Beleggers in Vastgoed, Nederland.
- Hendriks, C.J.G.M. (2003), *Vastgoedbeleggen*. Deventer: Kluwer.

Keeris, W.G. (2001), *Vastgoedbeheer Lexicon: begrippen – omschrijving – toelichting*. Groningen: Wolters Noordhoff.

KPMG (2006), *Marktwerking, DBC's en Besturing*, KPMG Business Financial Services.

Ortomed (2001), Nieuwsbrief december 4 (4). Ortomed.

Otter, H.J., H.R. Heida (2005), *Primos Prognose 2005: De toekomstige ontwikkeling van bevolking, huishoudens en woningbehoefte*. Delft: ABF Research.

Jeurissen, P. (2006), Lusten en lasten van vrije investeringsselectie: uitdagingen voor het management van zorginstellingen. In: *Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: Economische en juridische aspecten*. Zoetermeer/Rijswijk: Raad voor de Zorg en Gezondheid/Quantes.

Real Estate Magazine (2007), "IVBN en NVB vinden definitie maatschappelijk vastgoed van overheid te ruim." Real Estate Magazine: <http://www.realestatemagazine.nl/document.htm?id=18849&navID=44> (bezoekt op 17-07-2007)

Sogelée, G., J. Brouwer, J. van Galen (2003), *Nationale analyse zorg en wonen en zorg, 2003-2015*. Delft: ABF Research.

Schellingerhout, R. (red.) (2004), *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

TCN Cares (2005), Health Parks. Nieuwegein: TCN property projects.

A. Thissen, (2005), "Van ziekenhuisterrein tot zorgpark." *Rooilijn* (2).

R. Scheerder (2005), "Integrale Tarieven en Kapitaallasten". *Zorg & Financiering* 01 (4), p. 11-19.

Troostwijk (2005), *Het vastgoedbeleggingsbeleid van de grote Nederlandse Institutionele beleggers en vastgoedfondsen*. Amsterdam: Troostwijk.

Uittenbogaard, L.B. (1998), Risicoanalyse en het vastgoedinvesteringsproces. In: *Risicoanalyse van vastgoed; het (proces van) inventariseren en wegen van vastgoedrisico's*. Amsterdam: Stichting Beleggings- en Vastgoedkunde.

Verweij, M., F. Bisschop (2005), "Flexibel bouwen: vastgoed in de cure op een kruispunt van wegen.", *Medisch contact* 60 (5), p. 189-191.

Verweij, M., F. Bisschop (2006), "Ingrijpende systeemwijziging voor financiering zorgvastgoed." *ZM Magazine* (1), p. 7-10.

Verweij, M. (2006), Symposium *De toekomst van de kleine ziekenhuizen en van nevenlocaties*: sheets symposium College bouw zorginstellingen.

B. Vlugt (2003), "Elco Brinkman: 'Zorg kan beter en efficiënter door inzet ICT-toepassingen': In Nederland valt nog veel te winnen." *Computable* (9), p. 3.

Wildt, R.T.H. de (2006), "Zorgvastgoed op zichzelf, Startpunt voor verzelfstandiging"; In: *Dossier management van vastgoed in de zorgsector* (06-03), Zoetermeer: Raad voor de Zorg en Gezondheid/Rigo Research & Advies.

www.CBS.nl

www.kcwz.nl

Bijlage 1

Overzicht van geïnterviewden

	Naam	Functie	Organisatie
Zorg	Drs. P. Wagenaar	Gemachtigde	College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen
	Drs. ing. N.J. Nauta	Beleidsmedewerker Stafafdeling Research & Development	College bouw zorginstellingen
	Mw. E.A.P.M. Thewessen	Raad van Bestuur	Groene Hart Ziekenhuis
	Drs. T.J. van der Ploeg, MHA	Manager Zorg	Achmea Zorg
Ontwikkeling	Ir P. J. Smits	Ontwikkelingsmanager	Multi Vastgoed bv
	T. Weghorst	Programmadirecteur TCN Cares	TCN property projects
	Drs. L. Wijnhoven	Manager Design & Development	Heijmans Vastgoedontwikkeling B.V.
Consultancy	Drs. F.B. Keijzer RC	Adviseur	KPMG Gezondheidszorg
	Ir. D.A.E. Christmas MMC	Adviseur	Twynstra Gudde
	Drs. R. van Kessel	Adviseur zorgvastgoed	Adviesbureau zorgvastgoed
Belegging	R.W.Y. van Dijk MRE	Asset manager Residential	ING Real Estate Investment Management
	Ing. T.G.M. Jongerius MRE	Hoofd acquisitie Sector Vastgoed	SPF Beheer

Bijlage 2

Vragenlijst interviews

Algemeen

1. Wat verandert er de komende 10 jaar aan de aanbodkant (reactie zorginstellingen op toegenomen concurrentie, eisen verzekeraars en overheid) in de zorg?
2. Waarin verschilt een zorginstelling van andere bedrijfstakken?
3. Wordt een winstbeogende zorg een normaal verschijnsel of zal dat een uitzondering blijven?
4. Ligt het vervreemden van zorgvastgoed voor de hand? Wat zijn hier de voor en nadelen van?
5. Welke onderdelen van de zorginstellingen en/of het ziekenhuis (kantoorfuncties/planbare zorg) zijn geschikt voor commerciële doeleinden? Wat is dan het verschil met vervreemding?
6. Wat zijn realistische huurniveaus voor de functies in vervreemd en/of nieuw zorgvastgoed?
 - In welke opzichten zullen die afwijken van huurcontracten voor kantoren en winkels?
 - In hoeverre speelt alternatieve aanwendbaarheid nog een rol van betekenis bij het al of niet afsluiten van huurcontracten? En wat zou die aanwendbaarheid kunnen zijn? Zou dit ook mogelijk zijn voor andere commerciële bedrijven en wat voor invloed heeft dit op het vastgoed?
 - Zal het ziekenhuis zelf ook te maken hebben met zulke hoge huisvestingskosten, gezien de nieuwe wetgeving?
7. Is er een inschatting te maken van de waarde van het huidige zorgvastgoed?
8. Volgens een onderzoek van KPMG onder Nederlandse ziekenhuizen naar de gevolgen van de invoering van de marktwerking en de Diagnose Behandeling Combinaties blijkt dat ziekenhuizen onvoldoende voorbereid zijn op de aanstaande concurrentieslag. Wat vindt u van deze uitspraak? Is het te vroeg? Is men er al klaar voor, kunnen zorginstellingen het al wel?
9. Is/heeft (telemedicin) een bedreiging/invloed voor huisvesting van zorginstellingen?
10. Welk scenario ziet u in de toekomst ontstaan, mbt overheid, samenwerking met marktpartijen, waardeontwikkeling enz.

Zorg

1. In hoeverre zijn ziekenhuizen bereid om samen te werken met zelfstandige zorginstellingen (technisch en facilitair beheer)? En hoe met de ontwikkeling (risicodragend)?
2. Binnen zorgboulevards ontstaan zelfstandige behandelcentra's die 2^e lijns ziekenhuiszorg kunnen leveren. Is dit ook mogelijk voor gezondheidscentra? Zoniet, wat zijn dan de belangrijkste functies van gezondheidscentra?
3. Vindt u dat de overheid zich nog verder moet terug trekken uit de zorg of moet zij nog de rol als katalysator opnemen?
4. Andre Rongen, directeur Royal Haskoning Architectuur, is geen voorstander van grootschalige ziekenhuisontwikkelingen met aanpalende zorgboulevards en zegt het volgende hierover: "Dergelijke boulevards zijn vanwege de schaalvergroting niet inpasbaar in de stad, en ontwikkelen zich aan de periferie vaak met niet-zorggerelateerde commerciële functies. Het is niet goed om te veel economische functies uit de stad naar de omgeving van een ziekenhuis te halen. Bovendien is het een ontwikkeling die te weinig vanuit de patiënt denkt. Met het aantrekken van niet-zorgfuncties wordt de beheersbaarheid van besmetting bemoeilijkt door een verhoogde kans op bacteriële overdracht" Wat vindt u hiervan?
5. Is er genoeg capaciteit voor de toekomstige zorgaanbod/vraag? Meer behoefte naar ruimte/locaties? Of is vervreemding van vastgoed al voldoende?

Vastgoed

Ontwikkeling van zorgvastgoed

1. Waarin verschilt het ontwikkelen van accommodaties voor de zorgsector van het ontwikkelen van ander bedrijfszonnenderend goed?
2. Welke (nieuwe)vastgoedconcepten ziet u de komende jaren op de markt verschijnen, betekent dat dan ook meer behoefte naar ruimte of locaties?

3. Is de zorgsector wel geschikt om multifunctioneel te bouwen? Zo neen, hoe komt dat?
4. In hoeverre kan de verbreding van de doelgroepen van zorgaanbieders doorgevoerd worden?
5. Van welke levensduur wordt bij het zorgvastgoed uitgegaan? Verschilt dat tussen de soorten gebouwen of wordt dat door andere omstandigheden bepaald?
6. Kan in heel Nederland, dus per ziekenhuis of verzorgingsgebied, een zorgboulevard of een gezondheidscentrum gerealiseerd worden? En is er een standaardisering van het aantal bedden of behoefte naar zorg per 1000 mensen?
7. Wat zou, naast multifunctionaliteit en flexibiliteit, de belangrijkste karakteristieken van zorggerelateerd vastgoed moeten zijn?
8. Wordt zorgvastgoed een nieuwe asset in de portefeuille van een belegger of zal het toch overwegend een eigenaar-gebruikers-markt blijven?
9. Hoe groot kan de waarde van het zorgvastgoed vermeerderen in het licht van de ontwikkelingen op markt- en beleidsgebied?
10. Zijn gezondheidscentra's te vergelijken met zorgpassages mbt rendement en risico's?

Beleggen van zorgvastgoed

1. Redenen om te beleggen/participeren in zorgvastgoed (dus geen woonzorg)?
2. In hoeverre diversifiërend voor asset portfolio (toekomstverwachtingen/risico/rendementsverhoudingen)?
3. Hoe onderscheidend is het van andere vastgoedbeleggingscategorieën?
4. Welke typen zijn goede investeringen, welke niet, waarom juist die?
- Onder welke voorwaarden zou het interessant zijn om erin te beleggen?
(varkenscyclus, bezettingsgraad, huurcontracten)
5. Waar zouden we gelet op de huidige omstandigheden het zorgvastgoed moeten positioneren qua risico/rendementsverhoudingen?
6. Waarin zou er dan belegd worden, fysiek gezien (binnen/buitenwanden)?
7. Gezien de verschillende soorten beleggers (institutionele vs particuliere, Nederlandse vs buitenlandse, beleggers met een nationale en met een internationale focus), is het zorgvastgoed voor elke belegger een potentiële beleggingscategorie?
8. Wat zijn de voor- en nadelen van beleggen in zorgvastgoed? En voor deze nadelen en belemmeringen, ziet u hierin realistische oplossingen? En hoe kunnen de risico's worden beheerst?

Bijlage 3

Definities

Cure:

*1^e lijn*zorg : alle niet-gespecialiseerde, vrij toegankelijke voorzieningen in de gezondheidszorg en de hulp- en dienstverlening; de huisarts neemt hierbij een centrale plaats in.

*2^e lijn*zorg: zorg die voornamelijk verleend wordt op afgesproken tijden waarbij de cliënten vanuit de eigen woon- en werkomgeving naar de hulpverlener toekomen, of waarbij de hulpverlener de cliënt in diens omgeving bezoekt

*3^e lijn*zorg: zorg die verleend wordt aan mensen die langer dan 24 uur in een instelling verblijven zoals een verpleeg- of verzorgingshuis, ziekenhuis of een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking.

APZ: Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis

Care:

24-uurs nabije zorg: dat is in de eerste plaats 24-uurs nabije zorg en bescherming, ofwel permanente, niet-planbare langdurige, continue zorg voor mensen met ernstige psychiatrische en somatische aandoeningen. Dit type zorg wordt op dit moment doorgaans door verpleeghuizen aangeboden. Maar ook kleinschalig groepswonen voor dementerenden valt daar onder.

Zorg of begeleiding op afroep: ofwel niet-planbare diensten. Tijd en plaats zijn niet van te voren bekend. De aard van de zorg is meestal kortdurend, maar moet wel snel worden afgehandeld. Dergelijke diensten worden nu meestal aangeboden door verzorgingshuizen. Door de aard van de zorg is nabijheid van een steunpunt een belangrijk voordeel.

Zorg op afspraak: ofwel planbare diensten. De tijd en de aard van de diensten zijn van te voren te bepalen. In veel gevallen wordt deze zorgsoort nu door de thuiszorg aangeboden, maar het is goed denkbaar dat dit type van zorg ook door andere organisaties wordt aangeboden.

RIBW's: regionale instellingen voor beschermende woonvormen