

2011

Rijksuniversiteit
Groningen &
Acantus Groep

Bas van der Swaluw

[Zorgvastgoed; Strategie of noodzaak?]



Veranderende omstandigheden

Per 1 januari 2009 is de zorgzwaartebekostiging van kracht, dit betekent voor zorginstellingen dat zij niet meer een gemiddeld bedrag per bed krijgen uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (ABWZ), maar een geldbedrag waarvan de hoogte is afgestemd op de zorgbehoefte (ZZP) van de cliënt. Per 2012 wordt er een huisvestingcomponent aan deze ZZP gekoppeld. Voorheen kregen zorgaanbieders de huisvestingslasten vergoed op basis van nacalculatie, per 2012 krijgen zij ook voor de huisvesting een vergoeding per patiënt. Dit betekent dat bij leegstand de zorgaanbieder geen vergoeding krijgt voor de huisvesting. De zorgaanbieder krijgt hierdoor, meer dan voorheen, te maken met vastgoedrisico's.

De toegenomen risico's houden in dat de vastgoedpartners van zorgaanbieders kritischer gaan kijken naar het businessplan en het te realiseren vastgoed. Deze vastgoedpartners zijn hoofdzakelijk woningcorporaties die handelen vanuit de prestatievelden vastgelegd in het BBSH (Besluit Beheer Sociale Huursector). Deze prestatievelden zijn onder andere 'financiële continuïteit' en 'wonen en zorg'. Corporaties moeten verantwoording afleggen over de zorgportefeuille en de (des)investeringen hierin, maar ook zorg dragen voor een solide financieel beleid binnen de gestelde kaders.

Dit houdt in dat een corporaties portefeuillebreed moeten kijken naar de rendementen die gehaald worden. Zowel het financiële rendement als het maatschappelijk rendement is hierbij van belang. Daarnaast is het van belang de risico's behorende bij de totale portefeuille en specifieke portefeuille onderdelen in kaart te brengen en te beheersen. Dit om grote tegenvallers te voorkomen en hiermee financiële continuïteit op de lange termijn te realiseren.

Buiten de veranderende regelgeving in de zorg zijn er andere brede maatschappelijke ontwikkelingen die risico's met zich mee brengen voor corporaties. Voorbeelden hiervan zijn de DAEB (Diensten van Administratief en Economisch Belang) regelgeving, corporaties moeten 90% van het bezit verhuren aan de DAEB doelgroep, en de demografische ontwikkelingen in Nederland. Met name de ontwikkelingen laatste hebben grote invloed op de toekomstige vraag naar (zorg)vastgoed. Op macro niveau is er een trend van vergrijzing te onderscheiden. Op regionaal niveau kan er onderscheid gemaakt worden tussen groeiende regio's en krimpende regio's. Dit onderzoek heeft zich gericht op corporaties in

krimpregio's, omdat bevolkingskrimp een aantal bijzondere consequenties voor de toekomstige vraag naar (zorg)vastgoed.

Demografische ontwikkelingen

De verwachting is dat Nederland steeds ouder wordt (vergrijzing) en hiermee ook de zorgvraag de komende jaren toe zal nemen. Naarmate mensen ouder worden neemt de kans op zorgbehoefte toe. Daarnaast is in krimpgebieden sprake van een ontgroening (afname van het aantal jongeren) van de bevolking en absolute afname van het aantal inwoners. Hiermee neemt naar verwachting ook de vraag naar vastgoed af. Daarnaast verschuift de vraag naar vastgoed naar levensloop bestendige woningen of andersoortige woningen waarin een zorgvrager kan wonen.

Deze afname en veranderingen in de vraag naar zorgvastgoed zorgt op dit moment al voor een ruime woningmarkt (aanbodoverschot) in krimpregio's. Dit heeft tot gevolg dat het moeilijk is om vastgoed te verhandelen tegen een marktconforme prijs. Voor zorgvragers heeft dit tot gevolg dat wanneer iemand moet of wil verhuizen naar bijvoorbeeld een intramurale instelling of een aanleunwoning dit niet altijd mogelijk is. Deze keuzemogelijkheden voor een particulier worden in de praktijk beperkt wanneer de eerste hypotheek niet afbetaald kan worden of er veel verlies wordt geleden bij de verkoop van de woning. De verwachting is dat dit in de toekomst niet anders zal zijn. Hierdoor moeten zorgvragers soms noodgedwongen thuis blijven wonen of verhuizen naar een kleine goedkope (huur)woning in de nabijheid van een zorgcomplex.

Resultaten onderzoek

Dit onderzoek richt zich op de invloed die de invoering van de Normatieve Huisvestingscomponent heeft op het strategisch voorraadbeleid van woningcorporaties. Hierbij is gebruik gemaakt van beschikbare literatuur en zijn zes diepte interviews afgenomen met drie woningcorporaties en drie zorgaanbieders.

Het strategisch voorraadbeleid is op basis van het Corporate Real Estate model te onderscheiden in een tweetal aandachtsvelden; Het algemeen management (visie en beleid) en het vastgoedmanagement. De visie en het gevoerde beleid van de corporatie werken vormen de basis voor het te voeren vastgoedmanagement. Hierbij zijn verschillende typen corporaties te onderscheiden met elk een eigen werkgebied, rendementseis en mate van productinnovatie. Wanneer de bestuurders van een corporatie het beleid en de visie voor de komende jaren hebben bepaald kan gekeken worden naar het portefeuillebeleid.

Om een gestructureerd en verantwoord portefeuillebeleid te voeren kan een corporatie een stappenplan volgen, bijvoorbeeld op basis van Eskinasi (2008). Hierbij worden doelstellingen geformuleerd, een omgevingsanalyse uitgevoerd, de huidige portefeuille geanalyseerd, de gewenste portefeuille geformuleerd en vervolgens gecombineerd tot een verander opgave. De financiële effecten en risico's van deze verander opgave(n) worden doorgerekend op basis van verschillende scenario's waarna een weloverwogen portefeuillesamenstelling tot stand komt. Dit proces kan gebruikt worden voor zowel de totale portefeuille als voor deelportefeuilles.

De gewenste portefeuille komt tot stand door te kijken naar de toekomstige vraag, risico's en de rendementseisen. Tijdens de interviews met corporaties is gebleken dat met name risicoanalyse, zowel op object- als op portefeuilleniveau niet structureel wordt uitgevoerd. Dit terwijl de corporaties wel aangeven dat de risicoperceptie doorwerkt in de rendementeis en hiermee de huurprijs. De geïnterviewde corporaties zijn grotendeels op de hoogte van de risico's verbonden aan zorgvastgoed maar beheersen deze risico's niet op een structurele manier.

Zorgaanbieders en woningcorporaties zijn beiden van mening dat mensen steeds langer thuis blijven wonen. Door middel van aanpassingen in de woning en het leveren van thuiszorg wordt de noodzaak tot verhuizen steeds verder uitgesteld. Dit sluit aan bij de toenemende behoefte aan zelfredzaamheid bij ouderen en het gevoerde overheidsbeleid dat gericht is op het scheiden van wonen en zorg. Deze ontwikkelingen hebben als keerzijde dat het bestaansrecht van het huidige verzorgingstehuis onder druk komt te staan.

Ook is uit de interviews gebleken dat de samenwerking tussen zorgaanbieders en woningcorporaties in de regel ad hoc tot stand komt en een gezamenlijke visie op zorg op dit moment nog ontbreekt. Zorgaanbieders nemen hierbij vaak het initiatief bij het opstarten van een samenwerking en het realiseren van zorgvastgoed. In het verleden werd nauwelijks gekeken naar de financiële positie van de zorgaanbieders of de courantheid van het vastgoed. Dit omdat de financiering van het vastgoed voor de komende 50 jaar gegarandeerd was wanneer er een vergunning afgegeven werd door het college bouw. Door de veranderende regelgeving worden zorgaanbieders gedwongen een uitgebreid businessplan te presenteren waarbij ook de zorgkant steeds meer van belang wordt voor de corporaties. De zorgverlening is immers gekoppeld aan de vergoeding voor de huisvesting.

Ook kijken corporaties naar de courantheid van het zorgvastgoed en is er meer aandacht voor flexibiliteit en waardevast ontwikkelen. Vandaar dat corporaties aangeven geen grootschalige intramurale complexen meer te willen realiseren en de voorkeur geven aan alternatief aanwendbare extramurale of semi-extramurale woningen.

De precieze en directe invloed van de veranderende regelgeving op de totale vastgoedportefeuille op de korte termijn is gering, corporaties staan wel kritischer tegenover zorgaanbieders maar zijn zich ook bewust van de taakstellingen uit het BBSH en de geldigheid van huidige contracten. In de zomer van 2011 wordt er door de onderzochte corporaties niet of nauwelijks geïnvesteerd in zorgvastgoed, dit is echter eerder de wijten aan de financiële crisis die heerst sinds 2008 dan aan de veranderende regelgeving in de zorg.

Wanneer het gaat om lange termijn effecten is de invloed van de veranderende regelgeving naar verwachting groter. Corporaties zullen minder snel investeren in specifiek en incourant vastgoed. Hierdoor zal naar verwachting het zorgvastgoed van corporaties op de lange termijn vooral bestaan uit aspecifiek, extramuraal of semi-extramuraal vastgoed. Hierbij zal door corporaties vooral gekeken worden naar courantheid en alternatieve aanwendbaarheid. Het specifieke zorgvastgoed zal hoofdzakelijk worden ontwikkeld door zorgaanbieders zelf, dit zal naar verwachting ontwikkeld worden in de kernen van krimpregio's.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	2
FIGUREN EN TABELLEN	8
1. INLEIDING	10
METHODOLOGIE	14
LEESWIJZER	16
2. ACHTERGROND	17
ACTOREN.....	17
2.1.2. OVERHEID	17
2.1.3. ZORGAANBIEDERS & VERZEKERAARS.....	19
2.1.4. WONINGCORPORATIES.....	21
2.1.5. ZORGVRAGERS.....	23
2.2 ZORGCONCEPTEN.....	25
2.2.1. CARE & CURE	26
2.2.1. INTRAMURALE ZORG.....	27
2.2.2.1. EXTRAMURALE ZORG.....	29
2.3 DEMOGRAFISCHE ONTWIKKELINGEN.....	31
2.3.1 BEVOLKINGSKRIMP	31
2.3.2. VERGRIJZING & ONTGROENING	32
2.4 HUIDIGE MARKT & KENMERKEN ZORGVASTGOED	33
2.5 SAMENWERKINGSVORMEN	38
2.6 WETGEVING	42
2.6.1 OUDE WETGEVING	42
2.6.2 HUIDIGE WETGEVING	42
2.6.3. NIEUWE WETGEVING	43
2.7. STRATEGISCH VASTGOEDBEHEER	45
2.8 ONDERZOEK EN VERWACHTINGEN	46
RESUMÉ	48
3. VISIE EN BELEID.....	50
RESUMÉ	53
4. VASTGOEDWAARDERING EN RISICOMANAGEMENT	54
4.1 VASTGOEDWAARDERING.....	54

<u>4.2 RISICOMANAGEMENT.....</u>	<u>56</u>
<u>RESUMÉ</u>	<u>58</u>
<u>5. ANALYSE</u>	<u>59</u>
<u>5.1 DEMOGRAFISCHE ONTWIKKELINGEN</u>	<u>59</u>
<u>5.2 SAMENWERKING.....</u>	<u>61</u>
<u>5.3 RISICO EN EIGENDOM</u>	<u>63</u>
<u>5.4 ZORGCONCEPTEN.....</u>	<u>65</u>
<u>5.5 TOEKOMSTVISIE</u>	<u>66</u>
<u>DRIE TOEKOMSTSCENARIO'S:</u>	<u>67</u>
<u>SCENARIO: ZELFSTANDIGHEID</u>	<u>68</u>
<u>SCENARIO: AFHANKELIJKHEID</u>	<u>68</u>
<u>SCENARIO: WEDERZIJDSE AFHANKELIJKHEID</u>	<u>69</u>
<u>7. CONCLUSIE.....</u>	<u>70</u>
<u>REFLECTIE EN AANBEVELINGEN</u>	<u>74</u>
<u>BRONNEN:.....</u>	<u>76</u>
<u>BIJLAGE 1: DEFINITIES & AFKORTINGEN</u>	<u>79</u>
<u>BIJLAGE 2: VERSCHILLENDE ZZP INDICATIES</u>	<u>82</u>
<u>BIJLAGE 3: HET CORPORATE REAL ESTATE MANAGEMENT – CREM - MODEL</u>	<u>84</u>
<u>BIJLAGE 4: WET BESLUIT BEHEER SOCIALE HUURSECTOR, HOOFDSTUK 3 ARTIKEL 12B</u>	<u>85</u>
<u>BIJLAGE 5: ABWZ ZORG ZONDER VERBLIJF PER PROVINCIE 2006 - 2009</u>	<u>86</u>
<u>BIJLAGE 6: ABWZ ZORG MET VERBLIJF PER PROVINCIE 2006 – 2009.....</u>	<u>87</u>
<u>BIJLAGE 7: BEVOLKINGSPROGNOSE 2011 – 2030 PER PROVINCIE</u>	<u>88</u>
<u>BIJLAGE 8: SAMENWERKINGSMOGELIJKHEDEN VOOR OP BASIS VAN DE DOELSTELLINGEN VAN ZORGAANBIEDERS EN CORPORATIES</u>	<u>89</u>
<u>BIJLAGE 9: NHC TARIEVEN 26 JULI 2011.....</u>	<u>90</u>
<u>BIJLAGE 9: INTERVIEWVRAGEN</u>	<u>91</u>

FIGUREN EN TABELLEN

- Figuur 1: De situatie tot 1 januari 2012
- Figuur 2: De situatie vanaf 1 januari 2012
- Figuur 3: Verbetering houdbaarheid als percentage BBP door aanpassing beleid
- Figuur 4: De relatie tussen Zorgverzekeraars, Patiënten / Verzekerden en Zorgaanbieders
- Figuur 5: Procentuele verdeling ABWZ Lasten 2010
- Figuur 6: Ontwikkeling van het aantal ouderen in instituties in 2007-2050, naar leeftijdsklasse.
- Figuur 7: aantal personen in instituties in 2007-2050, naar type
- Figuur 8: Visuele weergave van de scheiding tussen wonen en zorg.
- Figuur 9: Personen in verzorging- en verpleeghuizen naar leeftijd.
- Figuur 10: Bevolkingsprognose tussen 2010 en 2020
- Figuur 11: Bevolkingsgroei 2010 – 2010 Noordelijke Provincies.
- Figuur 12: Verdeling van de zorguitgaven.
- Figuur 13: Piramide met getrapte verantwoordelijkheden
- Figuur 14: Aandachtsvelden CREM model
- Figuur 15: Bedrijfsstijlen woningcorporaties
- Figuur 16: Inhoudelijke stappen naar een portefeuillestrategie
- Figuur 17: Waardebegrippen en historische ontwikkeling
- Figuur 18: exploitatieoverzicht vastgoedexploitatie

- Tabel 1: Bedrijfsresultaten Zorginstellingen in miljoenen euro's
- Tabel 2: Opgeleverde woningen per jaar per type opdrachtgever 2006 – 2010
- Tabel 3: Woningen totaal en sociale verhuur Noord Nederland 2002, 2006 en 2009.
- Tabel 4: Levensverwachting en gezonde jaren naar huidige leeftijd afgerond op 1 decimaal
- Tabel 5: Ouderenwoningen Groningen, Drenthe en Friesland
- Tabel 6: Verdeling intra- en extramurale zorglasten per sector in 2009
- Tabel 7: Enkele kenmerken van Care en Cure
- Tabel 8: kenmerken ABWZ gebouwen
- Tabel 9: Functionele veroudering naar Type ABWZ instelling
- Tabel 10: ABWZ zorg met- en zonder verblijf naar leeftijd en provincie
- Tabel 11: Typologie babyboomers naar leefstijl.
- Tabel 12: Verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing
- Tabel 13: Motieven zorginstellingen en corporatie per categorie
- Tabel 14: Beoogde toekomstige geldstromen ABWZ
- Tabel 15: Verhouding Kapitaallasten en NHC tijdens overgangsfase
- Tabel 16: Risico's bij vastgoedontwikkeling algemeen en zorgvastgoed

VOORWOORD

In juni 2011 ben ik bij Acantus begonnen met het schrijven van mijn scriptie. Toen ik bij Acantus begon had ik het onderwerp van mijn scriptie al grotendeels bepaald. Zorgvastgoed, nieuwe regelgeving, demografische ontwikkelingen en dat allemaal binnen een maatschappelijk spanningsveld, dynamischer wordt het haast niet.

Inmiddels ben ik, minder dan vier maanden later, klaar met mijn onderzoek. In de praktijk is gebleken dat hetgeen op papier wordt gezet altijd genuanceerd moet worden en dat nieuwe regels vaak winners en verliezers opleveren. Al met al is het schrijven van mijn scriptie een leerzame ervaring geweest en heb ik een kijkje mogen nemen in de keuken van een woningcorporatie, hier ben ik Acantus erg dankbaar voor. Ook ben ik erg dankbaar voor iedereen die mee heeft gewerkt aan de interviews en mij gevraagd en ongevraagd van informatie en meningen heeft voorzien, de enorme hoeveelheid informatie die ik de afgelopen tijd heb gekregen is bijna genoeg om twee scripties te schrijven.

Ten tweede wil ik deze plek gebruiken om Acantus te bedanken, in het bijzonder mijn twee begeleiders Rudy Boers en Ab van Dalen. Ik heb veel gehad aan de discussies en gesprekken over zorg, krimp en corporaties.

Ook wil ik mijn begeleider van de Rijksuniversiteit Groningen, Aleid Brouwer, bedanken voor de input en sturing die zij mij heeft gegeven. De open en toegankelijke manier van communicatie maken haar een fijne begeleidster.

Ten slotte wil ik Maja en al mijn vrienden en familie bedanken voor de motivatie die zij mij hebben gegeven door leuke discussies, gezellige avonden en morele steun. Dank jullie wel!

Bas van der Swaluw, Groningen 2011

1. INLEIDING

In juli 2006 stuurt de dan zittende staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een brief aan de tweede kamer waarin zij een toelichting geeft op de voornemens om te werken aan de invoering van een integraal tarievenstelsel in de zorg. Eén van de belangrijke motieven hierbij is het meer vraag gestuurd werken waarbij zorgaanbieders weloverwogen beslissingen moeten nemen op het gebied van strategisch vastgoedbeheer en nieuwe samenwerkingsverbanden met woningcorporaties aan gaan (Brief Staatssecretaris 1 juni 2011).

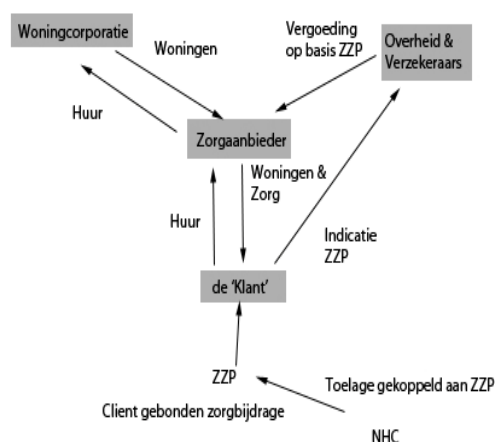
Per 1 januari 2009 is de zorgzwaartebekostiging van kracht, dit betekent voor zorginstellingen dat deze niet meer een gemiddeld bedrag per bed krijgen uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (ABWZ), maar een geldbedrag waarvan de hoogte is afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënt. Aan deze zorgzwaartebekostiging zit een integrale component voor de huisvesting gekoppeld. Deze component heet de Normatieve huisvestingscomponent (NHC) (HHM, 2010 & Rijksoverheid 2011). Deze regelgeving houdt echter wel in dit instellingen geen vergoeding meer krijgen voor de afschrijving en rentekosten van het vastgoed. Dit heeft gevolgen voor de financiering van nieuwbouwprojecten op het gebied van zorgvastgoed en nieuw te ontwikkelen zorgconcepten, hierover in hoofdstuk 5 meer. Daarnaast is het bouwregime voor ABWZ instellingen ook afgeschaft per 1 januari 2009. Dit betekent dat zorginstellingen binnen de wettelijke kaders zelf kunnen bepalen hoeveel vierkante meters zij per jaar willen aanschaffen of afstoten. Dit geldt voor zowel de huurvoorraad als de koopvoorraad. Daar komt bij dat door de huidige financiële crisis, onzekere demografische ontwikkelingen in krimpgebieden en de onduidelijkheid over de hoogte van de NHC banken en woningcorporaties kritischer naar de plannen van zorgaanbieders kijken dan ooit tevoren. De zorgaanbieders worden hierdoor gedwongen commerciëler en innovatiever te werk te gaan waarbij de klant centraal staat (www.ppsnetwerk.nl, bezocht op 30 mei 2011) .

Kwaliteitsverbetering, vraaggericht bouwen en risicospreiding worden van steeds groter belang voor de zorgaanbieders. De maatschappelijke taak van woningcorporaties verplicht hen er meer of minder toe om zich in deze discussie te mengen. Als de zorgaanbieder, de huurder, in de financiële problemen komen heeft dit logischerwijs gevolgen voor de woningcorporaties, de verhuurder. Voornamelijk in krimpgebieden waar ook sprake is van ontgroening komen voorzieningen onder druk. Het zoeken naar slimme combinaties tussen wonen en zorg is volgens Aedes in krimpgebieden een belangrijk onderdeel van een succesvolle benadering van wonen en zorg (SEV, 2009).

In figuur 1 en 2 worden op simplistische wijze respectievelijk de huidige en de toekomstige situatie weergegeven. Hierbij moet aangetekend worden dat in de praktijk de huurder ook direct huur kan betalen aan de woningcorporatie in plaats van via de zorgaanbieder. De Zorgzwaartepakketten worden gekoppeld aan een patiënt. Hier zitten gradaties in, met elk een eigen regime en aantal zorguren. Dit betekent grofweg hoe hoger een patiënt op de ZZZP ladder wordt geïndiceerd hoe meer zorguren en faciliteiten deze patiënt nodig heeft. Een overzicht van de ZZZP ladder is te vinden in bijlage 2.



Figuur 1: De situatie tot 1 januari 2012



Figuur 2: De situatie vanaf 1 januari 2012

De ZZZP indicering geeft ook een beeld van de mate van specialistische zorg die een patiënt nodig heeft. Er zijn immers patiënten die thuis kunnen wonen en zich goed redden door middel van thuiszorg, maar ook patiënten die onder 24-uurs toezicht moeten staan. Deze laatste groep heeft een aparte vorm van huisvesting nodig die niet zomaar geschikt is voor een andere doelgroep wanneer deze huisvesting leeg komt te staan. Dit kan er voor zorgen dat het aanbod niet op de vraag aansluit. Dit geeft problemen voor zorgaanbieders met eigen vastgoed en voor woningcorporaties die verhuren aan zorgaanbieders. Als de zorgaanbieder vertrekt uit het pand doordat zij niet meer aan de financiële verplichtingen kunnen voldoen of de contracthuur afloopt, kan het voorkomen dat de woningcorporatie achterblijft met een pand dat is ingericht voor een kleine specialistische doelgroep. Hierdoor kan het pand niet verhuurd worden aan een andere partij zonder nieuwe investeringen te doen in het pand. Dit kan van grote invloed zijn op de exploitatieopzet van het betreffende pand en nadelig uitpakken voor de corporatie. Woningcorporaties hebben het grootste deel van de bedrijfswaarde in onroerende goederen zitten, hierdoor is het management van de

vastgoedportefeuille een belangrijk onderdeel van de bedrijfsvoering van een woningcorporatie. Dit onderzoek richt zich op het strategisch voorraadbeleid van woningcorporaties en hiervoor wordt het Corporate Real Estate Management (CREM) model gebruikt.

De onderzoeksvraag behorende bij dit onderzoek luidt als volgt: Welke invloed hebben de invoering van de Zorgzwaartepakketten (ZZP) en de hieraan gekoppelde Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) op de zorgportefeuille en het strategisch voorraadbeleid van woningcorporaties in een krimpgebied?

De deelvragen die worden gebruikt om een volledig antwoord te formuleren op de hoofdvraag zijn:

1. Hoe ziet de huidige situatie op de markt voor het zorgvastgoed er uit, welke actoren zijn te onderscheiden en welke regelgeving is nu van kracht en wat verandert er aan deze regelgeving in de toekomst?
2. Wat is de invloed van demografische ontwikkelingen in krimpgebieden op de vraag naar zorgvastgoed?
3. Welke samenwerkingsvormen tussen woningcorporaties en zorgaanbieders zijn er te onderscheiden en vanuit welke motieven wordt samenwerking aangegaan?
4. Welk strategisch voorraad beleid op het gebied van zorgvastgoed is er te onderscheiden tussen woningcorporaties in krimpgebieden?
5. Welke gevolgen heeft de nieuwe regelgeving voor de huidige samenwerking en het strategisch voorraadbeleid van woningcorporaties in krimpgebieden.
6. Welke zorg(vastgoed)concepten zijn vanuit corporaties en zorgaanbieders in krimpgebieden wenselijk en haalbaar onder de nieuwe wetgeving? Wat betekent dit voor het strategisch portefeuillebeleid van woningcorporaties.
7. Wat zijn plausibele en wenselijke toekomstscenario's in voor corporaties in krimpgebieden op het gebied van zorgvastgoed, in ogenschouw nemende de nieuwe wetgeving en economische en demografische ontwikkelingen?

De demografische ontwikkelingen in krimpgebieden en hiermee veranderende zorgvraag samen met de veranderende regelgeving voor zorgvastgoed, maken de onderzoeksvraag bij dit onderzoek actueel en maatschappelijk- en wetenschappelijk relevant. Dit onderzoek richt zich vooral op de noordelijke krimpgebieden, hoofdzakelijk omdat in het noorden en

noordoosten van Groningen demografische bevolgingskrimp, vergrijzing en ontgroening al geruime tijd plaatsvinden.

Dit onderzoek richt zich alleen op de zorg vanuit die wordt gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (ABWZ). Dit omdat deze zorg wordt geleverd door het type zorginstellingen dat regelmatig samenwerkt met woningcorporaties, hier wordt in hoofdstuk 1 aandacht aan besteed. Daarnaast worden de krimpregio's in het noorden van Nederland gebruikt als voorbeeld voor krimpgebieden.

Het is in het belang van de woningcorporatie en de zorgaanbieders om duidelijke afspraken te maken over de huurprijzen, onderhoudskosten en het beheer van zorgvastgoed dat op dit moment af wordt genomen door zorgaanbieders. Op deze manier worden risico's verdeeld en kunnen onzekerheden voorkomen worden. Het onderzoek richt zich op de invloed van de nieuwe zorgwetgeving op het strategisch beleid van woningcorporaties in krimpgebieden en de relatie met zorgaanbieders onder deze nieuwe wetgeving. Tevens wordt onderzocht welke zorgconcepten haalbaar en wenselijk zijn in de nieuwe situatie. Op basis hiervan zullen enkele toekomstscenario's worden geschetst.

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is gelegen in het feit dat het van groot belang is dat er voldoende zorgaanbod gerealiseerd wordt en blijft in krimpgebieden. Het is van belang om de problemen van krimp in relatie tot de nieuwe regelgeving in de zorg in kaart te brengen en hier tijdig op te reageren. Zo kan voorkomen worden dat het zorgaanbod niet toereikend is voor de afnemers van zorg in krimpgebieden. Het onderzoek resulteert in aanbevelingen ten aanzien van het strategisch beleid van woningcorporaties en kan er aan bijdragen dat corporaties een solide beleid kunnen voeren op het gebied van zorgvastgoed zonder dat hierbij ingeboet moet worden op kwaliteit en de verstandhouding met zorgaanbieders.

De wetenschappelijke relevantie van het onderzoek is gelegen in het verkrijgen van inzichten in de zorgvastgoed portefeuille van corporaties onder invloed van nieuwe regelgeving. Door middel van verkennend onderzoek zal er eerst inzicht verkregen worden in de huidige markt, de verstandhoudingen en de toekomstbeelden van de stakeholders. Hierna zullen er aanbevelingen gedaan kunnen worden met betrekking tot het strategisch voorraadbeleid en verder onderzoek naar de invloed van de nieuwe NHC regelgeving op het zorgaanbod in krimpgebieden. Ook zal onderzocht worden welke zorgconcepten door corporaties en zorgaanbieders als wenselijk en haalbaar worden gezien in de toekomst. Door deze uitkomsten te analyseren kunnen ook aanbevelingen worden gedaan op het gebied van

zorgconcepten en nieuwe samenwerkingsvormen tussen zorgaanbieders en woningcorporaties.

De hoofdvraag zal beantwoord worden op basis van literatuuronderzoek en het analyseren van strategische rapportages van woningcorporaties uit krimpgebieden. Hierbij zullen enkele (middel-)grote woningcorporaties uit het noorden van Nederland worden geanalyseerd. Daarnaast worden er interviews gehouden met enkele de zorgaanbieders die samen werken met woningcorporaties in krimpgebieden. Er wordt eerst een pilot studie gedaan bij één van de woningcorporaties, op basis van deze resultaten zal het verdere onderzoek worden ingericht. Dit om relevante resultaten onderling te kunnen vergelijken en eventuele verschillen en opvallendheden te belichten. Op deze manier zal er een breed beeld worden geschetst van de beleidsdoelstellingen en strategische overwegingen van woningcorporaties en zorgaanbieders in krimpgebieden vanaf 2012. Hierbij zullen vooral de risicoverdeling tussen corporatie en zorgaanbieder en mogelijk succesvolle zorgconcepten worden belicht.

METHODOLOGIE

Het type onderzoek dat zal worden verricht kan geclassificeerd worden als een verkennend onderzoek. Er is vooraf geen theorie of scherp geformuleerde hypothese (Baarda & de Goede, 2001). Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de gevolgen van de invoering van NHC voor corporaties en op grond daarvan één of meerdere aanbevelingen te doen aan woningcorporaties in krimpgebieden. Er zal aan het eind van het achtergrond hoofdstuk een verwachte uitkomst worden geformuleerd.

De hoofdvraag zal worden beantwoord op basis van literatuuronderzoek en interviews. Deze interviews zijn gebaseerd op de basis die is gelegd in het achtergrond hoofdstuk. De personen die geïnterviewd zijn komen zowel uit de corporatie- als de zorgsector. Hierdoor wordt een perspectief vanuit beide sectoren geboden zodat inzicht wordt verkregen in de samenwerkingsvormen en zorgconcepten die vanuit de corporatiesector en de zorgsector wenselijk zijn.

Volgens Baarda & de Goede (2001) zijn interviews een geschikte methode om kennis te vergaren over de houdingen, meningen, gevoelens, gedachten of kennis. Voor dit onderzoek is relevant te achterhalen hoe de huidige samenwerking tussen corporaties en zorgaanbieders is vormgegeven en wat de houding en insteek is van de stakeholders. Het is relevant te onderzoeken welke besluiten er op basis van welke sentimenten er op strategisch

niveau worden genomen ten aanzien van vastgoed, de nieuwe regelgeving en de onzekerheden hierom heen in ogenschouw nemende.

Er wordt voor dit onderzoek gebruik gemaakt van een semi gestructureerd interview waarbij de respondenten de vragenlijst enkele dagen voorafgaand aan het interview toegestuurd krijgen. Op deze manier kunnen respondenten zich voorbereiden op de vragen en wordt de kans dat vragen onbeantwoord blijven verlaagd. Dit omdat enkele vragen erg specifiek zijn en er enige voorbereiding nodig kan zijn. Een nadeel hiervan is dat de kans op sociaal wenselijke antwoorden worden vergroot. Dit zal ondervangen worden door tijdens het interview terug te komen op vorige vragen en een koppeling te maken tussen verschillende vragen. Dit is vergelijkbaar met het stellen van algemene controle vragen (Baarda & de Goede, 2001). Er is een vooronderzoek gedaan worden bij één woningcorporatie door middel van een uitgebreid interview van drie uur met alleen open vragen. Tijdens dit interview is getoetst of de gevonden literatuur een goede basis vormt voor de vraagstelling van de interviews. Op basis van dit interview en de literatuurstudie zijn de vragen voor de overige interviews bijgeschaafd. De vragenlijst is weergegeven in bijlage 9. Het pilot interview is, vanwege de grote hoeveelheid informatie die verkregen is, meegenomen in het onderzoek.

In totaal zijn hoog geplaatste werknemers van 3 zorgaanbieders en 3 woningcorporaties geïnterviewd. De respondenten zijn op verzoek geanonimiseerd. Dit omdat het politieke klimaat in krimpgebieden vaak gespannen is. Mocht een zorgaanbieder of woningcorporatie besluiten niet meer te herinvesteren in een bepaald gebied dan heeft dit gevolgen voor de inwoners en bestuurders van dit gebied. Vandaar dat het voor de respondenten sneller geneigd kunnen zijn om diplomatieke antwoorden te geven. Om dit te vermijden zal in het analyse hoofdstuk gesproken worden over respondenten A-C als het gaat om woningcorporaties en respondenten 1-3 als het gaat om zorgaanbieders.

Daarnaast is het symposium 'Zorgzwaartepakketten in de praktijk' bezocht en zijn verschillende expert bijeenkomsten bijgewoond over zorgvastgoed en de toekomst van zorgvastgoed en nieuwe zorgconcepten.

LEESWIJZER

De rapportage is als volgt opgebouwd, er wordt begonnen met een introductie van de begrippen, belanghebbenden en context van het onderzoek. Daarna zal in worden gegaan op huidige samenwerkingsverbanden en zorgconcepten binnen krimpgebieden. Ook het strategisch beleid van woningcorporaties ten aanzien van zorgvastgoed zal hierbij aan bod komen. Vervolgens worden zorgconcepten belicht aan de hand van de nieuwe zorgwetgeving en zal worden getracht de haalbaarheid en wenselijkheid van de diverse zorgconcepten te analyseren. Er wordt afgesloten met een aantal toekomstscenario's en aanbevelingen. In hoofdstuk 1 wordt achtergrondinformatie verschaft en worden kaders gesteld voor het vervolg van het onderzoek. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de visie en beleidsvorming van woningcorporaties en in hoofdstuk 3 wordt ingegaan op vastgoedwaardering en risicomangement. Vervolgens worden door middel van een analysehoofdstuk de interviews en uitkomsten hiervan besproken. Aan het einde van het analyse hoofdstuk worden enkele toekomstscenario's worden geschetst. Ten slotte volgt de conclusie en de beantwoording van de hoofdvraag.

2. ACHTERGROND

In dit hoofdstuk zal een kader geschetst worden voor het vervolg van dit onderzoek. Allereerst zullen de verschillende relevante actoren worden besproken, daarna wordt een globaal beeld geschetst van de verschillen tussen typen zorg in Nederland. Na het bespreken van de zorgtypen zullen de demografische ontwikkelingen in Nederland, met name het noorden van Nederland, aan bod komen.

ACTOREN

Voor een goed begrip van het speelveld waarbinnen een corporatie opereert is het van belang de belanghebbenden te beschrijven. Dit zijn respectievelijk de overheid, zorgaanbieders & verzekeraars, woningcorporaties en zorgvragers.

2.1.2. OVERHEID

“[...]Door vanaf 1 januari 2012 integrale tarieven (tarieven waarin naast de vergoeding voor het zorgzwaartepakket ook een vergoeding voor de huisvesting passend bij dat ZZP zit) te hanteren voor de intramurale langdurige zorg gaan, vanaf die datum, zorgaanbieders in toenemende mate bekostigd worden op basis van hun prestaties en productie, ook voor huisvesting.[...]”

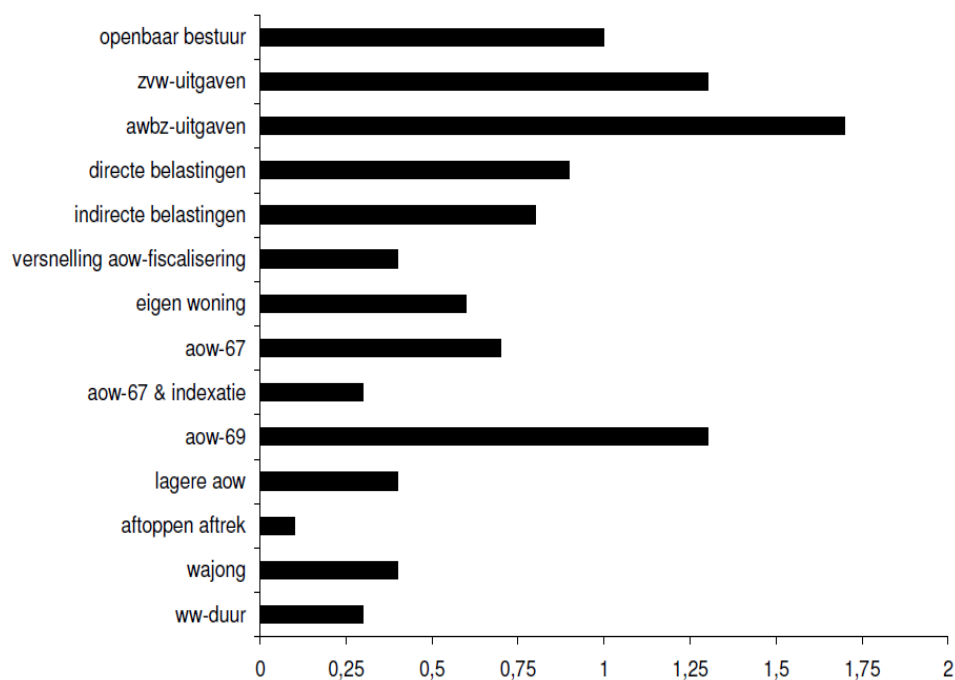
Bron: Brief Staatssecretaris VWS 1 juni 2011.

Op 30 januari 2006 stuurt het ministerie van VWS een brief aan de Tweede Kamer waarin staat op welke manier zij voornemens zijn om te gaan met de invoering van de Zorgzwaartebekostiging in de zorgsector. Het doel van de ZZP is dat zorginstellingen zelf meer risico's gaan lopen op het gebied van onder andere de huisvestingslasten. ABWZ regelgeving waaronder ook de ZZP, en de hieraan gekoppelde NHC, valt worden opgelegd vanuit de centrale overheid. Gemeenten en provincie hebben hier geen directe invloed op of zeggenschap over. In het regeerakkoord noemt de overheid als beoogde doelstellingen van de verandering in de zorgbekostiging; minder bureaucratie op de werkvloer, betere kwaliteit en meer doelmatigheid (Regeerakkoord 2010).

Het bijzondere aan het Nederlandse zorgstelsel is de rol van de zorgverzekeraars hierin, de overheid stelt wetgeving op en laat het aan privaatrechtelijke verzekeraars om deze wetten uit te voeren. Deze uitvoerende verzekeraars worden ook wel zorgkantoren genoemd. De verzekeraars zijn hiervoor echter wel verplicht zich in te schrijven bij de Nederlandse Bank en zich onder toezicht te stellen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De verzekeraars krijgen jaarlijks een budget dat zij moeten verdelen onder de zorgaanbieders in hun rayon.

Onder de nieuwe wetgeving kunnen zorgverzekeraars tevens met de zorgaanbieders onderhandelen over de precieze hoogte van de huisvestingscomponent. Indien de zorgaanbieder het gestelde kwaliteitsniveau niet haalt heeft de verzekeraar vanaf 2018 de mogelijkheid de aanbieder te korten op de vergoeding.

Door vergrijzing en een hogere levensverwachting komen de toekomstige uitgaven aan AOW en zorg onder druk te staan. Deze zullen naar verwachting stijgen ten opzichte van de overheidsinkomsten. Volgens prognoses van het CBS zal de zorgsector in 2015 meer dan 10% van het bruto binnenlands product bedragen en in 2040 zal dit opgelopen zijn tot meer dan 14% (CBS, 2010). In figuur 3 is weergegeven hoeveel de Nederlandse overheid in 2040 zou kunnen besparen als percentage van het BBP door vanaf 2011 te bezuinigen per kostenpost. Hieruit komt duidelijk naar voren dat een bezuiniging op de ABWZ op de lange termijn (2040) de grootste besparing op kan leveren, bijna 1,75% van het BBP. Deze cijfers van het Cultureel Planbureau verklaren mede de bezuinigingen in de ABWZ sector. De term houdbaarheid is gebaseerd op het beperken van het overheidstekort. Hoe groter de houdbaarheid is hoe kleiner de kans op overschrijding van het budget.



Figuur 3: Verbetering houdbaarheid als percentage BBP door aanpassing beleid (CPB, 2010)

De rijksoverheid is voornemens de Persoonsgebonden Budgetten buiten de ABWZ zorg te plaatsen. Hierdoor wordt voortaan alleen nog verblijf in een gehandicapteninstelling of verzorging- of verpleegtehuis gedekt door de ABWZ gelden. De zorg buiten deze instellingen

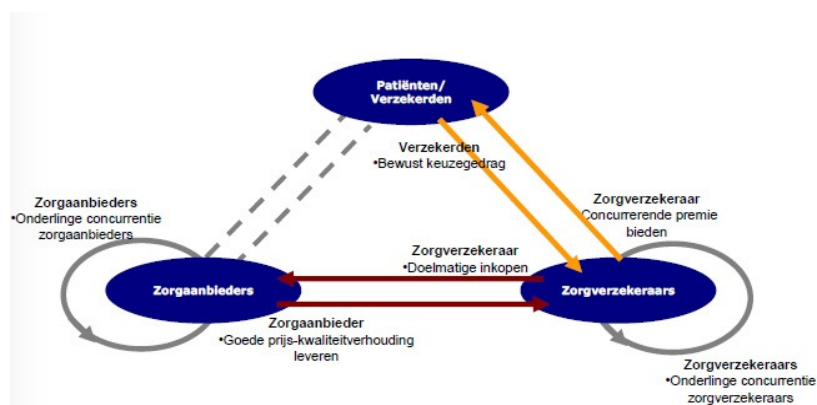
valt, als het aan de staatssecretaris ligt, in de toekomst onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning waar gemeenten verantwoordelijk voor zijn (www.PGB.nl)

2.1.3. ZORGAANBIEDERS & VERZEKERAARS

“[...]Zorgaanbieders bepalen wat er nieuw gebouwd gaat worden in een bepaalde regio. Instellingen zullen niet nieuw bouwen als er geen behoefte is. Zij zullen het nieuw bouwen op basis van een doorwrocht businessplan moeten doen om bij een bank financiering te kunnen krijgen. De introductie van integrale ZZP-tarieven heeft tot doel juiste afwegingen hierin te stimuleren[.]”.

Bron: Brief Staatssecretaris VWS 1 februari 2010.

De Nederlandse overheid stelt beleid op dat uitgevoerd wordt door zorgverzekeraars. Dit maakt de zorgverzekeraars tot een belangrijke spil in het Nederlandse zorgstelsel. Verzekeraars kunnen tot op zekere hoogte zelfstandig onderhandelen met zorgaanbieders over de te betalen prijs en de kaders waarbinnen zorg geleverd wordt. Dit gebeurt wel binnen de kaders en met de budgetten die door het ministerie van VWS gesteld zijn (Van de Pol, 2007). De zorgverzekeraar koopt zorg in bij de zorgaanbieders welke laatstgenoemde levert aan de patiënt. Door de marktwerking in de zorg kan de burger kiezen uit verschillende zorgaanbieders en verzekeraars. De verzekeraars kunnen op hun beurt kiezen uit verschillende zorgaanbieders bij het inkopen van zorg. Dit resulteert in concurrentie tussen verzekeraars onderling en tussen zorgaanbieders onderling. Het is belangrijk om te noemen dat elke burger verplicht verzekerd dient te zijn, hier vloeit uit voort dat verzekeraars geen burgers mogen weigeren bij het afsluiten van een zorgpolis (Kleine Gids Zorgverzekeringen 2011; Eenenaam & Stouten, 2007). De relatie tussen verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten is weergegeven in figuur 4.



Figuur 4: *De relatie tussen Zorgverzekeraars, Patiënten / Verzekerden en Zorgaanbieders* (Eenenaam & Stouten, 2007)

Een zorgaanbieder kan er voor kiezen om zelf een pand aan te schaffen waarin de zorg aan burgers wordt geleverd of één of meerdere panden te huren van een derde partij. Dit is veelal een woningcorporatie (www.aedesnet.nl, bezocht op 8 juni 2011 & www.cbs.nl, bezocht op 6 juni 2011). Het is in het belang van de zorgaanbieder om de zorg zo in te richten dat aan de wensen van de cliënt wordt voldaan en er tegelijk een positief bedrijfsresultaat wordt geboekt. De bedrijfsresultaten van zorginstellingen per sector zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Bedrijfsresultaten Zorginstellingen in miljoenen euro's

Type Zorg	2006	2007	2008	2009
ABWZ gefinancierde GGZ	127	111	110	181
ABWZ gefinancierde gehandicaptenzorg	158	165	210	310
ABWZ Gefinancierde ouderen en thuiszorg	429	142	228	487
Maatschappelijke en Vrouwenopvang	2	-1	1	10
Totaal	716	417	549	998

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011

Uit tabel 1 kan opgemaakt worden dat de bedrijfsresultaten van de ABWZ gefinancierde ouderen- en thuiszorg het grootste deel uit maakt van de totale bedrijfsresultaten. De explosieve daling in bedrijfsresultaat vanaf 2006 vindt zijn oorzaak in bezuinigingen en aanbestedingsbeleid door gemeenten vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Door efficiënter werken en een toename in de vraag naar zorg neemt het bedrijfsresultaat echter weer toe. Hierbij moet opgemerkt worden dat het bedrijfsresultaat in 2009 een voorlopig cijfer is. Tevens zijn in 2009 de ZPP tarieven ingegaan, welk resultaat dit heeft op de bedrijfsresultaten van de care sectoren is nog niet bekend. Het CBS verwacht in november 2011 deze cijfers te publiceren (CBS, 2011 en www.zorgvisie.nl).

Tijdens het congres 'ZZP in de praktijk' georganiseerd door Reed Business op 7 juni 2011, is duidelijk naar voren gekomen dat er onder zorgaanbieders veel verwarring bestaat over de Normatieve Huisvestingscomponent. Ten tijde van dit congres was de precieze hoogte van de NHC nog niet bekend. Tevens is duidelijk naar voren gekomen dat cliënten veelal alleen interesse hebben in de zorg die zij krijgen, nieuwe regelgeving is voor hen niet interessant, tenzij het een directe negatieve invloed heeft op het dagelijks leven (Hellemans & de Witte, 2011). Het is voor zorgaanbieders die te maken hebben met een ZZP vooral zaak om

cliënten voor te lichten, gerust te stellen en keuze en kwaliteit te bieden. Daarnaast is het in het belang van de cliënt om niet te werken met onoverzichtelijke kostenverhogende zorgarrangementen en bijbehorende pluspakketten. Een duidelijke visie op zorg en een aanbod dat transparant en betaalbaar is blijkt essentieel geworden door de toegenomen marktwerking in de zorg (Heijblom & Hellemans, 2011).

De invoer van de NHC dwingt zorginstellingen om doelmatiger en klantgerichter te werken. Hierbij krijgen zij geen garantstelling dat tegenover een gerealiseerd project voldoende zorgcontracten staan. Dit wil zeggen dat zorgorganisaties deze zekerheden niet meer hebben om risico's te kunnen dekken. Dit heeft weer invloed op de leningen die zij kunnen krijgen. Zorgaanbieders krijgen per 1 januari 2011 ook niet meer de garantie dat de verzekeraars productieafspraken na kunnen komen. Dit houdt in dat zorgverzekeraars meer risico gaan lopen en derhalve een hogere rente zullen moeten gaan betalen voor de leningen die zij afsluiten bij een bank andere financiële instelling (www.zorgvisie.nl, van den Elsen, 2011)

2.1.4. WONINGCORPORATIES

"[...]Leegstand van zorggebouwen wordt vanaf 2012 gaandeweg steeds minder vergoed. De middelen voor de zorg en de huisvesting volgen als het ware de cliënt. Als onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan de wens van die potentiële cliënt, niet alleen als het gaat om de zorgverlening zelf, maar ook als het gaat om de huisvesting die kan worden geboden, moet de aanbieder rekening houden met leegstand van woonruimte. Deze verandering in de bekostigingswijze van de huisvesting kan alleen tot een succesvol einde worden gebracht als de nieuwe tarieven aanbieders van zorg, al dan niet in samenwerking met partners op het terrein van huisvesting (woningcorporaties, vastgoedinvesteerders), uitdagen om de wens van de cliënt te vertalen in passend woonaanbod. Dat is huisvesting waar op termijn de cliënt welzijn, wonen en zorg goed zelf kan combineren.[..]"

Bron: Brief Staatssecretaris VWS 1 juni 2011.

Dit onderzoek richt zich deels op woningcorporaties. Dit is het geval omdat een aanzienlijk deel van het zorgvastgoed volgens Aedes wordt verhuurd door woningcorporaties aan zorgaanbieders. Corporaties bezitten bijvoorbeeld de helft van alle verzorgingshuis plaatsen in Nederland, 50 000 eenheden (www.aedesnet.nl).

Daarnaast verhuren corporaties een groot aantal woningen aan personen van 65 jaar of ouder, dit was in 2009 16% van de totale verhuur. 45% van de corporaties had in 2009 bezit in de sector 'gezondheid en zorg' en 51% van de corporaties verwachtte groei in voorgenoemde sector (Aedes, 2009).

De reden dat corporaties sterk vertegenwoordigd zijn in de zorgsector kan gevonden worden in de zes prestatievelden van het Besluit Beheer Sociale Huursector (BBSH) (<http://wetten.overheid.nl>) de zes velden zijn; 1. de kwaliteit van woningen 2.de verhuur van woningen 3.betrekken van bewoners bij beleid en beheer 4.financiële continuïteit, 5.leefbaarheid en 6.wonen en zorg

Woningcorporaties mogen echter zelf geen zorg aanbieden. Dit is duidelijk terug te vinden in de circulaire wetgeving, artikel 5, MG-2001-26 (<http://wetten.overheid.nl>). Wel wordt uitdrukkelijk genoemd dat van corporaties wordt verwacht dat zij zich inzetten om activiteiten ten behoeve van zorg te faciliteren. Hierover worden veelal prestatieafspraken gemaakt met gemeenten en provincie. Dit gebeurt ook met betrekking tot het woonbeleid (Heins, 2011). In het BBSH staat vastgelegd wat de wetgever precies verwacht van een woningcorporatie op het gebied van zorg. Dit is vastgelegd in hoofdstuk 3, artikel 12b van het BBSH. Dit artikel is weergegeven in bijlage 4. De kaders waarbinnen corporaties opereren worden vastgesteld door het BBSH, het Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW) en het Centraal Fonds voor de Volkshuisvesting (CFV).

In tabel 2 is weergegeven hoe de verhouding oplevering door overheid en corporaties en marktpartijen en particulieren in Groningen, Friesland en Drenthe voor de periode 2006 – 2010 is. Hieruit is op te maken dat het aandeel van de overheid en corporaties bij elkaar opgeteld varieert tussen de 28% en de 52%.

Tabel 2: Opgeleverde woningen per jaar per type opdrachtgever 2006 - 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Overheid en Corporaties	1413 (28%)	2200 (33%)	2706 (42%)	1899 (39%)	2052 (52%)
Marktpartijen en Particulieren	3572 (72%)	4383 (67%)	3777 (58%)	2937 (61%)	1908 (48%)
Totaal	4985	6583	6483	4836	3960

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011

Minstens een kwart van de opgeleverde woningen komt voor de rekening van de overheid en/of woningcorporaties. Tabel 2 geeft echter alleen de nieuw opgeleverde woningen weer. De mate van nieuwbouw is een goede indicator voor de ontwikkeling in de regio en het aandeel van de (semi-) overheid hierin. Het cijfer voor 2010 is een voorlopige prognose.

Tabel drie geeft weer wat het aandeel van de sociale verhuur is ten opzichte van het totaal aandeel woningen, over drie perioden waarin het CBS een inventarisatie heeft uitgevoerd. Hieruit is op te maken dat het aandeel sociale verhuur in het totale aantal woningen rond de 30% is.

Tabel 3: Woningen totaal en sociale verhuur Noord Nederland 2002, 2006 en 2009.

	2002	2006	2009
Totaal aantal woningen	697 300	711 800	720 900
Sociale verhuur	223 100	213 300	212 000
Aandeel sociale verhuur	32.8%	29.7%	29.4%

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011

2.1.5. ZORGVRAGERS

Het aantal zorgvragers in de drie noordelijke provincies neemt toe volgens het CBS (2011) en Primos (2009). De trend van 2006 - 2009 (CBS, 2011) laat zien dat het totaal aantal personen dat zorg gebruikt in het noorden van Nederland toeneemt. Dit is weergegeven in bijlagen 5 en 6. Het percentage personen dat gebruik maakt van intramurale zorg is tussen 2006 en 2009 licht gestegen in Groningen en Friesland. In Groningen steeg het percentage mensen dat intramurale zorg gebruikt van 2,66% naar 2,83%. In Friesland steeg het percentage van 2,70% naar 2,80%. In Drenthe vond een afname van 0,04% plaats. Hierbij moet echter wel vermeld worden dat in de drie noordelijke provincies het aantal zorggebruikers dat intramurale zorg afneemt in absolute zin is gestegen tussen 2006 en 2009. Uit bijlagen 5 en 6 is op te maken dat vanaf 65 jaar de zorgafname sterk stijgt. Dit geldt in sterkere mate voor extramurale zorg.

Deze cijfers onderstrepen de trend van het scheiden van wonen en zorg zoals waargenomen door onder andere Noorda (2008), Langhout (2009) en Frankes (2010). Uit bijlagen 5 en 6 lijkt ook een verband waarneembaar tussen de leeftijd en de mate waarin zorg wordt afgenomen. Vooral vanaf de leeftijdsgrens van 80 jaar neemt de zorgvraag sterk toe (CBS, 2011).

Wat opvalt is dat sinds 2006 het percentage zorgvragers boven de 65 jaar afneemt, dit geldt voor intramuraal als voor extramuraal zorg. Een verklaring hiervoor kan liggen in scherpere medische controles of veranderende regelgeving. Daarnaast kunnen zorgvragers uit andere bronnen gefinancierd worden, bijvoorbeeld uit de WMO. Daarnaast is de verwachting dat bij de toekomstige generatie ouderen, de leeftijd waarop lichamelijke beperkingen of het gevoel van ongezondheid intreedt tussen de 68,8 en 74,3 jaar oud is (CBS, 2011). Dit betekent dat de verwachting is dat de huidige generatie 50 jarigen gemiddeld over 18 – 24 jaar een grotere kans hebben om zorgvrager te worden.

In tabel vier is duidelijk te zien dat het aantal ouderenwoningen dat in de drie noordelijke provincies verhuurd wordt door sociale verhuurders, een groot percentage van het totale aantal ouderenwoningen bedraagt. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat niet elke oudere in een ouderenwoning woont en dat ook niet elke oudere persoon, al dan niet in een ouderenwoning, zorg afneemt. Echter naarmate de leeftijd toeneemt neemt de kans dat iemand zorg afneemt ook toe (Primos, 2010, Trimbos, 2010 en CBS, 2011). Daarnaast is er een trend waarneembaar waarbij ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen, hier is een aangepaste (ouderen)woning geschikt voor. Daarnaast bevordert regie over het eigen leven en zelfredzaamheid het welzijn en veiligheidsgevoel van zorgvragers (Ahn & Ledge, 2011). Hierbij moet echter wel gezegd worden dat zowel Ahn & Ledge (2011) als Butler & Sharland (2008) concluderen dat, met name in rurale gebieden, het aanpassen van de woning niet altijd een gepaste oplossing is. Het kan voorkomen dat de zorgaanbieder niet in staat is om zorg te leveren aan huis door geografische spreiding of een (te) specifieke zorgvraag. Daarnaast hebben ouderen lang niet altijd de financiële middelen die nodig zijn voor een woningaanpassing. Hier is wellicht een rol weg gelegd voor de gemeente of woningcorporatie.

Tabel 4: Ouderenwoningen Groningen, Drenthe en Friesland

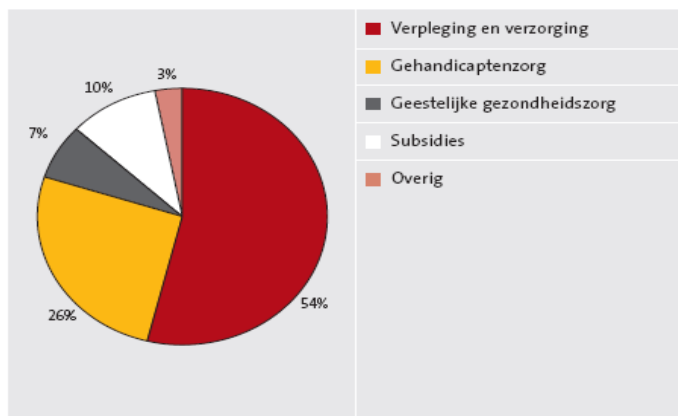
	2002	2006	2009
Totaal aantal ouderenwoningen	60 000	58 700	65 400
Sociale verhuur	42 300	39 800	46 000
Aandeel sociale verhuur	70.5%	67.8%	70.3%

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011

2.2 ZORGCONCEPTEN

In dit deel van de achtergrond worden de meest gangbare zorgconcepten besproken op basis van de scheiding intra- en extramuraal. Tevens worden kort de verschillende categorieën zorg in Nederland, het onderscheid tussen care en cure en het persoonsgebonden budget besproken.

De ABWZ zorg is ingedeeld in 3 categorieën. De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), de Gehandicaptenzorg (GZ) en de Verpleging en Verzorging (V&V). De procentuele verdeling van de lasten per sector zijn weergegeven in figuur 5.



Figuur 5: Procentuele verdeling ABWZ Lasten 2010 (CVZ, 2010)

De lasten van de GGZ zijn in de periode 2004 – 2009 sterk gedaald (15,7% per jaar) , dit heeft echter te maken met het overhevelen van de geneeskundige zorg vanuit de ABWZ naar de Zorgverzekeringswet. De lasten van de gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging en persoonsgebonden budgetten vertonen allen een stijgende lijn vanaf 2004. Het PGB laat de sterkste stijging zien met een stijging van maar liefst 21,2% per jaar. Deze stijging past volgens het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bij de trend van extramuralisering van zorg (Kwartaalbericht ABWZ, eerste kwartaal 2010, CVZ). In tabel 5 is de verdeling van de lasten in 2009 per sector weergegeven. Dit om een beeld te schetsen van de orde van grootte van de bedragen en de verhouding tussen intra- en extramuraal binnen de ABWZ sectoren. De persoonsgebonden budgetten zijn hierbij niet meegenomen. Deze staan in de zomer van 2011 ter discussie en het is waarschijnlijk dat op korte termijn een wijziging van financiering plaats vindt.

Tabel 5: Verdeling intra- en extramurale zorglasten per sector in 2009

	GGZ	GZ	V&V	Totaal
Intramuraal	83%	80%	80%	16.680.577.000
Extramuraal	17%	20%	20%	4.110.223.000
Totaal	1.597.900.000	6.640.900.000	12.552.000.000	20.790.800.000

Bron: Kwartaalbericht ABWZ, eerste kwartaal 2010, CVZ

2.2.1. CARE & CURE

Dit onderzoek richt zich op de care sector van de zorg, omdat deze sector grotendeels onder de ABWZ valt en corporaties in Nederland doorgaans geen financieel belang hebben in ziekenhuizen. In tabel 6 zijn diverse kenmerken van cure en care tegenover elkaar gezet. Deze tabel is gemaakt op basis van een advies dat de Raad voor Volksgezondheid & Welzijn uit heeft gebracht in 2001. In de praktijk is de scheidslijn tussen care en cure echter niet altijd zo zwart-wit als hieronder gesteld, de tabel geeft echter wel de verschillen tussen welzijnszorg en curatieve zorg weer.

Tabel 6: Enkele kenmerken van Care en Cure

Care	Cure
Beperken nadelen ziekte	Genezing en herstel ziekte
Chronisch en langdurend	Tijdelijk en kortdurend
Verzorgingstehuis, verpleeghuis etc.	Ziekenhuis
ABWZ	Zorgverzekeringswet
Verpleging, begeleiding verzorging etc.	Medische zorg en revalidatie

Bron: Advies Raad voor Volksgezondheid en Welzijn, 2001

Een belangrijk onderscheid tussen care en cure is de combinatie tussen verblijf en zorg. De cure is gericht op de medische kant van de zorg waarbij het verblijf ondergeschikt is aan de zorg. Een tegenovergestelde ontwikkeling vindt plaats in de care sector, hierbij wordt het verblijf steeds belangrijker en wordt de zorg vaak buiten de deur geleverd.

Door de invoering van een vraaggestuurde zorgstelsel komen de wensen van de cliënt steeds centraler te staan. De zorgaanbieder krijgt immers alleen nog maar betaald voor de zorg die geleverd wordt aan de cliënt. Dit kan echter niet als cliënten de zorgwoning links

laten liggen omdat de woonvorm niet meer aan de hedendaagse eisen voldoet. Zorgaanbieders hebben hierbij zelf de keuze om in het dure, midden of goedkope segment te bouwen, de insteek hiervan is dat de huurder ook zelf de keuze heeft wat betreft woonruimte, de zorgvrager gaat zelf betalen voor luxere woonruimte (Haarhuis, 2009; Brief Staatssecretaris 1 juni 2011). Anders gezegd; het wonen is door ontwikkelingen in de regelgeving en maatschappelijke trends onderdeel geworden van het primaire proces in de care sector (Menagé, 2007).

De gebouwen in de ABWZ kunnen grofweg ingedeeld worden in drie categorieën. Elke categorie heeft zijn eigen mate van verhandelbaarheid en eigendom. Dit is weergegeven in tabel 7.

Tabel 8: Kenmerken ABWZ gebouwen

	Licht	Zwaar	Beveiligd
Bouwworm	Aspecifiek, courant	Specifiek, moeilijk verhandelbaar	Geen relatie met woningbouw
Eigendom vastgoed	50% van zorginstellingen	90% van zorginstellingen	100% van zorginstellingen

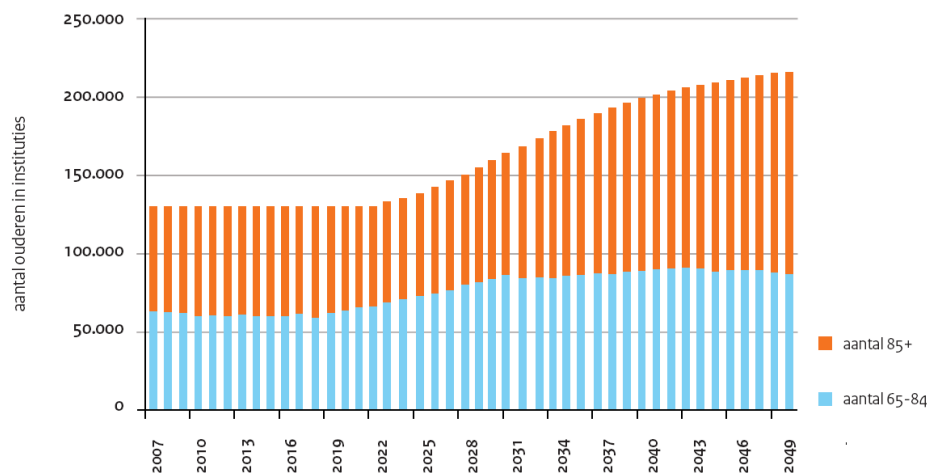
Bron: College Bouw Zorginstellingen, 2005

2.2.1. INTRAMURALE ZORG

Door de prestatie eisen die voorheen zijn opgesteld door het college bouw zorginstellingen is er een duidelijk onderscheid tussen verblijfsgerelateerde ABWZ-functies en extramurale zorg ontstaan. Panden waar intramurale zorg werd geleverd vielen onder het bouwregime en panden waar extramurale zorg werden geleverd vielen hierbuiten (CBZ, 2007). Het overgrote deel van de zorgvastgoedportefeuille van woningcorporaties bestaat volgens Menagé (2007) uit extramuraal zorgvastgoed, het grootste deel hiervan zijn aanleunwoningen. Corporaties hebben vooral extramuraal zorgvastgoed vanwege in 2008 afgeschafte wetgeving met betrekking tot de eigendomsverhoudingen. De overheid stelde veel regels en eisen aan het eigendom van intramurale instellingen waardoor het voor corporaties veelal niet interessant was om te investeren in intramurale zorgfaciliteiten. Daarnaast is vanaf eind jaren 1980 een daling van het aantal intramurale zorgvragers waarneembaar.

Hier is ook door het rijk op ingezet omdat Nederland in 1987 het land was met de meeste intramurale zorg (10% van alle 65 plussers). De Commissie Modernisering Ouderenzorg pleit in 1994 door middel van een adviesrapport voor een modernisering van de ABWZ en hieraan

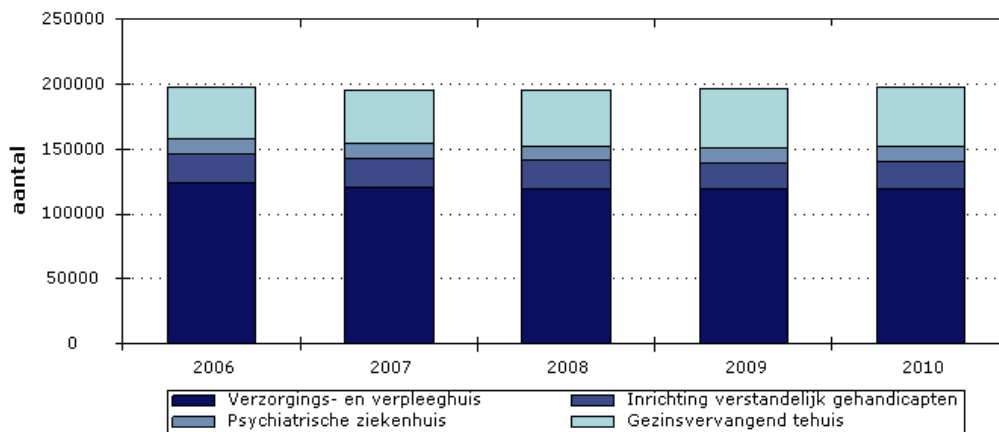
gekoppelde extramuralisering (Welschen, 1994). Uit cijfers van het OECD gebruikt in 2008 bijna 20% van de 65 plussers in Nederland lange termijn zorg. Hiervan was 7% intramuraal en 13% extramuraal. Nederland laat hierbij wat betreft zorggebruik alleen Oostenrijk voor zich. Wat betreft gebruik van langdurige intramurale zorg stond Nederland in 2008, samen met Zweden, bovenaan wat betreft gebruik van langdurige intramurale zorg (OECD, 2011). Het Nederlands gemiddelde zoals berekend door de OECD komt niet overeen met de statistieken van het CBS. Een oorzaak hiervoor zou kunnen zijn dat het OECD langdurig verblijf in een ziekenhuis mee rekent of dat het OECD andere definities hanteert dan het CBS. Het CBS rekent bijvoorbeeld interim huisvesting niet mee. Het gemiddelde percentage langdurige intramuraal verblijf boven de 65 jaar, berekend door het OECD, ligt op 4%. Dit is iets boven het gemiddelde van de drie noordelijke provincies. Het CBS heeft een prognose opgesteld van het aantal ouderen in instituties tussen 2007 – 2049. Indien deze prognose dicht bij de realiteit ligt, zullen er in 2049 meer dan 200 000 ouderen intramuraal wonen, dit betekent een enorme opgave voor de zorginstellingen in Nederland. De prognose is weergegeven in figuur 6.



Figuur 6: Ontwikkeling van het aantal ouderen in instituties in 2007-2050, naar leeftijdsklasse. (CBS, 2007)

Volgens het voormalige ministerie van VROM (2010) zijn verlies van autonomie en de achtergebleven kwaliteit van intramurale instellingen belangrijke redenen voor ouderen om niet naar een intramurale instelling te verhuizen. Zij noemen echter ook dat de intramurale instellingen een kwaliteitsslag maken op het gebied van woonkwaliteit en woonbeleving. Veruit het grootste deel van de personen in Nederland die in een institutie wonen zijn woonachtig in een verzorgings- of verpleeghuis. Dit is weergegeven in figuur 7.

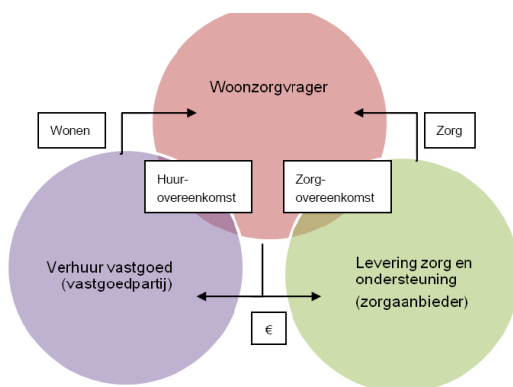
Huishoudens; grootte, samenstelling, positie in het huishouden, 1 januari



Figuur 7: aantal personen in instituties in 2007-2010, naar type (CBS, 2011).

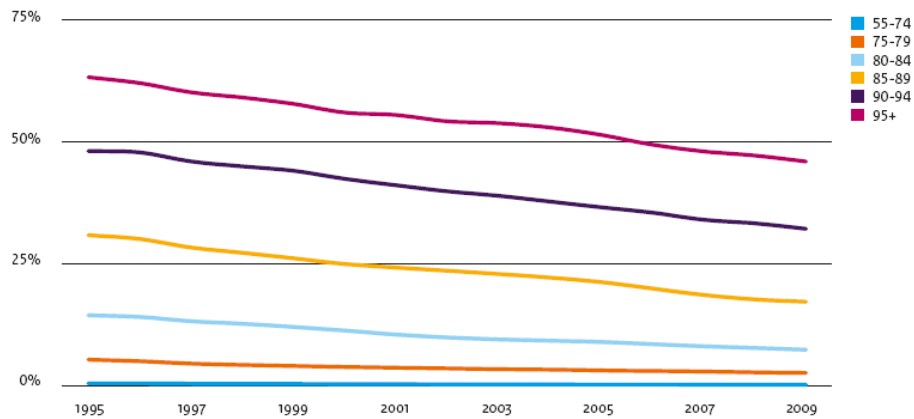
2.2.2.1. EXTRAMURALE ZORG

Zoals eerder besproken heeft de Nederlandse overheid vanaf het einde van de 20^e eeuw beleid gevoerd dat gericht is op extramuralisering. Extramuralisering zorgt voor een scheiding in kosten en een scheiding in levering. De scheiding in kosten houdt in dat een hurende zorgvrager twee rekeningen krijgt, één van de verhuurder van de woning en één van de zorgaanbieder. De scheiding van levering houdt in dat de zorgvrager woonruimte huurt waar niet standaard een zorgleverancier aan gekoppeld zit. De zorgvrager kan hierdoor kiezen uit verschillende zorgaanbieders uit de regio (Menagé, 2007). Het concept van gescheiden zorg is weergegeven in figuur 8. Hieruit is op te maken dat de zorgvrager overeenkomsten sluit met zowel de vastgoedpartij als de zorgaanbieder. De vastgoedpartij en zorgaanbieder zullen zelf onderling ook afspraken moeten maken over de mate van voorzieningen in een extramurale setting.



Figuur 8: Visuele weergave van de scheiding tussen wonen en zorg. Bron: Van den Belt & van Zalk, 2010

Door het gevoerde beleid gericht op extramuralisering en door een breder aanbod van woonvormen is het percentage ouderen in verzorging- en verpleegtehuizen sinds 1995 aan het afnemen. Dit is weergegeven in figuur 9. Volgens het CBS (2010) zijn ook de toegenomen gezondheid van ouderen en de mogelijkheden om de eigen woning aan te passen belangrijke factoren voor de afname van het aantal ouderen in VHV instellingen.



Figuur 9: *Personen in verzorging- en verpleeghuizen naar leeftijd*. Bron: CBS, 2010

Figuur 9 onderschrijft een toename van het aantal zorgvragers dat gebruik maakt van extramurale zorg. Uit bijlage 5 is echter op te maken dat sinds 2006 het aantal zorgvragers dat ABWZ zorg zonder verblijf ontvangt in de drie noordelijke provincies stagneert. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in de toename van het aantal gezonde levensjaren en de afname van het aantal zorgvragers dat verpleging in huis ontvangt (CBS, 2011). Daarnaast is in 2007 de WMO geïntroduceerd, hierdoor viel het inkopen van huishoudelijke hulp niet meer onder de ABWZ, maar onder de WMO en hierdoor onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Als een zorgvrager bij de gemeente aanklopt voor huishoudelijke hulp dan heeft hij of zij twee keuzes. Hulp in natura of hulp via een PGB. Hetzelfde geldt voor de ABWZ functies (zonder verblijf) waarvoor een zorgvrager aanklopt bij de verzekeraar. Hier moet bij vermeld worden dat het persoonsgebonden budget onder druk staat en er een maatschappelijke en politiek debat wordt gevoerd over de inperking van het persoonsgebonden budget. Dit omdat het aantal personen met een persoonsgebonden budget vanaf 2004 een groei van meer dan 250% vertoont. Tussen 2002 en 2007 is het bedrag uitgegeven aan PGB's in de ABWZ toegenomen van € 413 miljoen naar €1,3 miljard (CBS, 2011 en Mot et al. 2010). Door deze sterke toename is het budget, in de huidige vorm, in de toekomst niet meer houdbaar (CPB, 2010).

Het is anno zomer 2011 nog onduidelijk welke invloed de veranderingen in de PGB regelgeving gaan hebben op de extramurale zorg.

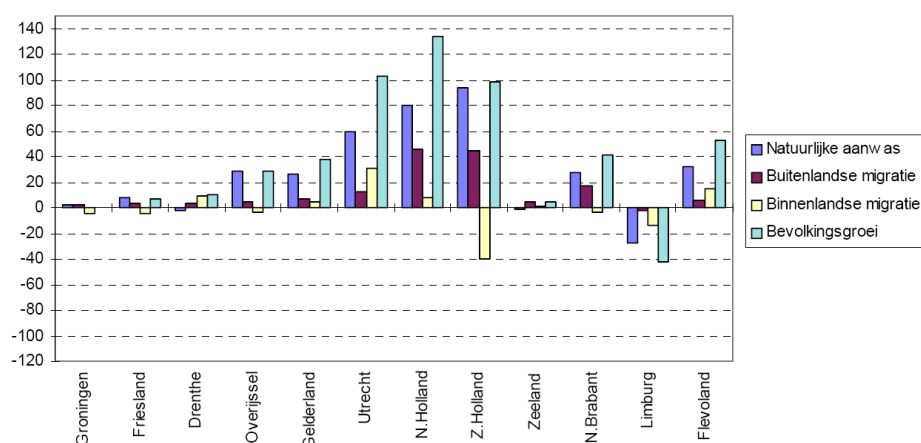
2.3 DEMOGRAFISCHE ONTWIKKELINGEN

De gemiddelde leeftijd in Nederland wordt ouder en de levensverwachting stijgt ook. Volgens prognoses van het CBS neemt het aantal 65 plussers toe van 15,6% in 2011 naar 19,7% in 2020 en 23,7% in 2030. Daarnaast is in paragraaf 1.1.5. ook duidelijk geworden dat de levensverwachting de komende jaren zal stijgen (CBS,2011).

Er zijn gebieden in Nederland die te maken hebben met ontgroening en een bevolkingskrimp. Met name in Noordoost Groningen en Zuid-Limburg is de bevolkingskrimp sterk ingetreden. Volgens prognoses van het CBS daalt het inwoneraantal in deze gebieden tussen 2009 en 2040 met maar liefst 15% (PBL, 2011; CBS, 2009)

2.3.1 BEVOLKINGSKRIMP

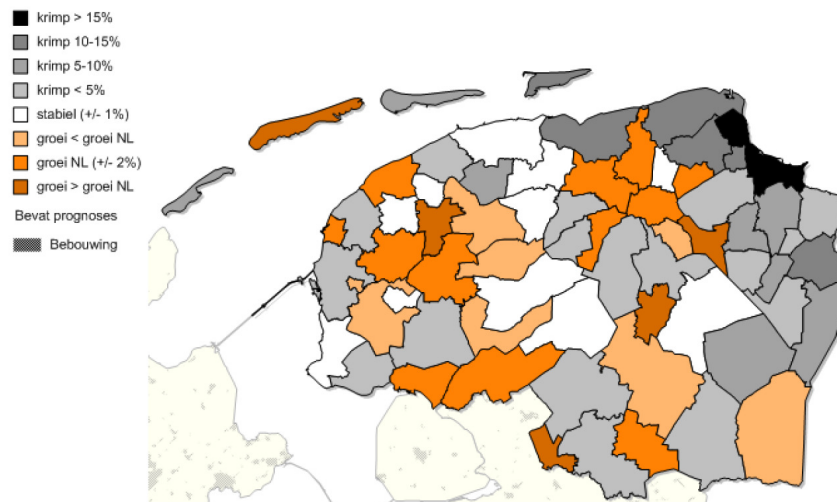
De prognose van Primos (2009), figuur 10, geeft de bevolkingsontwikkeling per provincie tot 2020 weer. Hieruit is op te maken dat de drie noordelijke provincies naar verwachting niet of nauwelijks zullen groeien tot 2020. Groningen heeft naar verwachting nog een klein deel natuurlijke aanwas en buitenlandse migratie maar een negatieve binnenlandse migratie waardoor het saldo uitkomt op nagenoeg nul. In het geval van Friesland komt door een sterkere natuurlijke aanwas en buitenlandse migratie het saldo positiever uit dan bij Groningen. De bevolkingsgroei van de noordelijke provincies komt in de prognose van Primos in geen geval boven de 10% uit.



Figuur 10: Bevolkingsprognose tussen 2010 en 2020 Bron: Primos, 2009

In figuur 11 worden de drie noordelijke provincies vergoet weergegeven. Dit onderzoek richt zich vooral op deze drie noordelijke provincies. In het noorden en noordoosten van

Groningen wordt een negatieve bevolkingsgroei verwacht, tevens wordt negatieve groei verwacht in het zuiden van Drenthe en delen van het noorden en zuidwesten van Friesland.



Figuur 11: Bevolkingsgroei 2010 – 2010 Noordelijke Provincies. Bron: Primos, 2009

2.3.2. VERGRIJZING & ONTGROENING

Het Ruimtelijke Planbureau noemt in het rapport 'Krimp en Ruimte' uit 2006 drie determinanten van demografische bevolkingskrimp; 1. sociaal-economische determinanten 2. sociaal-culturele determinanten 3. planologische determinanten.

De sociaal economische en planologische factoren hebben vooral invloed op het migratiegedrag van de bevolking. Een plaats met veel voorzieningen en werkgelegenheid trekt bijvoorbeeld veelal jongeren aan die op zoek zijn naar een baan en een carrière willen opbouwen (aantrekkingsfactoren). Een plaats met een slechte woningvoorraad of een laag voorzieningen niveau zal juist mensen eerder bewegen te migreren naar een andere plaats (RPB, 2006).

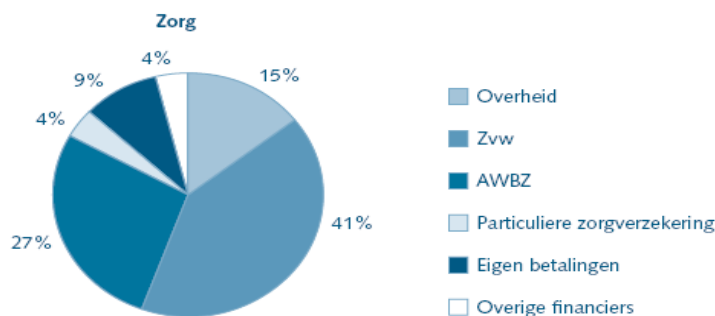
De Sociaal Culturele factoren hebben veelal een brede maatschappelijke context en hebben vooral invloed op de natuurlijke aanwas, de emancipatie van vrouwen in de jaren 1960 heeft bijvoorbeeld een sterke afname van het aantal geboorten per vrouw tot gevolg gehad. Van 3,1 in 1960 tot 1,6 in 1980. Tegenwoordig ligt het aantal kinderen per vrouw tussen de 1,7 en de 1,8. Dit is onder het vervangingsniveau van 2,1 kinderen per vrouw (RPB, 2006).

Het aantal inwoners in de noordelijke provincies krimpt volgens de prognose van het CBS (bijlage 7) absoluut gezien niet. Wel zijn er sterke verschillen waar te nemen tussen krimpgebieden in het noorden en groeigebieden. Als regio neemt de omvang van de

bevolking niet af per saldo maar binnen de regio bestaan sterke verschillen (CBS, 2011). Daarnaast zal er vooral een kwalitatieve slag gemaakt moeten worden op de woningmarkt, de totale bevolking mag dan niet afnemen, de samenstelling van de bevolking verandert wel sterk. Dit is duidelijk te zien in bijlage 7. De vergrijzing zal naar verwachting plaats vinden in alle drie de noordelijke provincies en de ontgroening zal vooral plaatsvinden in Drenthe. In Noord-Nederland als geheel neemt het aantal 65 plussers tussen 2011 en 2030 toe met bijna 150 000 personen terwijl het aantal personen tussen de 0 en 65 afneemt (CBS, 2011). Dit houdt in dat door een gewijzigde samenstelling van de bevolking ook de wooneisen veranderen.

2.4 HUIDIGE MARKT & KENMERKEN ZORGVASTGOED

Voor een goed begrip van zorgvastgoed en zorgvastgoed beleid is het van belang inzicht te krijgen in de huidige markt en toekomstige ontwikkelingen. Zoals eerder besproken bestaan er in Nederland diverse zorgconcepten, hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen Care en Cure en tussen Intra- en Extramuraal. Daarnaast kan er ook een onderscheid gemaakt worden op basis van financiering. Ruim tweederde van de Nederlandse zorguitgaven komt vanuit de Zorgverzekeringswet (cure) of ABWZ (care). Een verandering in het financieringsstelsel in deze sectoren heeft hierdoor ingrijpende gevolgen voor de bekostiging van de zorg.



Figuur 12: Verdeling van de zorguitgaven. Bron: Trimbos, 2010

Door bezuinigingen op de ABWZ komt de financiering van zorginstellingen onder druk te staan. Deze staat daarnaast ook onder druk door het boekwaardeprobleem in de zorgsector. Veel gebouwen worden lineair afgeschreven, in 50 jaar, zoals is bepaald in het bouwregime. Hierdoor is de boekwaarde van het vastgoed niet onderhevig aan toetsing aan de markt. Het College Bouw Zorginstellingen heeft in 2005 een onderzoek uitgevoerd naar de functionele

veroudering van zorginstellingen. Hieruit bleek dat een groot deel van het zorgvastgoed functioneel matig of slecht is (tabel 9).

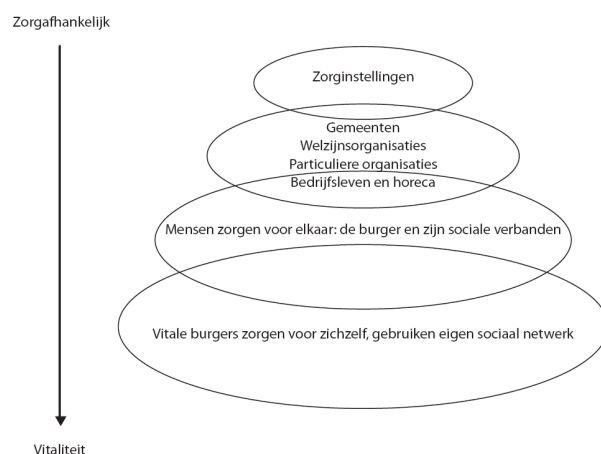
Tabel 9: Functionele veroudering naar Type ABWZ instelling

	Respons	Functioneel matig / Slecht
Verzorgingshuizen	1072	63%
Verpleeghuizen	323	53%
GHZ	1000	30%
GZ	1828	40%

Bron: CBZ, 2005

Dit betekent dat door deze functionele veroudering, het gebouw is niet meer geschikt voor de functie die er is ondergebracht, de marktwaarde vaak lager is dan de boekwaarde. Volgens Neele (2002) bedroeg het verschil tussen de boekwaarde en marktwaarde van de V&V sector in 2002, ruim 5 miljard euro. Door de invoering van de NHC zullen zorginstellingen de kosten voor afschrijving en rente zelf gaan betalen, dit door het vervallen van de staatsgarantie op de afbetaling van kapitaallasten. Hierdoor lopen zorginstellingen die zelf panden in bezit hebben een risico omdat de overheid niet meer garant staat voor incurant vastgoed, wat nu nog wel het geval is. Zorgaanbieders die een langlopend huurcontract met woningcorporaties hebben, lopen mogelijk ook een financieel risico omdat in de toekomst een verschil ontstaat door de vergoeding vanuit de NHC en de huur die zij betalen aan de corporatie.

Stavenuiter et al. (2010) hebben een piramide gemaakt van de (maatschappelijke) verantwoordelijkheden van diverse actoren op basis van de zorgbehoefte.



Figuur 13: Piramide met getrapte verantwoordelijkheden (Stavenuiter, Nederland & van der Toorn, 2010)

Deze piramide geeft de essentie van het regeringsbeleid per 2011 goed weer en komt ook overeen met de figuur uit de discussiebijdrage uit de kring van de gemeentesecretarissen van de 100.000+ steden die bedoeld is als advies aan de rijksoverheid. Pas als mensen zorgafhankelijk zijn en niet meer kunnen leunen op hun omgeving kunnen ze aankloppen bij bijvoorbeeld de gemeenten voor een PGB vanuit de WMO. Als dit niet meer toereikend is dan kan een zorgvrager terecht bij een zorginstelling. Het doel van deze getrapte verantwoordelijkheden is een zo lang mogelijke zelfbeschikking of autonomie en een brede maatschappelijke participatie in de zorg. Mensen zorgen op deze manier voor zichzelf en voor de mensen uit hun omgeving totdat dit niet meer toereikend is (Stavenuiter et al., 2010; Huitink et al., 2010). Deze beleidspiramide heeft ook tot gevolg dat mensen pas bij een zorginstelling aankloppen als dit echt nodig is, dit bevordert de scheiding van wonen en zorg in Nederland.

In 2009 maakten ruim 74 000 mensen in Noord-Nederland gebruik van ABWZ zorg zonder verblijf en bijna 40 000 mensen maakten gebruik van ABWZ zorg met verblijf (bijlage 5 en 6). Hiervan was het overgrote deel 65 jaar of ouder, de groep zorgvragers in Nederland die de komende jaren alleen maar groter wordt. In tabel 10 is een samenvatting van bijlagen 5 en 6 weergegeven. Hieruit is op te maken dat de groep 65 plussers het overgrote deel van ABWZ afnemers vormen in het noorden. Als de zorgvraag percentueel gelijk blijft en de huidige demografische prognose uitkomt dan zal in 2020 het aantal ouderen dat de drie noordelijke provincies zorg afneemt gestegen zijn naar ruim 171 000 en in 2030 zelfs naar ruim 204 000. Dit betekent een toename van ruim 110 000 zorgvragers de komende 20 jaar.

Tabel 10: ABWZ zorg met- en zonder verblijf naar leeftijd en provincie

	Groningen	Drenthe	Friesland
	2008		
18-65	7560 (20,23%)	7330 (21,44%)	8935 (21,46%)
65+	29 810 (79,77%)	26 845 (78,56%)	32 700 (78,54%)
	2009		
18-65	7560 (20,27%)	7585 (21,73%)	8840 (21,09%)
65+	29 730 (79,73%)	27 315 (78,27%)	33 080 (78,91%)
	2020*		
18-65	16 988 (25%)	14 245 (23%)	20 420 (21%)
65+	50 227 (75%)	46 439 (77%)	75 159 (79%)
	2030*		
18-65	16 442 (22%)	18 514 (25%)	19 567 (18%)
65+	60 026 (78%)	54 926 (75%)	89 550 (72%)

*prognose opgesteld op basis van bijlagen 5, 6 en 7

Bron: Eigen bewerking Statline, www.cbs.nl

De toename van de zorgvraag houdt in dat zorgaanbieders en corporaties voor een grote opgave staan de komende jaren. Het bovenstaande geldt voor zowel intra- als extramurale zorg. Tabel 10 laat echter de ontwikkelingen in de gehele provincie zien. De ontwikkelingen in krimpregio's zal hier naar verwachting vanaf wijken. Eerder is geconstateerd dat de voornaamste krimpregio's in het noorden te vinden zijn in Noord- en Noordoost-Groningen, Zuid-Drenthe en Noord- en Zuidwest-Friesland. Als de regionale zorgvraag geprojecteerd wordt op de afzonderlijke krimpregio's in het Noorden dan blijkt dat ook in de krimpregio's een toename van het aantal zorgvragers wordt verwacht in 2020 en 2030. Tussen 2020 en 2030 wordt het aandeel 65 plussers in de totale zorgvraag groter en stijgt het netto aantal zorgvragers ook. In Noord-Groningen wordt de kleinste toename in vraag naar zorg verwacht en in Noord-Friesland wordt de sterkste toename in zorgvraag verwacht (CBS, 2011).

De totale toename in zorgvraag in het noorden, tussen 2020 en 2030, op basis van tabel 10, bedraagt meer dan 30.000 personen. Het werkelijke aantal zal waarschijnlijk afwijken maar er ook prognoses van onder andere Primos (2011) laten een toename in het aantal zorgvragers zien. Dit betekent dat er naar verwachting ook in de krimpregio's noodzaak is tot investeringen door corporaties en/of zorgaanbieders. Een moeilijk te beantwoorden vraag op dit moment is de verschuiving in zorgbehoefte door ontwikkelingen op medisch en technologisch gebied. Mochten er medische doorbraken zijn waardoor de gezonde levensjaren enorm toenemen, psychische ziekten door medicatie vertraagd of verminderd worden of door technologische ontwikkelingen zorg op afstand sterk verbeteren dan heeft dit vanzelfsprekend gevolgen voor de zorgvraag in de toekomst.

Daarnaast blijkt uit tabel 9 dat een groot deel van de zorgcomplexen in 2005 functioneel verouderd is. Dit houdt in dat een deel van deze zorgcomplexen, indien niet verbeterd, anno 2011 nog sterker verouderd zal zijn. De opgave voor 2020 en 2030 bedraagt hierdoor niet alleen het opvangen van de toename in zorgvragers maar ook het aanpassen van de huidige voorraad aan toekomstige wensen en eisen van zorgvragers.

Er wordt een toename verwacht van het aantal 65 plussers, en hiermee ook een toename van de zorgvraag. De 65 plusser van nu is echter niet geheel hetzelfde als de 65 plusser van de toekomst. Habion heeft in 2007 samen met Motivaction een onderzoek uitgevoerd naar de woonwensen van huidige senioren en de toekomstige senioren uit de babyboom generatie. Hierbij is er een indeling gemaakt op basis van drie typen ouderen (tabel 11).

Tabel 11: Typologie babyboomers naar leefstijl.

Traditioneel	Modern	Postmodern
17% kinderloos	37% kinderloos	43% kinderloos
Lokaal georiënteerd	Suburbane woonomgeving	Stedelijk en landelijk georiënteerd
Sociale contacten in omgeving	Minder gericht op vitaliteit en gezondheid	Sterk gericht op vitaliteit en gezondheid
Zorg door kinderen en familie	Gericht op comfort	Zorgvraag zelf regelen via eigen netwerk
	Nog niet bezig met zorgvraag	

Bron: Habion *Nieuw Wonen voor Senioren*, 2007

De indeling uit tabel 11 is slechts één van de vele indelingen die gemaakt zijn op basis van leefstijl. Deze indeling is bedoeld als voorbeeld en geeft aan dat er verschillende typen ouderen zijn, en komen, met verschillende leefstijlen en eigen wensen. Hierdoor is er niet één specifiek type zorgconcept dat in heel Nederland voor elk type ouderen geschikt is, maar is er een diversiteit nodig zodat ouderen het concept kunnen kiezen dat het best aansluit bij de levensstijl en de zorgbehoefte. De verwachting is dat ouderen in de toekomst hoger opgeleid zijn en meer te besteden hebben dan de ouderen van nu. Daarnaast is de verwachting dat de ouderen in de toekomst meer gericht zullen zijn op comfort en welzijn (Habion, 2007). Hierdoor zet de verschuiving van de accenten van behandeling naar verblijf zich door. Een comfortabel en kwalitatief goed verblijf wordt steeds belangrijker voor ouderen, hierdoor wordt de woning een productiefactor.

In de ABWZ sector is sprake van een grote diversiteit wat betreft het type gebouw, dit is te verklaren door het aantal doelgroepen, de verschillende zorgbehoeften en eigendom- en huursituaties (CBZ, 2005). Vandaar dat in dit onderzoek de segmentering intra- en extramuraal gehanteerd wordt, een segmentering op basis van type, grootte en doelgroep geeft geen duidelijk overzicht en is lastig op te stellen op basis van beschikbare data. Differentiatie is volgens Rovers & van der Velden (2005) ook nodig omdat de wensen van de cliënt centraler komen te staan door een verschuiving van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte markt. Fritzsche (2005) heeft een aantal gestyleerde feiten opgesteld behorende bij een verschuiving van aanbodgericht naar vraaggericht zorgbeleid

Tabel 12: Verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing

Aanbodsturing	Vraagsturing
Zekerheden	Risico's en kansen
Goedkeuring vragen	Verantwoordelijkheid nemen
Norm en maatstaf als basis voor bouwplan	Businessplan als basis voor bouwplan
Nacalculatie van investeringen	Integrale bekostiging
Boekwaarde op basis technische levensduur	Vastgoedwaarde op basis van economische levensduur (Marktwaarde)
Maximalisering van oppervlakte	Optimaliseren exploitatie
Monofunctionele huisvesting	Flexibele huisvesting
Investeringsstoets bouwcollege	Investeringsstoets investeerders en partners

Bron: Fritzsche, 2005

De Integrale tarieven voor de zorg met als doel een vraaggestuurde markt zorgen onder andere voor een kritische blik door partners, risico's voor stakeholders en een focus op de marktwaarde van zorgvastgoed. Een heldere visie en doelstelling gekoppeld aan een businessplan en investeringsvoorstel is voor zorgaanbieders haast een must geworden om investeerders te vinden. Dit geldt zowel voor investerende marktpartijen als voor corporaties.

Dit onderzoek richt zich specifiek op corporaties in krimpgebieden. Het is daarom van belang de kenmerken van de (zorg)vastgoedmarkt in krimpgebieden te benoemen.

Dit omdat krimpgebieden in tegenstelling tot de rest van Nederland een ontspannen woningmarkt kennen. Dit houdt in dat het aanbod veelal de vraag overstijgt en er sprake is van een vergroot risico op leegstand, bijvoorbeeld projectleegstand bij nieuwbouw. Vraaggericht bouwen op vervangingsniveau is vaak het devies. Hierbij ontstaan er kansen om de woningvoorraad kwalitatief te verbeteren door uitdunning en het creëren van meer ruimte in de woonomgeving (Singelenberg, 2007; Van Dam et al., 2007).

2.5 SAMENWERKINGSVORMEN

Het lijkt, gezien de toekomstige opgave op het gebied van zorg en zorgvastgoed, bijna vanzelfsprekend dat corporaties en zorgaanbieders de handen ineenslaan. Temeer omdat de corporaties vanuit de BBSH geacht worden zich in te spannen op het gebied van ouderenhuisvesting en tegelijkertijd zelf geen zorg aan mogen bieden (bijlage 4). Daarnaast is het overheidsbeleid gericht op het stimuleren van extramuralisering, dit kan tot gevolg hebben dat de corporaties woningen leeftijdsbestendig gaan bouwen of verbouwen en

zorgaanbieders in samenspraak met de woningcorporatie zorg aan bieden in deze woningen. Een veelvoorkomende vorm hiervan is een aanleunwoning. De corporatie heeft veelal het eigendom van deze ouderenwoning nabij of aan een zorgcomplex. De zorgaanbieder in het zorgcomplex levert vervolgens, deels vanuit het zorgcomplex, zorg thuis bij de bewoners van de aanleunwoningen. Zorg en wonen zijn losgekoppeld en de bewoner betaalt aan zowel de zorginstelling (zorg) als de corporatie (huur). Hiervoor is echter wel overleg vereist tussen de zorginstelling en de corporatie. Het is immers niet de bedoeling dat er jongeren een zorgwoning toegewezen krijgen of dat de zorgaanbieder aan zijn limiet zit terwijl de corporatie adverteert met wonen en zorg. In één van de gehouden interviews, met een zorgaanbieder in Delfzijl, wordt terug gekomen op de bovenstaande constructie en de afspraken die hierbij van belang zijn.

Rovers & van der Velden (2005) stellen verschillende samenwerkingsmogelijkheden voor op basis van de doelstellingen van zorgaanbieders en corporaties. Deze zijn weergegeven in bijlage 8. Naast de diverse samenwerkingsvormen onderscheiden Rovers & van der Velden (2005) ook verschillende motieven voor samenwerking. Deze zijn weergegeven in tabel 13. In het licht van de normatieve huisvestingscomponent lijken de financieel en zakelijke motieven voor de zorginstellingen belangrijke factoren te zijn om over te gaan tot samenwerking met een corporatie. Voor corporaties veranderen de normatieve motieven niet door de nieuwe regelgeving in de zorg. Het zijn vooral de zakelijke en strategische argumenten die onder druk komen te staan.

De waardeontwikkeling van zorgvastgoed zal door de invoering van integrale tarieven beter onderzocht moeten worden, er zal onderhoud gepleegd moeten worden om toekomstige boekwaardeproblemen en leegstand te voorkomen. Daarnaast zullen woningcorporaties, juist in krimpgebieden, een potentiële groeiemarkt willen bedienen, de ouderen. Toekomstbestendig en maatschappelijk verantwoord investeren staan in krimpgebieden hoog in het vaandel (Acantus, 2011).

Tabel 13: Motieven zorginstellingen en corporatie per categorie

	Financieel en zakelijke motieven	Zorginhoudelijke motieven	
Zorginstelling			
	Boekwaardeprobleem door incurant vastgoed	Concentratie op core business	
	Risico overdragen van non core business activiteiten	Transformatiebehoefte door extramuralisering	
	thuiszorgproducten via corporaties als afzetkanaal		
Corporatie	Normatieve argumenten	Zakelijke argumenten	Strategische argumenten
	Statutaire doelen & BBSH	Versterkten concurrentiepositie door acquisitie vastgoed	Seniorenmarkt is een groeimarkt
	Maatschappelijk rendement	Waardeontwikkeling en afzetontwikkeling vastgoedportefeuille	Imago en lokale verankering

Bron: Rovers & van der Velden, 2005

Om het succes van een project dat tot stand is gekomen op basis van samenwerking tussen verschillende partijen te realiseren is het van belang vooraf gezamenlijke doelen vast te leggen, (Wilkinson & Reed 2008). Deze kunnen vervolgens vertaald worden naar een aantal interne en externe documenten die nuttig zijn voor verschillende facetten van de samenwerking. Dit zijn onder andere een intentieovereenkomst en samenwerkingsovereenkomst.

Een intentieverklaring is veelal het eerste document dat opgesteld en ondertekend wordt. Dit document geeft de wil van beide partijen om samen te werken weer en kan ook als zodanig als PR middel gebruikt worden.

Na de intentieverklaring volgen vaak verdere stappen voor samenwerking, hierbij kunnen een tweetal veelvoorkomende vormen worden onderscheiden (Sanders et al. 2003).

➤ Projectmatige samenwerking

Hierbij maken corporaties en zorginstellingen op incidentele basis afspraken over één concreet project. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om de opzet van een woonzorgcomplex, zorgloket of dienstenpakket. De afspraken voor een projectmatige samenwerking worden vaak vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst (Sanders et al. 2003).

➤ Structurele samenwerking

De woningcorporatie en zorgaanbieder maken structurele afspraken in de vorm van onderlinge garanties over de te leveren woningen en zorg. Dit kan voordeel opleveren bij met name situaties waar er sprake is van thuiszorg. De zorgaanbieder levert hierbij garanties voor de (snelle) levering van zorg of ondersteuning voor een deel van het woningbezit van een corporatie. Als tegenprestatie levert de woningcorporatie een minimum aantal zorggeïndiceerden aan de zorgaanbieder. Een nadeel van een dergelijke constructie is dat er een soort gedwongen winkelnering kan ontstaan. De zorgvrager kan het gevoel krijgen dat hij of zij verplicht zorg in moet kopen bij de zorgaanbieder waar de corporatie mee samenwerkt (Sanders et al, 2003). De Nederlandse Mededingingsautoriteit laat dergelijke afspraken, met name in krimpgebieden, in sommige gevallen wel toe. Ook in jurisprudentie zijn gevallen te vinden waarin de rechter een structurele samenwerking toestaat, dit met het oog op kostenbesparing en andere voordelen voor de zorgvrager (www.rvz.net)

2.6 WETGEVING

In dit deel van de achtergrond worden de belangrijkste veranderingen in de wetgeving op het gebied van zorgvastgoed besproken. Er wordt begonnen met een korte toelichting op de oude wetgeving, hierna volgen respectievelijk de huidige en de toekomstige wetgeving. Het is van belang inzicht te verkrijgen in de wetgeving en de veranderingen hierin voor een goed begrip van de wettelijke context waarbinnen de huidige ontwikkelingen zich af spelen.

2.6.1 OUDE WETGEVING

Tot het jaar 2006 was de wet Ziekenhuisvoorzieningen van toepassing op zorgvastgoed. Onder deze wetgeving waren zorginstellingen verplicht een vergunning te hebben van het College Bouw Zorginstellingen voordat zorgvastgoed gerealiseerd kon worden. Deze vergunningen werden afgegeven op basis van een behoefteraming door de overheid en bracht strikte eisen met zich mee over de functionele, technische en financiële voorwaarden voor de bouw, zogeheten bouwmaatstaven (Hubben & Sijmons, 2009).

Nadat een zorginstelling had voldaan aan de inhoudelijk-technische voorschriften werd een vergunning afgegeven en kreeg een zorginstelling de kapitaallasten voor de gehele levensduur van het gebouw vergoed. Dit gebeurde op basis van productiecapaciteit en de vergoeding bevatte rente, afschrijving en bouwkosten (Menagé, 2007 en Kruizenga, 2010). De zogeheten budgetbekostiging van zorginstellingen, zoals hierboven beschreven, leidde tot een laag risicoprofiel en hoge bestaanszekerheid van zorginstellingen. Dit nam bij zorgaanbieders echter ook de prikkels om doelmatig en kostenbewust te handelen weg. Hierdoor keken instellingen nauwelijks meer naar productverbeteringen of verbetering in de bedrijfsvoering.

2.6.2 HUIDIGE WETGEVING

In 2009 is het bouwregime voor de care sector afgeschaft. Dit heeft tot gevolg dat e overheidsbemoedienis met de bouw verminderd beperkt wordt tot de bouw van grootschalige intramurale instellingen, ingrijpende verbouwingen of volledige nieuwbouw (Hafmans et al., 2006). Het grote verschil met het bouwregime is dat gebouwen niet meer per definitie al vooraf worden beoordeeld op kwaliteit. Een ander groot verschil is dat zorgaanbieders bij het verkrijgen van de vergunning geen financiële garanties meer krijgen. Daarnaast krijgen zorginstellingen niet meer betaald op basis van productiecapaciteit maar op basis van prestatie. Zij krijgen door invoering van de Zorgzwaartepakketten een vergoeding op basis

van de ZZP indicatie die een persoon heeft gekregen van het CIZ. Dit houdt in dat een zorgaanbieder bij leegstand inkomsten misloopt en hierdoor de ondernemingsrisico's groter zijn geworden. Wanneer de klant wegblijft blijven de inkomsten ook weg, zorgaanbieders worden hierdoor gestimuleerd klanten aan zich te binden door hoge kwaliteit zorg te leveren.

Het type ZZP hangt af van de indicatie die wordt gesteld door het CIZ. Door een verscherpte indicatiestelling, het scheiden van wonen en zorg en medische ontwikkelingen zullen naar verwachting minder mensen een intramurale indicatie krijgen in de toekomst (CBZ, 2005; Verweij & Bisschop, 2007). In de zomer van 2011 is er nog geen sprake van een krimp van de intramurale zorg, er is wel sprake van een groei in extramurale zorg. De afname van intramurale indicaties heeft tot op lange termijn echter tot gevolg dat instellingen een leegstandsrisico gaan lopen op basis van de ZZP indicaties. Dit kan nadelige financiële consequenties hebben, temeer omdat zorginstellingen gewend zijn de financiële ramingen te baseren op een bezettingsgraad van 95% (Menagé, 2007).

2.6.3.NIEUWE WETGEVING

Vanaf 2012 wordt de bekostiging via de normatieve huisvestingscomponent trapsgewijs ingevoerd. Het streven van de Nederlandse Zorgautoriteit is om de integrale bekostiging volledig ingevoerd te hebben in 2018. Daarnaast wordt er tot 2014 nog een verblijfscomponent gekoppeld aan ZZP 1 en 2. In het kader van het scheiden van wonen en zorg wordt de NHC voor de ZZP's 1 en 2 afgeschaft (Nza, 2011).

De gehele financieringsstructuur veranderd door de invoering van de NHC. Waar instellingen voorheen de afschrijving konden spreiden over de gehele levensduur van een gebouw, dit werd doorgaans bepaald op 50 jaar, moet door invoering van de NHC de afschrijving plaatsvinden op basis van de economische levensduur van een gebouw. Dit is doorgaans 30 jaar. Dit betekent dat dezelfde kosten over een kortere periode afgeschreven moeten worden waarbij ook nog eens geen grote investeringen worden gedaan in het onderhoud (Plexus, & BKB, 2010). Wanneer er op dezelfde manier gebouwd zou worden zou dit een toename van de exploitatielasten op jaarbasis betekenen. Hierdoor zullen zorgaanbieders op zoek moeten gaan naar zorgconcepten die goedkoper zijn te realiseren, alternatief aanwendbaar zijn of voldoende restwaarde over houden.

Het ministerie van VWS heeft ook enkele veranderingen met betrekking tot verantwoordelijkheden van de betrokken partijen voorgesteld. Deze komen globaal overeen met de eerder genoemde piramide met getrapte verantwoordelijkheden (figuur 13) en het

beleid gericht op het scheiden van wonen en zorg. De verschuiving van geldstromen die horen bij de voorgestelde wijzigingen zijn weergegeven in tabel 14.

Tabel 14: Beoogde toekomstige geldstromen ABWZ

		2010	2015	2020
Wonen	ABWZ	+++	++	
	Klant		++	+++
Welzijn	ABWZ	+++		
	WMO	+++	++	+
	Klant		++	+++
Zorg	Verzekering	+	++	+++
	ABWZ	+++	++	+
	WMO	+++	++	+
	Klant		+	+++

Bron: Coresta Groep, 2011

Het doel van het overheidsbeleid is dat de klant zelf geheel gaat betalen voor het wonen, het scheiden van wonen en zorg. De welzijnsdiensten worden overgeheveld vanuit de ABWZ naar de WMO met als doel deze uiteindelijk voor het grootste deel te laten financieren door de afnemer van de welzijnsdienst. De zorg wordt verdeeld tussen de ABWZ, de WMO en de verzekeraars. Hierbij moet opgemerkt worden dat een deel van de verzekering ook bestaat uit eigen bijdragen.

Op 26 juli 2011 is de precieze hoogte van de NHC vastgesteld. Deze lijst is weergegeven in bijlage 9. Daarnaast is een overgangsregeling voorgesteld voor de wijziging in het financieringsstelsel. Tot aan 2018 wordt de NHC geleidelijk ingevoerd waarbij de opbouw zoals weergegeven in tabel 15 wordt gehanteerd.

Tabel 15: Verhouding Kapitaallasten en NHC tijdens overgangsfase

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

Bron: NZA (2011)

Het overgangssysteem geldt enkel voor de bestaande aanbieders. Nieuwe aanbieders zullen moeten onderhandelen met de zorgverzekeraar over de hoogte van de ZZP uitkeringen en

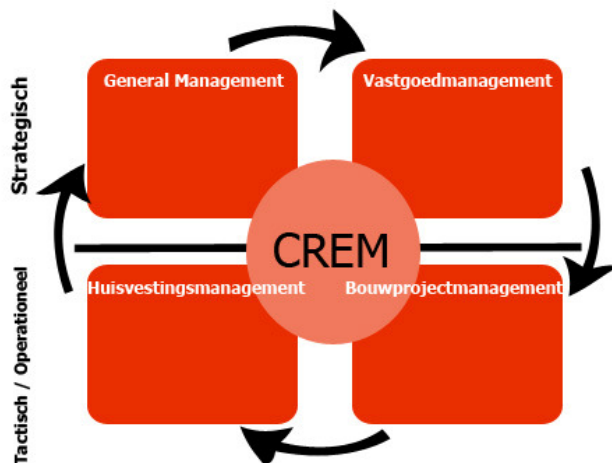
krijgen op basis van de uitkomst hiervan een NHC vergoeding. Daarnaast kan in het geval van vervangende nieuwbouw een vergoeding voor het verschil in boekwaarde worden aangevraagd bij de NZA. Dit houdt in dat wanneer een oud object is gesloopt en er een nieuw gebouw in de plaats is gekomen, de vergoeding voor het gesloopte gebouw, niet zonder meer stop wordt gezet. Mocht dit wel gebeuren dan kan dit een probleem opleveren voor zorgaanbieders. Dit probleem wordt ook wel een badkuip probleem genoemd. Zorgaanbieders krijgen in de eerste jaren van de exploitatie een lagere vergoeding, dus minder inkomsten, dan de werkelijke kosten. Hierdoor is de exploitatiebalans in de eerste jaren negatief (NZA, 2011 en www.zorgvisie.nl, 2011). Hier staat tegenover dat een oud vastgoedobject waarbij de huur of boekwaarde lineair wordt afgeschreven wellicht gunstig is voor zorgaanbieders. Het kan hierbij voorkomen dat de totale huisvestingslasten lager uitvallen dan de NHC vergoeding (NZA, 2011).

2.7.STRATEGISCH VASTGOEDBEHEER

Dit onderzoek richt zich op het strategisch voorraadbeleid van woningcorporaties. Vandaar dat het relevant is om inzicht te krijgen in de principes van strategisch voorraadbeleid. Dit gebeurt op basis van het Corporate Real Estate Management (CREM) model van Ad van Driel (2003) dat weergegeven is in bijlage 3. Hierbij zijn verschillende niveaus te onderscheiden, Strategisch, Tactisch en Operationeel. In het kader van dit onderzoek zal voornamelijk het Strategisch deel belicht worden.

Het doel van CREM is het door middel van het strategisch inzetten van vastgoed maximaal bij te dragen aan de primaire doelstelling van de onderneming. Hierbij is het essentieel dat het strategisch plan van de vastgoedafdeling aansluit op de doelstellingen van de onderneming (Van Driel, 2003). In het geval van woningcorporaties worden de doelstellingen geformuleerd op basis van de zes prestatievelden van het BBSH, hieronder valt ook het tot stand brengen van zorgvastgoed (bijlage 4).

In figuur 14 zijn de vier aandachtsvelden van corporate real estate management weergegeven. Op strategisch niveau kunnen het algemene management en het vastgoedmanagement worden onderscheiden. Op tactisch en operationeel niveau het huisvesting- en bouwprojectmanagement.



Figuur 14: Aandachtstvelden CREM model (Menagé, 2007, Eigen bewerking)

Onder het algemene management valt het organisatiemanagement en wordt gestreefd de ondernemingsdoelstellingen op het gebied van rendement en continuïteit op de lange termijn te realiseren. Het vastgoedmanagement beoordeelt de financiële positie van vastgoed in relatie tot de financiële positie van de onderneming. Het doel hiervan is de schaarse middelen op een zo doelmatig mogelijke manier aan te wenden. De doelen worden, zoals eerder genoemd, opgesteld door het algemene management.

Op tactisch niveau wordt door het bouwmanagement de realisatie van vastgoedobjecten uitgevoerd en op huisvestingsmanagementniveau wordt geprobeerd de kernactiviteiten van eindgebruikers zo goed mogelijk te ondersteunen. De CREM methode werkt van strategievorming naar portefeuillesamenstelling, realisatie en tenslotte beheer (van Driel, 2003).

Dit onderzoek richt zich op het strategisch voorraadbeleid van woningcorporaties, hierdoor zijn met name het algemeen management en vastgoedmanagement relevant. Onder het algemene management wordt de visie en doelgroepenbeleid van de corporatie verstaan. Onder het vastgoedmanagement wordt de waardering van het vastgoed alsmede de portefeuillesamenstelling verstaan.

2.8 ONDERZOEK EN VERWACHTINGEN

Nu er een breed beeld is geschetst van de actoren, zorgconcepten, demografische ontwikkelingen, wetgeving, marktontwikkelingen en Corporate Real Estate Management, is er een kader opgesteld dat gebruikt wordt bij het beantwoorden van de hoofdvraag.

Er zal via algemene kenmerken gekeken worden naar de samenwerking tussen woningcorporaties en zorgaanbieders in krimpgebieden en de hierbij behorende

risicoverdeling en eigendomsverhoudingen. Dit is van belang omdat op basis van de samenwerking tussen zorgaanbieders en woningcorporaties een risicoprofiel en verdienmodel gemaakt kan worden door de woningcorporatie voor het zorgvastgoed in de portefeuille. De zorgmarkt, de actoren, demografische ontwikkelingen en veranderende wetgeving zullen het kader vormen waarbinnen het zorgvastgoed en de samenwerking tussen woningcorporatie en zorgaanbieder worden bekeken. Indien deze samenwerking betrekking heeft op het nieuw te realiseren vastgoed zal er gekeken moeten worden naar het strategisch vastgoedbeleid van de woningcorporatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het CREM model. Al het voorgaande zal een kader vormen waarbinnen de woningcorporatie een afweging zal moeten maken om al dan niet over te gaan tot het realiseren of consolideren van zorgvastgoed.

De verwachting vooraf is dat er een viertal kenmerken doorslaggevend zijn voor de ontwikkelingen van het aandeel en type zorgvastgoed binnen de totale vastgoedportefeuille van een woningcorporatie.

1. De visie en beleidsdoelstellingen van de woningcorporatie; de mate van regionale betrokkenheid en de rendementseisen van de corporatie zullen hier naar verwachting in belangrijke mate aan bijdragen. Daarnaast is de verwachting dat de visie van de bestuurders van grote invloed is op de samenwerking met zorgpartners en de ontwikkeling van zorgvastgoed.
2. Het risicoprofiel van zorgvastgoed; door veranderende wetgeving verandert ook het risicoprofiel van zorgvastgoed. Wanneer een corporatie het risico hoog inschat zullen zij naar verwachting minder snel investeren in zorgvastgoed.
3. De huidige en toekomstige vraag op het gebied van zorgvastgoed; de verwachtingen over bevolkingskrimp en verschuivingen in de zorgvraag zullen naar verwachting een grote rol spelen bij de vraagramingen door zowel corporaties als zorgaanbieders.
4. De betrouwbaarheid van zorgpartners en de gekozen samenwerkingsvormen tussen woningcorporaties en zorgpartners; De mate waarin de samenwerking nu als succesvol wordt gezien en de betrouwbaarheid van de zorgpartners worden verondersteld een grote rol te spelen bij go / no go besluiten. Wanneer een corporatie wantrouwend tegenover een zorgaanbieder staat zal het risico naar verwachting hoger worden ingeschat.

Daarnaast is de verwachting dat woningcorporaties in krimpgebieden zich niet geneigd zullen voelen te investeren in heel specifiek zorgvastgoed. Dit omdat de toekomstige demografische ontwikkelingen onzeker zijn en de prognoses over de toekomstige vraag naar intramuraal zorgvastgoed niet eenduidig zijn.

Op basis van literatuur en de zes gehouden interviews, zullen de deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag worden beantwoord. Op deze manier zal er een beeld worden geschetst van de huidige markt en de doelstellingen van de betrokken actoren. Op basis hiervan en op basis van toekomstige demografische ontwikkelingen zal een aantal toekomst scenario's worden geschetst. Deze scenario's kunnen vervolgens als handreiking worden gebruikt bij het formuleren van visie en doelstellingen in het algemene management van een woningcorporatie en bij het inschatten van risico's en rendementdoelstellingen op lange termijn.

RESUMÉ

In hoofdstuk 1 is een beeld geschetst van de betrokken actoren, de zorgconcepten, demografische ontwikkelingen, de zorgmarkt, veranderende wetgeving en CREM. De voor dit onderzoek belangrijke actoren zijn de overheid, die vanuit beleidsmatige en bezuinigingsmotieven handelt. De verzekeraars die het overheidsbeleid ten aanzien van de zorg uitvoeren. Zorgaanbieders die een breed scala aan zorgproducten aanbieden, zowel intramuraal als extramuraal. De woningcorporatie die vanuit BBSH doelstellingen zorgvastgoed verhuurd. En tot slot de zorgvragers waarvan het aantal toeneemt en de eisen veranderen.

De veranderingen in de wetgeving hebben grote gevolgen voor de zorgsector. Voorheen was er sprake van een normatieve kaderstellende overheid die in de vorm van het bouwcollege vergunningen en hieraan gekoppelde langlopende vergoedingen uitdeelde. Wanneer het bouwcollege bepaalde dat er meer aanbod moest komen konden zorginstellingen een aanvraag voor een vergunning indienen. Wanneer deze vergeven werd aan een zorginstelling kreeg deze voor de vooraf vastgestelde exploitatieduur van 50 jaar een vergoeding voor de productie, kapitaallasten, rente en bouwkosten. Bij de huidige en toekomstige wetgeving ZZZP / NHC wetgeving krijgt de zorgaanbieder betaald naar prestatie. Dit houdt in dat zij betaald krijgen voor de zorg die zij daadwerkelijk leveren. Ook wordt er per ZZZP (bijlage 2) een bedrag voor huisvestingslasten toegekend, dit bedrag verschilt per ZZZP (bijlage 9). Zorgaanbieders worden door de

nieuwe wetgeving gedwongen om meer vraaggericht te werken, zij krijgen immers niet meer betaald voor een leeg bed en gaan hierdoor een exploitatierisico lopen.

Wat betreft de verschillende zorgconcepten in de care sector is het onderscheid dat gehanteerd wordt in dit onderzoek intramuraal en extramuraal. Dit houdt in zorg met verblijf (intramuraal) en zorg zonder verblijf (extramuraal). Met name de laatste categorie wordt gestimuleerd door het overheidsbeleid dat gericht is op het scheiden van wonen en zorg. Woningcorporaties zijn voornamelijk actief op het gebied van extramurale zorg, dit vanwege de strikte regel- en wetgeving die geldt voor intramurale instellingen.

Demografische ontwikkelingen in krimpgebieden maken het strategisch beleid van woningcorporaties complexer dan anders. Omdat de schaarste groter is in krimpgebieden en aanbodgestuurde allocatie bij een afnemende vraag een aanbodoverschot tot gevolg kan hebben. Daarnaast verandert de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking, er is een trend van vergrijzing waarneembaar. Alles tezamen heeft invloed op de toekomstige zorgvraag, met name in krimpgebieden waar de vergrijzing sterker waarneembaar is dan in de rest van Nederland.

De huidige zorgmarkt is voornamelijk aanbod gestuurd maar maakt een verschuiving naar vraagsturing door. De kenmerken van een aanbod- en vraaggestuurde markt zijn weergegeven in tabel 12. Daarnaast is een groot deel van het zorgvastgoed functioneel verouderd, in sommige sectoren meer dan 50%. Dit houdt in dat de boekwaarde van het zorgvastgoed in veel gevallen hoger is dan de marktwaarde. Het gevolg hiervan is dat zorgaanbieders door de invoering van de NHC hier zelf het risico voor moeten gaan dragen wanneer de huisvestingscomponent volledig ingevoerd is.

3. VISIE EN BELEID

In dit hoofdstuk wordt gegaan op de verschillende typen woningcorporaties op basis van Gruis (2007). Daarnaast zullen verschillende afwegingskaders van woningcorporaties om tot investeren over te gaan worden besproken. Dit in het kader van het algemene management deel dat hoort bij Corporate Real Estate Management. In het vorige hoofdstuk is vastgesteld wat onder het algemeen management valt:

Onder het algemene management valt het organisatiemanagement en wordt gestreefd de ondernemingsdoelstellingen op het gebied van rendement en continuïteit op de lange termijn te realiseren

Het strategisch vastgoedbeleid heeft tot doel maximaal bij te dragen aan de primaire doelstelling van een onderneming. Hieruit is op te maken dat de primaire doelstelling eerst wordt geformuleerd, de organisatiestrategie, en het vastgoedbeleid hieraan bij draagt.

Gruis (2007) heeft in opdracht van Habiforum een aantal bedrijfsstijlen opgesteld. Deze indeling kan als handvat gebruikt worden door woningcorporaties bij het opstellen van organisatiedoelstellingen. Deze indeling is gebaseerd op het werkterrein van een corporatie, de mate van innovativiteit en het type rendement dat nagestreefd wordt.

De innovativiteit is gebaseerd op de mate van activiteiten buiten het traditionele werkveld van corporaties. Op basis van de innovativiteit en het werkterrein is een tweedeling gemaakt. Hierbij worden de bestendiger en de vernieuwer onderscheiden:

1. Bestendiger; weinig innovatief, behalve op het gebied van de optimalisatie en efficiency van werkprocessen. Bestendigers beperken zich tot het traditionele werkveld van woningcorporaties en richten zich hiermee op de primaire doelgroep.
2. Vernieuwer; erg innovatief in de brede zin van het woord. Vernieuwers ondernemen allerlei activiteiten buiten het traditionele werkveld.

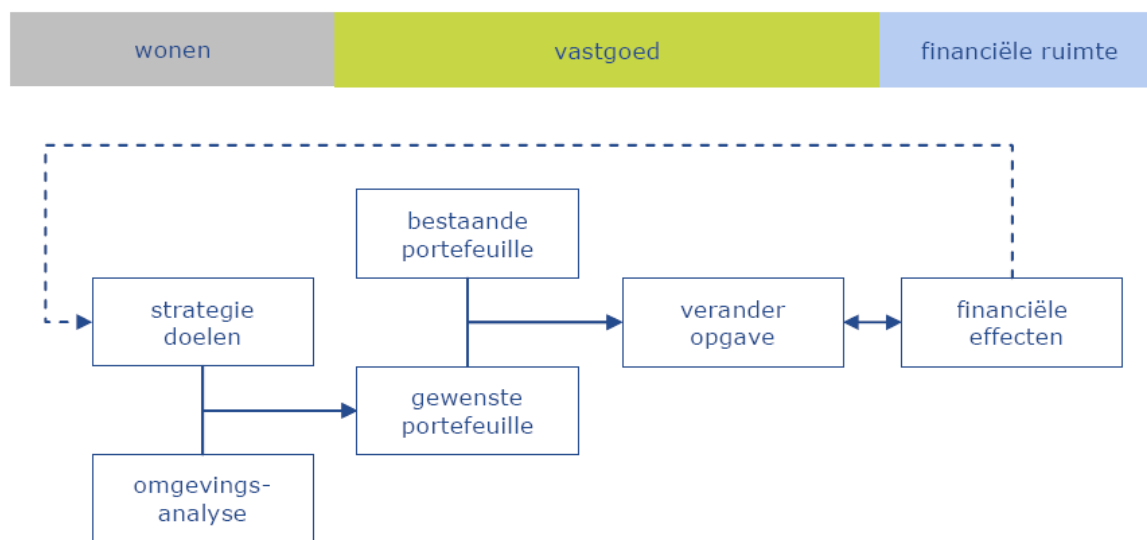
Daarnaast onderscheid Gruis (2007) een drietal benaderingen op rendement; 1. de BBSH benadering waarbij de middelen die corporaties niet zelf nodig hebben aangewend worden ten behoeve van de volkhuysvesting 2. streven naar positief rendement op vastgoed waarbij de investeringen leiden tot een minstens evenredige groei van de marktwaarde 3. rendementseis van 0% op het eigen vermogen waarbij corporaties streven naar een gelijkblijvend saldo van het eigen vermogen op de lange termijn.

Op basis van deze rendementseisen is een indeling gemaakt in de focus op maatschappelijk rendement of de focus op vastgoedrendement. De eerste, BBSH, benadering heeft duidelijk betrekking op het maatschappelijk rendement en benadering twee is gericht op financieel rendement. De derde benadering zit hier tussenin. Figuur 15 geeft de verschillende typen corporaties weer op basis van de hierboven benoemde categorisatie. Op basis van de afwegingen die een corporatie maakt kan de betreffende corporatie in de onderstaande figuur worden gepositioneerd.

	<i>Bestendiger</i>		
Primaire focus op maatschappelijk rendement	<p>Sociale Woningbeheerder</p> <ul style="list-style-type: none"> - legt de nadruk op traditionele taakstelling (huisvesten lage inkomens en bijzondere doelgroepen); - streeft naar efficiënte bedrijfsvoering; - streeft primair naar optimalisering maatschappelijk rendement en actief naar aanwending vermogensovermaat (tot uitdrukking komend in betaalbare huren en tevreden huurders over volle breedte van bezit). 	<p>Sociale Woningbelegger</p> <ul style="list-style-type: none"> - legt de nadruk op traditionele activiteiten (aanbieden van (sociale) huurwoningen); - streeft naar efficiënte bedrijfsvoering; - laat bestaande woningvoorraad middels 'going-concern' strategie renderen. 	Primaire focus op financieel rendement
	<p>Maatschappelijke Innovator</p> <ul style="list-style-type: none"> - heeft breed werkgebied naar marktsector, maatschappelijke sector en type dienstverlening; - streeft naar constante vernieuwing in werkterrein, producten en diensten; - streeft primair naar optimalisering maatschappelijk rendement en actief naar aanwending vermogensovermaat. 	<p>Maatschappelijke Vastgoedondernemer</p> <ul style="list-style-type: none"> - heeft voornamelijk activiteiten in de vastgoedsector (ook niet-woningen), voor brede lagen van de bevolking; - streeft naar constante vernieuwing van de vastgoed/woningvoorraad; - streeft primair naar een goed renderende vastgoed/woningvoorraad met in acht name van de maatschappelijke doelen. 	
	<i>Vernieuwer</i>		

Figuur 15: Bedrijfstijlen woningcorporaties (Gruis, 2007).

Eskinasi (2008) heeft een stappenplan opgesteld dat woningcorporaties kunnen gebruiken bij het opstellen van een portefeuillestrategie. Dit model (figuur 16) is visueel weergegeven door Middendorp (2010).



Figuur 16: Inhoudelijke stappen naar een portefeuillestrategie (Middendorp, 2010)

De doelen van de corporatie worden bepaald door de doelgroep, ambities en maatschappelijke visie van een corporatie. Dit sluit aan bij het model van Gruis (2007). Deze doelen samen met de omgevingsanalyse bepalen de gewenste portefeuille. De omgevingsanalyse bestaat uit de ontwikkeling van de klantgroep, de dynamiek van gebieden en wijken en de beweging van stakeholders, concurrenten en collega's.

De maatschappelijke doelen en de uitkomsten van de omgevingsanalyse worden vertaald in een gewenste portefeuille. Hierbij zijn zaken als het woningaanbod (aantallen, heterogeniteit, kwaliteit) en de aanwezigheid in gebieden en wijken (differentiatie, aandachtsgebieden) leidend. Daarnaast benadrukt Middendorp (2010) het belang van flexibiliteit. Het realiseren van woningen zodat zij aansluiten bij de vraag van de klant is geen kwestie van blauwdruk plannen, er moet gezocht worden naar een product markt combinatie die de eisen van de klant vertaalt in een concreet aanbod door de corporatie.

De eisen van de eindgebruiker zijn echter onderhevig aan de tijdsgeest en demografische en economische ontwikkelingen, dit houdt in dat het aanbod flexibel moet zijn.

Naast het opstellen van de gewenste portefeuille moet een analyse gemaakt worden van de bestaande portefeuille. Hierbij ligt de nadruk op het marktperspectief, de courantheid, exploitatiekosten en de leefbaarheid. Na het vergelijken van de gewenste portefeuille en de

bestaande portefeuille zal er een verander opgave zichtbaar worden, deze kan zich bijvoorbeeld manifesteren in een behoefte aan afname of toename van de totale voorraad, een bepaald segment of een kwaliteitsverbetering.

Ten slotte wordt de veranderopgave getoetst aan de financiële mogelijkheden en doelstellingen van de corporatie. Hierbij kan eventueel gebruik worden gemaakt van een scenario analyse om verschillende doelstellingen tegen elkaar af te wegen.

Een dilemma doet zich voor bij het bepalen van de verander opgave omdat het opstellen van het gewenste kwaliteitsniveau, bevolkingssamenstelling en aandachtswijken een sterk subjectief karakter heeft. Er is geen eenduidige mening over de invloed van bevolkingskrimp, vergrijzing en ontgroening in specifieke gebieden of wijken (CBS 2011, Primos 2011, Poulus, 2009). Daarnaast is het ook niet gegarandeerd dat investeringen in deze gebieden de leefbaarheid op lange termijn kunnen bevorderen. Vandaar dat het voor een corporatie lastig is om de visie en doelstelling en de toekomstverwachting concreet weer te geven in een gewenste portefeuillesamenstelling op de lange termijn (PBL, 2010 en Middendorp, 2010).

RESUMÉ

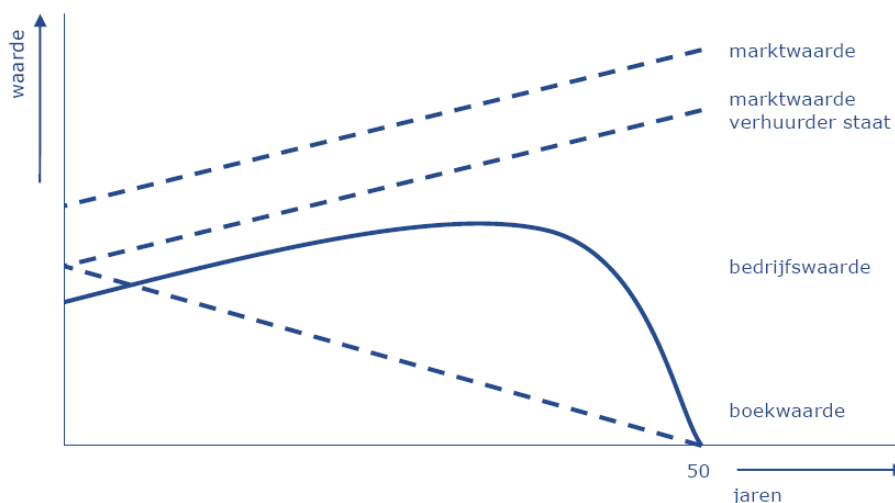
Voor een solide strategisch vastgoedbeleid is het essentieel om een duidelijke visie te hebben op de organisatiedoelstellingen en de doelgroep. Daarnaast is gebiedsgericht marktonderzoek en een analyse van de huidige voorraad nodig voor het bepalen van de verander opgave welke nodig is voor het bereiken van de gewenste portefeuille. Een scenario analyse kan wellicht nuttig zijn om de financiële mogelijkheden met hierbij de onderste en bovenste bandbreedte van de verwachte financiële kosten en baten te bepalen.

4. VASTGOEDWAARDERING EN RISICOMANAGEMENT

4.1 VASTGOEDWAARDERING

De manier waarop corporaties hun vastgoed waarderen is van belang bij het bepalen van de huurprijs voor bijzondere objecten. De huurprijs van specifieke woningen wordt bepaald door het puntensysteem van VWS waarbij de huurprijs wordt bepaald naar aanleiding van diverse kenmerken van de woning. De huurprijs van bijzondere objecten zoals intramuraal zorgvastgoed wordt veelal bepaald door de historische kostprijs te bepalen en deze lineair af te schrijven over een periode van 50 jaar of de contractduur (Middendorp, 2010).

Daarnaast bepaalt de waardering van het vastgoed in belangrijke mate de waarde van de corporatie als onderneming. Wanneer het vastgoed hoger gewaardeerd wordt zal totale waarde van de vastgoedexploitatie en de corporatie zelf hoger uitvallen. De meest gebruikte methoden en het verloop van de waarde door de tijd heen zijn weergegeven in figuur 17.



Figuur 17: Waardebegrippen en historische ontwikkeling (Middendorp 2010)

De boekwaarde is gebaseerd op de historische kostprijs van het vastgoed minus de afschrijvingen. De gedachte achter deze waarderingmethode is het gelijkwaardig verdelen van de lasten van het vastgoedobject gedurende de levens- of gebruiksduur. De boekwaarde wordt daarom lineair afgeschreven. De boekwaarde heeft echter geen relatie tot de marktwaarde en houdt ook geen rekening met een restwaarde bij eventuele verkoop. Hierdoor is de boekwaarde minder geschikt bij het bepalen van de financiële ruimte in het portefeuillebeleid (Middendorp, 2010).

De bedrijfswaarde is gebaseerd op de netto contante waarde van de verwachte toekomstige kasstromen. Deze waarderingmethode wordt ook gebruikt voor de beoordeling door het centraal fonds volkhuysvesting (CFV). De bedrijfswaarde heeft een omslagpunt waarbij de exploitatielasten hoger worden dan de opbrengsten waardoor de verdisconteerde waarde exponentieel daalt. De marktwaarde gaat uit van waardebepaling op basis van transacties van vergelijkbare objecten en wordt meestal bepaald door een externe taxateur. De marktwaarde kan gebruikt worden om de rendementen te vergelijken met commerciële partijen maar is als interne waarderingmethode minder geschikt omdat de corporatiewoningen vaak niet verhandeld worden op de markt voor koopwoningen maar geëxploiteerd (verhuurd) worden gedurende een vooraf bepaalde levensduur (Middendorp, 2010 en Scarret, 2008).

De waardeontwikkeling in krimpregio's is niet altijd positief (CBS, 2011). Zo is de gemiddelde WOZ waarde in Oost-Groningen gedaald met 0,5% sinds 2006 en is het aantal transactief afgenomen van 1891 in 2006 naar 1055 in 2010. Natuurlijk brengt de economische crisis een bijzondere marktomstandigheid met zich mee, door onder andere een afname van de vraag en restricties bij het verstrekken van hypotheekleningen is de huizenverkoop enorm gedaald (NVM, 2011). Het geeft echter wel aan dat een positieve waardeontwikkeling niet vanzelfsprekend is. Dit betekent dat de restwaarde niet altijd compenseert voor de hoge onderhoudskosten en bedrijfslasten aan het eind van de levensduur (figuur 18). De verdienmogelijkheden voor corporaties in krimpgedieden worden hierdoor beperkt.



Figuur 18: exploitatieoverzicht vastgoedexploitatie (Middendorp, 2010).

Daarnaast doet een ander probleem zich voor in krimpgedieden. Wanneer een huishouden wil of moet verhuizen is het vaak noodzakelijk dat de huidige woning eerst verkocht wordt. Dit om niet met een dubbele hypotheek en rentelasten te zitten. In gebieden waar bevolkingskrimp en een afname van de vraag plaatsvindt daalt het aantal transacties op de

huizenmarkt sterk (CBS, 2011). Dit betekent dat mensen soms 'gevangen zitten in hun eigen woning' wanneer zij op het platteland wonen en eigenlijk behoefte hebben aan een aangepaste zorgwoning of intramurale setting. Het gemiddelde prijsniveau van een koopwoning in de provincie Groningen is in juli 2011 4,9% minder dan het jaar daarvoor. Dit betekent dat een vergelijkbare woning die in 2010 werd verkocht voor € 180 000 in juli 2011 maar liefst € 8820,- minder opleverde. Dit is slechts een voorbeeld, maar het geeft wel aan dat een positieve toekomstverwachting niet altijd uitkomt op het moment dat iemand zijn of haar woning noodgedwongen moet verlaten. Deze nood kan bijvoorbeeld ontstaan door psychische of somatische klachten waardoor iemand zorgbehoefstig wordt (CBS, 2011 en www.zorgvisie.nl).

4.2 RISICOMANAGEMENT

De door woningcorporaties gevraagde rendementen worden mede bepaald door de risico's die vooraf worden ingeschat door de corporatie. Dit betekent dat risicomanagement een belangrijk onderdeel is van de prijsbepaling van het vastgoed. Volgens de zorgvastgoedmonitor van Twynstra en Gudde (2009) wordt er sinds 2004 meer zorgvastgoed gehuurd dan voorheen. De verwachting van de respondenten uit het onderzoek is dat in de toekomst meer zorgvastgoed gehuurd zal worden van derden. Redenen hiervoor zijn een beschikbaarheid van locaties, afwezigheid van kennis over vastgoedmanagement en een flexibelere eigendomsvorm (Hoepel et al, 2009).

Het CFV (2003) pleit voor een waarderingsmethode waarbij vooraf scenarioanalyses worden gemaakt op basis van een minimale en maximale bandbreedte van de waardontwikkeling van het vastgoedobject. Op deze manier kunnen de risico's vooraf in kaart gebracht worden en kan rekening gehouden worden met zowel waardeinstijging als waardedaling.

Zowel het CFV (2003) als Middendorp (2010) constateren dat corporaties naarmate de risico's toenemen, de rendementseis boven het gemiddelde gehanteerde rendement stellen. Daarnaast pleit Middendorp voor meer aandacht voor waardevast ontwikkelen, door een sterkere omgevingsanalyse uit te voeren en door een gedifferentieerd aanbod de risico's te spreiden.

Een onderdeel van waardevast ontwikkelen is rekening houden met de courantheid van het vastgoed. Volgens Hoepel et al. (2009) beoordeelde in 2007 slechts 39% van de zorgaanbieders hun zorgvastgoed als courant en slechts 33% als effectief en efficiënt. Hieruit is op te maken dat er voor de zorgaanbieders zelf een investeringsopgave ligt.

Daarnaast moet op het gebied van zorgvastgoed de courantheid van het vastgoed goed in ogenschouw genomen worden.

Huffman (2002) noemt drie algemene risico's verbonden aan het eigendom van vastgoed, dit zijn financiële- en fysieke risico's en stelselwijzigingen. Financiële risico's hebben onder andere betrekking op de waardeverandering en een toename van de beheerskosten. De fysieke risico's hebben betrekking op veroudering, hierbij is volgens Menagé (2008) vooral het risico op technische veroudering van belang voor corporaties. De stelselwijzigingen hebben betrekking op veranderingen in regelgeving en bouweisen, in het geval van zorgvastgoed is de invoering van de NHC een goed voorbeeld van een stelselwijziging.

Van Dalen (2011) benoemt twee belangrijke kenmerken van risico's; naarmate de tijd voortschrijdt neemt de beïnvloedbaarheid van risico's af en de risico's horen in principe thuis bij de partij die hier het meeste invloed op kan uitoefenen. Daarnaast onderscheid Van Dalen enkele typen risico's op basis van de algemene risico's bij projectontwikkeling (van der Vlist, 2011 en Wilkinson & Reed, 2008). Deze zijn weergegeven in tabel 17.

Zoals in tabel 16 te zien is, zijn er diverse soorten risico's met elk hun eigen beheersmaatregelen. Wanneer het risicomanagement geïstitutionaliseerd wordt, dat wil zeggen vanzelfsprekend geacht bij de gebruikelijke gang van zaken, kunnen risico's vooraf in kaart gebracht worden en kunnen er maatregelen worden genomen om een mogelijk negatieve uitkomst te vermijden. Aan het begin van dit hoofdstuk over risicomanagement is gesteld dat de risicoperceptie van een corporatie doorwerkt in de geëiste rendementen. Deze geëiste rendementen werken door in de gevraagde huurprijs en de maximale investering die een corporatie kan of wil doen. Vandaar dat risicomanagement een integraal onderdeel zou moeten zijn van de beoordeling van een project en de bepaling van de rendementseis.

Tabel 16: Risico's bij vastgoedontwikkeling algemeen en zorgvastgoed

Type risico	Effect	Oorzaken zorgvastgoed	Beheersingsmaatregel
Financieel risico; uitgaand	Kostenoverschrijding, financiële tekorten	Onvoldoende kennis over ontwikkeling zorgvastgoed, slecht onderhoud en beheer	Gevoeligheidsanalyse, vroeg betrekken van bouwer in het ontwikkelproces, opstellen exit-strategie, beheer- en onderhoudsplan
Financieel risico; inkomend	Exploitatietekort, leegstand, badkuipeffect, functionele veroudering	Verouderd zorgvastgoed of overaanbod in een specifieke categorie	Marktonderzoek, volledige exploitatieberekening, betrekken eindgebruiker in ontwikkelproces, courantheid en verhuurbaarheid in ogenschouw nemen
Externe risico's; politiek	Niet voldoen aan wetgeving, verouderde contracten	Systeemwijzigingen, gebruikersvergunning, onvoldoende marktprikkels bij opstellen contracten	Flexibiliteit in huurcontracten, financiële reserves
Externe risico's; demografie	Krimp en groei doelgroep, verschuiving doelgroep	Vergrijzing, vergroening en bevolkingskrimp	Marktonderzoek, strategisch voorraadbeleid
Externe risico's; imago	Imagoschade voor corporatie op basis van negatieve beeldvorming project en projectpartners	Integriteit zorgaanbieder, overlast in de wijk door aanwezigheid zorgvrager of capaciteitsprobleem ruimtelijke infrastructuur	Vooronderzoek naar zorgpartner, overleg buurtbewoners,
Externe risico's; samenwerking	Conflicten tijdens ontwikkeling, realisatie of exploitatiefase	Afbreken project of samenwerking	Intentieovereenkomst, goede contracten en openheid van zaken.
Interne risico's: kennis	Onvoldoende overzicht en kennis door betrokken medewerkers	Onverwachte kosten bij projectontwikkeling, tussentijdse aanpassingen op basis van veiligheid en gebruikersaspecten	Inhuren externe partij, gezamenlijk marktonderzoek en kostenraming (synergie).

Bron: Eigen bewerking op basis van Middendorp (2010), Menagé (2008) en Huffman (2002)

RESUMÉ

In dit hoofdstuk zijn verschillende waarderingsmethoden aan bod gekomen en is de invloed van de risicoperceptie op de waardering besproken. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de waarderingsmethode, de rendementseis en de bijbehorende risicoperceptie veel invloed hebben op de hoogte van de huurprijs en het al dan niet aangaan van een samenwerking. In het geval van zorgvastgoed is het belangrijk te kijken naar de courantheid of verhuurbaarheid van het vastgoed. Meer dan 60% van het specifiek zorgvastgoed wordt door de eigenaren bestempeld als incurant en inefficiënt en effectief.

Dit brengt een leegstandsrisico of verouderingsprobleem met zich mee. Het is dan ook sterk de vraag of corporaties in het licht van risicomanagement en waardevast ontwikkelen wel deel moeten nemen aan de ontwikkeling van intramuraal vastgoed. In het volgende hoofdstuk dat betrekking heeft op de analyse van de interviews wordt hier op terug gekomen.

5. ANALYSE

De analyse van de interviews zal besproken worden per thema. Hiervoor is gekozen om het geheel overzichtelijk te houden en de antwoorden van zorgaanbieders en corporaties direct met elkaar te kunnen vergelijken. Er zullen geen namen worden gebruikt van de geïnterviewde personen en de antwoorden zullen niet per geïnterviewde organisatie gerangschikt worden. Dit vanwege privacy redenen. In totaal zijn drie interviews gehouden bij zorgaanbieders en drie interviews bij woningcorporaties. Het pilot interview is één van deze interviews en wordt zoals eerder besproken meegenomen bij de analyse. De woningcorporaties zijn weergegeven als corporatie A, B en C, de zorgaanbieders worden weergegeven als 1,2 en 3. Na de behandeling van de verschillende interview thema's zullen drie toekomstscenario's worden geschetst op basis van de interviews en de informatie uit het achtergrond hoofdstuk.

5.1 DEMOGRAFISCHE ONTWIKKELINGEN

"De groep ouderen die alleen is wordt groter. Hierdoor neemt de kwetsbaarheid toe en zijn ouderen meer aangewezen op hun omgeving. Als mensen geen kinderen hebben dan worden ze hierdoor extra kwetsbaar omdat deze niet voor hen kunnen zorgen" (woningcorporatie A).

Tijdens de interviews valt op dat alle respondenten goed op de hoogte zijn van demografische ontwikkelingen en prognoses hierover. Daarnaast is er bij zowel zorgaanbieders als bij woningcorporaties de verwachting dat mensen steeds langer zelfstandig blijven wonen en uiteindelijk als het echt niet anders kan in een intramurale zorginstelling terecht komen. Wat opvalt is dat alle geïnterviewde woningcorporaties verwachten dat naarmate de afhankelijkheid van zorg groter wordt de behoefte aan een grotere woning juist kleiner wordt. De zorgaanbieders onderschrijven dit gedeeltelijk, tussen de geïnterviewde zorgaanbieders is echter minder consensus over de toekomstige wensen van zorgvragers. Met name woonwensen en de grootte van de woningen zijn punten waarop de zorgaanbieders van inzicht verschillen.

Er is wel duidelijk consensus over de verwachting dat mensen met een zorgvraag in de toekomst sneller richting een dorp of stadskern zullen moeten trekken. Naarmate de zorg zwaarder wordt zullen mensen dichterbij een kern moeten gaan wonen. Dit kan problematisch zijn voor mensen die op het platteland wonen. Alle respondenten onderschrijven de problematiek die gepaard gaat met het moeilijk verkopen van het huis. Vaak zit het geld van de oudere op het platteland 'vast' in hun woning.

"Er zal een duidelijke scheiding komen tussen arm en rijk in de zorg. degenen die arm zijn die hebben in de toekomst gewoon minder keuze. We zullen in de toekomst in krimpgebieden naar geclusterd wonen gaan omdat we te maken krijgen met minder personeel en met minder geld. de zorg zal efficiënter geregeld moeten worden en ook geografisch gezien geclusterd moeten worden in de kernen" (zorgaanbieder 3).

Daarnaast zijn de geïnterviewde woningcorporaties bezig met het inventariseren en zo nodig aanpassen van een deel van de huidige woningvoorraad op de aankomende vergrijzinggolf. Het levensloopbestendig maken van de woningen door de corporaties gebeurt bewust vanuit de gedachte dat het vastgoed in de toekomst verhuurbaar en courant moet zijn. Hierbij wordt wel gekeken naar bijdragen vanuit externe partijen zoals gemeenten.

Wanneer de demografische ontwikkelingen in relatie tot de huisvesting wordt besproken blijkt dat de woningcorporaties vooral redeneren vanuit het wonen en de zorgaanbieders, op zorgaanbieder 1 na, vooral redeneren vanuit de zorg. De zorgaanbieders hebben sterk de neiging om de zorg boven het wonen te plaatsen, terwijl de corporaties het wonen boven de zorg plaatsen. Dit gebeurt ook deels om het vastgoed alternatief aanwendbaar te houden, wanneer een woning erg specifiek is aangepast op zorg vereist het vaak een grote investering om deze woning geschikt te maken voor mensen met een lichtere of geen zorgvraag.

De verwachting is dat mensen langer thuis blijven wonen en pas als dit niet meer gaat naar een intramurale instelling gaan. Tijdens de interviews wordt dit onderschreven door zowel de zorgaanbieders als de woningcorporaties waarbij de woningcorporaties een sterke voorkeur bleken te hebben voor specifiek extramuraal vastgoed. Dit met het oog op alternatieve aanwendbaarheid in de toekomst.

5.2 SAMENWERKING

"Wij moeten de zorg doen en de woningcorporatie de stenen. We hebben het wel over demografische ontwikkelingen en toekomstige zorgvraag maar echt inhoudelijk over de zorg niet. We vinden het wel belangrijk dat de corporatie een visie op zorg heeft en als zij een plan afwijzen dit ook echt op inhoudelijke gronden doen, maar ze moeten ons niet gaat vertellen wat wij precies moeten gaan doen. Het is op dit moment toch vooral volgens het principe schoenmaker blijf bij je leest" (zorgaanbieder 3).

De geïnterviewde corporaties en zorgaanbieders hebben geen eenduidige visie op welke mate van samenwerking het grootste voordeel oplevert. Wel zijn alle respondenten van mening dat het belangrijk is om regelmatig overleg te hebben over plannen van collega's en concurrenten in krimpgebieden. De geïnterviewde corporaties en zorgaanbieders noemen allemaal het 'niet willen bouwen voor de leegstand' als belangrijke reden om op de hoogte te blijven van de plannen in de regio en deze op elkaar af te stemmen. Een nadeel hiervan dat door elke partij genoemd wordt is de regelgeving van de Nederlandse Mededinging Autoriteit (NMA). Deze regelgeving is complex en moeilijk te begrijpen en bedoeld om concurrentie tussen marktpartijen te bevorderen. De behoefte aan een regionaal of lokaal overleg tussen zorgaanbieders, gemeente en corporaties conflicteert in de praktijk met de regelgeving van de NMA. Anno 2011 wordt door de NMA bekeken of zij de regelgeving in krimpgebieden kunnen versoepelen omdat de betrokken partijen van mening zijn dat een dergelijk overleg maatschappelijke voordelen oplevert.

De meest gangbare vorm van samenwerking is de projectmatige samenwerking. Hierbij neemt de zorgaanbieder veelal het initiatief en wordt er toenadering gezocht tot de woningcorporatie wanneer de zorgaanbieder vervangende nieuwbouw wil plegen, uit wil breiden of wil renoveren. Dit wordt door corporaties A en B en zorgaanbieder 2 en 3 als positief ervaren omdat de zorgaanbieder zich op deze manier met de zorg bezig kan houden en de woningcorporatie zich kan richten op het vastgoed.

Daarnaast bieden woningcorporaties het specifieke vastgoed vaak in blokverhuur aan, de zorgaanbieder verhuurt dit vastgoed aan de zorgvrager. Het specifieke zorgvastgoed wordt vaak direct aan de zorgvrager verhuurd, al dan niet in combinatie met een zorgcontract. Ook bij het verhuren van extramuraal of semi-extramuraal vastgoed in combinatie met een zorgcontract wordt de regelgeving van de NMA als complex en beperkend ervaren. De NMA wil gedwongen winkelnring voorkomen door perken te stellen aan dergelijke combinaties,

maar met name de geïnterviewde zorgaanbieders zijn van mening dat in de praktijk er geen sprake is van gedwongen winkelnering en het kostenvoordeel oplevert voor de zorgvrager. De keuze in krimpgebieden is volgens hen eenmaal dan in andere delen van Nederland en de spoeling van zorgaanbieders is een stuk dunner.

Een andere belangrijke reden voor woningcorporaties om direct te verhuren aan zorgvragers is de zogeheten DAEB wetgeving, dit staat voor Diensten van Algemeen en Economisch Belang. Corporaties moeten een onderscheid maken tussen de DAEB doelgroep en de niet-DAEB doelgroep. Hierbij wordt de DAEB doelgroep aangemerkt als de primaire doelgroep van woningcorporaties met een inkomen lager dan € 33 614,- waarvoor een maximale huur van € 647,53 per maand geldt. De corporatie moet 90% van haar woningen verhuren aan deze DAEB doelgroep en krijgt ook alleen overheidsfinanciering voor deze specifieke doelgroep. Corporaties zullen hierdoor het inkomen van de huurder moeten toetsen, wanneer de verhuur plaatsvindt via een zorgaanbieder zal de zorgaanbieder dit door moeten geven aan de woningcorporatie (Handreiking Diensten van Algemeen Economisch Belang en Staatssteun, 2008). woningcorporatie A geeft tijdens het interview aan problemen te voorzien wanneer deze DAEB administratie via zorgaanbieders gaat, vandaar dat deze regelgeving een motivatie is om de extramurale en semi-extramurale woningen direct aan de zorgvrager te verhuren. Woningcorporatie C verhuurt de woningen direct aan de zorgvrager om beter bij de wensen van de klant aan te sluiten. Corporatie B geeft aan de verhuur liever via de zorgaanbieder te organiseren, dit om het risico van eventuele leegstand op de zorgaanbieder af te schuiven.

Wanneer de samenwerking projectmatig van aard is, zijn de corporaties van mening dat de zorgaanbieder een gedegen businessplan aan moet leveren. Met hierbij een overzicht van de financiële situatie van de zorgaanbieder en een goed marktonderzoek. Daarnaast geven de corporaties aan dat het in de praktijk niet veel voorkomt dat zorgaanbieders in staat zijn tot het opstellen van een solide en volledig businessplan, dit wordt ook onderschreven door de zorgaanbieders. In de praktijk betekent dit dat zij een externe partij moeten inhuren die hen assisteert bij het opstellen van het businessplan waarmee de zorgaanbieder naar de corporatie stapt. Op de vraag of corporaties de zorgaanbieder niet kunnen helpen bij het opstellen van een businessplan wordt alleen door zorgaanbieder 1 positief gereageerd. De corporaties zijn van mening dat zij het businessplan en het marktonderzoek slechts moeten toetsen aan het eigen beleid en de visie op marktontwikkelingen. Daarnaast zijn bang dat de zorgaanbieders niet bereid zijn meer openheid van zaken te geven over de exploitatie van de zorg en financiële gesteldheid van de instelling. Dit wordt ook deels onderschreven door

zorginstelling 2 en 3, zij zijn van mening dat de corporaties zich niet met de zorg bezig moeten houden.

Opvallend is zorgaanbieder 1 een exploitatiemodel heeft gemaakt samen met een woningcorporatie. Deze zorgaanbieder was hier zeer positief over en het bleek zelfs dat de NHC vergoeding in sommige gevallen compenseert voor een exploitatietekort aan de zorgkant. Verder zijn corporatie B en C aan het onderzoeken of zorgaanbieders ook beoordeeld kunnen worden aan de hand van keurmerken of gebruikersbeoordelingen. Dit om extra informatie over de kwaliteit van zorg en het imago van de zorgaanbieder te verkrijgen. Ook geven corporaties A en C aan in principe niet meer onrendabel te willen investeren in zorgvastgoed. Het blijkt in de praktijk ook mogelijk zorgvastgoed te exploiteren zonder dat de corporatie een onrendabele top financiert.

"Wij zijn eigenlijk al bezig met het controleren van zorgaanbieders. Wij verlangen een businesscase en kijken al langer naar de zekerheden die wij willen hebben. De businesscase is hierbij een redelijk helder voorbeeld. We zijn op het moment nog zoekende naar een manier van toetsen voor de wat zachtere elementen" (woningcorporatie C).

De geïnterviewde corporaties zijn van mening dat de zorgaanbieders meer input moeten gaan leveren bij aanvang van een project (businessplan, marktonderzoek, financiële gegevens). Daarnaast geven zowel de corporaties als de zorgaanbieders aan dat een regionaal overleg nuttig kan zijn om leegstand te voorkomen en het maatschappelijk rendement te vergroten. De regels van de NMA op het gebied van samenwerking en overleg worden genoemd als beperkend en complex.

5.3 RISICO EN EIGENDOM

"Bij ons is de spelregel hoe specifiek het vastgoed hoe langer het contract. Dus als een kortlopend contract wordt opgezegd of een zorgaanbieder kan deze niet meer betalen dan kunnen we met een minimale investering de woning aan anderen verhuren. Voor specifiek vastgoed zijn de investeringskosten voor het alternatief aanwenden veel hoger, daarom zijn de contracten een stuk langer" (woningcorporatie B).

De geïnterviewde corporaties geven aan de risico's af te willen dekken door goede contracten op te stellen waarbij de kosten lineair worden afgeschreven gedurende de contractduur. Deze contractduur wordt door de corporaties vastgesteld op 15 tot 30 jaar. Hierbij geldt voor alle geïnterviewde corporaties, hoe specifiek het vastgoed hoe langer het

huurcontract. Dit omdat specifiek zorgvastgoed incurant en niet makkelijk alternatief aanwendbaar is volgens de respondenten. De verhuur van zorgvastgoed vindt zowel in blokverhuur als direct aan de zorgvrager plaats. Hierbij geldt ook de stelregel dat intramuraal vastgoed veelal via de zorgaanbieder wordt verhuurd en specifiek extramuraal of semi-extramuraal vastgoed ook door de corporaties zelf wordt verhuurd.

Zorgaanbieders geven aan de verhuur van het vastgoed het liefst aan de corporatie over te laten. Zij geven hierbij aan dat de corporatie ervaren is in het bijhouden van de huurderadministratie en de leegstandrisico's zou moeten dragen.

Dit ook omdat de woningcorporatie andere huurders in bijvoorbeeld een aanleunwoning kan plaatsen. Het is echter niet vanzelfsprekend dat de corporatie een huurder kan vinden voor een extramuraal of semi-extramuraal vastgoed, met name in krimpgebieden hebben corporaties vaak hun handen vol met het verhuren van de reguliere voorraad. Enkel zorgaanbieder 1 onderkent dit probleem. Zorgaanbieders 2 en 3 zijn van mening dat de corporatie geen of weinig risico loopt. Op het gebied van risicoperceptie is duidelijk dat er grote verschillen van inzicht bestaan over de risico's en de partij bij wie de risico's zouden moeten liggen.

De voornaamste risico's die door zorgaanbieders genoemd worden zijn het leegstandsrisico, functionele veroudering en het financiële risico. Beheersmaatregelen die vanuit de zorgaanbieders worden voorgesteld zijn onder andere flexibiliteit in de organisatie (kunnen schakelen tussen verschillende ZZP samenstellingen), klantgericht werken om goede zorg te leveren en hierdoor zorgvragers aan zich te binden en een kritische beoordeling van het zorgconcept en de lengte van het contract dat hierbij hoort.

De woningcorporaties noemen als voornaamste risico's ook leegstandsrisico's en financiële risico's. Er wordt geprobeerd de risico's te beheersen door in een vroeg stadium een intentieovereenkomst op te stellen, solide en juridisch goede contracten te maken en goed te bekijken met welke zorgaanbieder wordt samengewerkt. Alle corporaties onderschrijven het probleem dat zich voordoet wanneer er wel een contract is maar de zorgaanbieder met wie samen wordt gewerkt failliet gaat. In deze situatie blijft de corporatie achter met een pand, waar vaak ook nog zorgvragers wonen, zonder dat hier een zorgaanbieder huur voor betaalt. Mede om dit soort situaties te voorkomen wordt de financiële positie van de zorgaanbieder belangrijker onderdeel van de keuze om al dan niet samen te werken.

Daarnaast geven de woningcorporaties aan, zich te richten op vastgoed dat alternatief aanwendbaar is. De verwachting van zowel de corporaties als de zorgaanbieders is dat

grootschalige complexen in de toekomst niet meer door woningcorporaties gebouwd zullen worden.

Opvallend is dat de woningcorporaties aangeven een risicoanalyse uit te voeren maar ook dat hierin nog verbetering mogelijk is. De corporaties schatten het risico van het zorgvastgoed over het algemeen laag in, het risico wordt vooral gelopen bij de zorgvastgoed dat in de afgelopen jaren is gebouwd en waarbij het grootste deel van de kosten nog afgelost moet worden. De risicoanalyse gebeurt nu vaak nog op een pragmatische manier waarbij niet portefeuillebreed naar het risico wordt gekeken maar specifiek per project. Wel wordt door alle geïnterviewde corporaties de rendementseis omhoog bijgesteld naarmate de risicoperceptie hoger is.

Een laatste risico dat door verschillende zorgaanbieders en corporaties wordt genoemd is een bestuurlijk risico. Wanneer er een bepaalde visie wordt uitgedragen door een zorginstelling of corporatie dan is dit vaak niet een lange termijn visie, zeker niet als het vergeleken wordt met de levensduur van vastgoed. Wanneer een bestuurder vertrekt of bestuurders elkaar minder goed liggen kan dit in de praktijk spanningen opleveren tussen organisaties. Dit is volgens de respondenten een gegeven waar weinig invloed op uit te oefenen is maar wel een gegeven dat veel invloed kan hebben.

"Een businesscase en toekomstvisie of langetermijn plan is mooi maar als er een nieuwe bestuurder komt dan kan dit zomaar weer in de prullenbak terecht komen" (woningcorporatie C).

5.4 ZORGCONCEPTEN

"Ik denk dat mensen langer thuis blijven wonen door handig gebruik te maken van techniek in huis en de omgeving. Wij willen bijvoorbeeld veel langer zorg blijven leveren bij het huis. Als dit echt niet meer kan zullen er waarschijnlijk geclusterde woningen komen waar mensen met een lichte zorgvraag kunnen wonen met voorzieningen in de buurt. Voor de mensen met een zware zorgvraag zal goede huisvesting nog steeds belangrijk zijn en er zullen waarschijnlijk nog wel verpleegtehuizen blijven. Ik denk dat de mensen met een minder zware zorg vraag dicht bij huis kunnen blijven wonen en mensen met een zware zorgvraag zullen minder kans krijgen om dicht bij hun oude huis te blijven wonen" (zorgaanbieder 2).

Alle respondenten zijn het er over eens; de verzorgingstehuizen verdwijnen. Mensen zullen langer thuis blijven wonen en meer dan nu aangewezen zijn op mantelzorg, thuiszorg en kleine aanpassingen in huis. Domotica en levensloopbestendige woningen kunnen helpen de zorgvrager zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen.

Daarnaast zijn alle respondenten ook van mening dat het zorgaanbod in de toekomst geclusterd wordt in kleinere eenheden dan nu gebruikelijk. Daarbij zal geografische clustering in kernen van de regio plaatsvinden. Hierbij zullen zorgvragers met een zware zorgvraag eerder en verder moeten verhuizen dan zorgvragers met een lichte zorgvraag. De zorgaanbieders voorzien problemen voor zorgvragers op het platteland, het is niet rendabel en ook niet altijd mogelijk deze groep zorg te leveren.

Ook hiervoor zouden afspraken tussen zorgaanbieders die het mogelijk maken opbrengsten uit winstgevend gebieden te gebruiken voor zorg op het platteland een oplossing kunnen zijn. De regelgeving van de NMA laat dit echter niet toe.

De zorginstellingen en corporaties zijn het over het algemeen eens over de succesfactoren voor een succesvol zorgconcept. Zorgvragers moeten zich thuis voelen, er moet goede zorg geleverd worden waarbij de klant centraal staat. Dit hoeft niet altijd in een nieuw of luxe zorgpand te gebeuren, soms volstaat ouder vastgoed beter. Zorgaanbieders 1 en 3 geven aan dat de NHC vergoeding bij het oudere vastgoed hoger is dan de huisvestingslasten. Corporatie C zegt zelfs dat er vanuit zorgaanbieders specifiek een vraag is naar wat ouder vastgoed vanwege de vaak lagere huisvestingslasten. De corporaties zijn echter wel van mening dat een structurele bezetting en het verkrijgen van inkomsten ook belangrijke succesfactoren zijn. De zorgaanbieders noemden deze factoren niet.

5.5 TOEKOMSTVISIE

"Het wonen en welzijn zal steeds belangrijker worden. Daarnaast zullen mensen langer thuis willen blijven wonen. Als mensen dan eenmaal een jaar of 85 zijn dan is hun wens misschien niet meer zo aanwezig maar de wensen van de familie wel, dit wordt vaak nog wel vergeten. Niemand wil zijn ouders in een klein hokje stoppen waarbij de omstandigheden niet optimaal zijn. Het hebben van een gemeenschappelijke woonkamer en een 1 of 2 persoons woonruimte is daarnaast ook nog een keer bevorderlijk voor de zelfstandigheid en sociale contacten van ouderen dus eigenlijk is dit ook alleen maar goed" (quote zorgaanbieder 1).

De geïnterviewde corporaties hebben een duidelijke visie over zorg en demografische ontwikkelingen. Zij zijn echter nog wel zoekende naar de plek van zorgvastgoed binnen de totale vastgoedportefeuille. De zorgaanbieders stellen ook een meerjarenplan op en maken sinds kort ook een huisvestingsplan. Zij geven echter aan dit lastig te vinden vanwege de veranderlijkheid van de regel- en wetgeving en het politieke klimaat in Nederland. Alle

geïnterviewde zorgaanbieders noemen het afschaffen van de huisvestingscomponent voor ZZP 1 en 2 per 2014 als voorbeeld van veranderende regelgeving en de invloed hiervan.

Opvallend is dat corporaties de verwachting hebben dat op het gebied van zorgvastgoed veel meer samen gewerkt moet worden met alle stakeholders en er gekeken moet worden naar breed gedragen zorgconcepten, een bottom up benadering. Corporaties A en C zijn ook duidelijk bezig met de veranderende levensstijlen en wensen van ouderen.

De zorgaanbieders hanteren daarentegen een benadering die veel meer top down is, zij hebben al een duidelijk beeld over het type woning dat voldoet aan de toekomstige eisen, een geclusterde woonvorm van 20-30 eenheden waar intramurale zorg wordt geleverd met rondom extramurale zorgwoningen.

Daarnaast is zorgaanbieder 3 van mening dat de oudere van de toekomst wel mondiger zal worden maar dat dit niet heel veel invloed zal hebben op de woonwensen. Alleen zorgaanbieder 1 verwacht dat de samenwerking intensiever wordt en ziet ook in dat corporaties ook een visie hebben over de zorgkant van de organisatie en deze visie ook meewegen bij het beoordelen van een project en de hierbij behorende risico's.

Wanneer gevraagd naar het toekomstige aandeel van de zorgvastgoed in de totale vastgoedportefeuille van corporaties blijkt dat de corporaties niet snel zullen uitbreiden. Wel zijn de corporaties zich bewust van de verantwoordelijkheden die voortvloeien uit het BBSH en geven aan niet zomaar te desinvesteren in zorgvastgoed. Een duidelijke visie over het aandeel van zorgvastgoed in de totale portefeuille en de risico's die zorgvastgoed met zich meebrengen in de toekomst ontbreekt echter nog bij de corporaties. Het risicobesef op het gebied van vastgoed is bij de geïnterviewde zorgaanbieders nauwelijks aanwezig. Zij zien het vastgoed als klein onderdeel de totale bedrijfslasten en hebben ook de vastgoedexpertise niet in huis.

DRIE TOEKOMSTSCENARIO'S:

Op basis van het literatuuronderzoek en de gehouden interviews worden drie scenario's geschetst met hierbij de voornaamste risico's voor de corporatie. Er wordt bij het opstellen van de scenario's geen onderscheid gemaakt tussen verschillende krimp prognoses. Dit omdat in alle prognoses krimp wordt voorspeld maar de precieze omvang en invloed van bevolkingskrimp verschillend wordt ingeschat. Vandaar dat wordt aangenomen dat bevolkingskrimp en vergrijzing een gegeven is waar rekening mee gehouden moet worden in het werkveld van corporaties in krimpgebieden, ongeacht de beleidskeuzen die worden gemaakt.

SCENARIO: ZELFSTANDIGHEID

Het overheidsbeleid blijft gericht op het scheiden tussen wonen en zorg. Daarnaast willen mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en gaan pas naar een intramurale instelling wanneer het absoluut noodzakelijk is. De zorgvragers in de toekomst worden mondiger en hebben uiteenlopende zorgwensen. Het aspect wonen is hierbij minstens zo belangrijk als de geleverde zorg.

De relatie tussen zorgaanbieders en corporaties is gericht op vastgoed. De corporaties ontwikkelen extramurale en semi-extramurale woningen rondom de intramurale instellingen die zorgaanbieders zelf in eigendom hebben. De corporaties bedienen zowel de DAEB doelgroep als het midden segment waarbij inkomsten uit het middensegment worden verkregen die gebruikt worden om onrendabele investeringen te financieren.

Het zorgvastgoed dat gerealiseerd wordt door woningcorporaties is specifiek en courant. Zij bedienen hiermee vooral de groter wordende groep ouderen die langer zelfstandig thuis blijft wonen. De zorgvragers met een specifieke of zware zorgvraag worden gehuisvest door de zorgaanbieder. De samenwerking tussen de corporatie en de zorgaanbieder blijft beperkt tot een intentieovereenkomst. Het zorgcontract is gescheiden van het huurcontract vanwege de keuzemogelijkheden die een zorgvrager wil hebben en het beleid gericht op het scheiden van wonen en zorg. Op deze manier loopt de woningcorporatie het leegstandsrisico en heeft de zorgaanbieder weinig invloed op het extramurale zorgvastgoed van de corporatie. Het is aan de zorgaanbieder om goede zorg te leveren en hier opbrengsten uit te genereren en aan de woningcorporatie om de woning te verhuren en huurpenningen te innen.

In dit scenario loopt de corporatie weinig risico, er is geen expertise nodig op het gebied van specifiek zorgvastgoed, het risico op kostenoverschrijding en financiële tekorten is niet groter dan bij reguliere projecten en de corporatie doet waar zij goed in is; het verhuren van woningen.

SCENARIO: AFHANKELIJKHEID

Doordat zorgvragers een hogere bijdrage moeten betalen voor de zorg ontstaat er een scheiding tussen arm en rijk. Waardoor de armere zorgvrager achter blijft in de krimpregio en de rijkere zorgvrager richting de zorgkern trekt. Daarnaast is het voor zorgaanbieders op lange termijn niet meer rendabel om zorg te leveren op het platteland waardoor plattelandsbewoners op den duur noodgedwongen moeten verhuizen en in sterke mate afhankelijk zullen zijn van mantelzorg.

Het is echter moeilijk om kapitaal uit plattelandswoningen vrij te maken vanwege de gespannen woningmarkt. Er vindt hierdoor vaak kapitaalvernietiging plaats waardoor de verhuizende zorgvrager er qua kapitaalcracht op achteruit gaat. Hierdoor ontstaat er een maatschappelijk probleem waarbij een opgave ligt voor de woningcorporatie. Deze zal zorgvastgoed gaan realiseren uitsluitend voor de DAEB doelgroep en het hogere segment zal bediend worden door commerciële partijen.

De samenwerking tussen zorgaanbieders en corporaties zal intensiveren waarbij de corporatie zowel intramuraal als extramuraal vastgoed ontwikkeld en dit verhuurt aan de zorgaanbieder. Vanwege het maatschappelijke probleem dat is ontstaan zullen zorgaanbieders en corporaties samen werken om de schaarse middelen zo effectief mogelijk te verdelen vanuit de gedachte dat maatschappelijk rendement zo groot mogelijk moet zijn. De contracten die af worden gesloten zullen lange termijn huurcontracten zijn waarbij de corporatie een lagere rendementseis hanteert.

Het type zorgvastgoed dat gerealiseerd wordt in samenwerking met de zorgaanbieder is sober en wordt ontwikkeld vanuit de gedachte van kostenbesparing en waardevast ontwikkelen is geen prioriteit.

De risico's die corporaties lopen zijn zowel interne als externe risico's. Corporaties zullen experts in zorgvastgoed in huis moeten halen of deze kennis in huren. Ook het risico van functionele veroudering is op de lange termijn reëel en de zorgverlener heeft veel invloed op de risico's die worden gelopen door de corporatie.

SCENARIO: WEDERZIJDSE AFHANKELIJKHEID

Door de veranderende regelgeving en wijzigingen in het financieringsstel komt de bedrijfsvoering van zorgaanbieders onder druk te staan. Huidige contracten zullen herzien moeten worden en zorgaanbieders zullen open kaart moeten gaan spelen naar de corporaties. Temeer omdat in de toekomst geen huisvestingscomponent wordt gekoppeld aan de lichte zorgvrager. Deze zorgvrager maken nog wel deel uit van het huidige klantenbestand van de zorgaanbieder, hierdoor zullen deze zorgvragers zelf op moeten draaien voor de kosten van hun huisvesting.

Tegelijkertijd drogen de financieringsstromen van corporaties in krimpgebieden ook op. Wanneer er geen mogelijkheid is voor verevening uit andere bronnen zal de corporatie meer dan voorheen een afweging tussen investeringen moeten maken. Dit neemt echter niet weg dat de prestatievelden van het BBSH onverminderd van kracht blijven.

Naast de zorgaanbieders en corporaties zullen de andere stakeholders, bijvoorbeeld welzijnsinstellingen of gemeenten, een groter aandeel krijgen in zowel het zorgproces als de woonomgeving van de zorgvrager. Dit komt onder andere door het verschuiven van geldstromen en de noodzaak tot effectiever en efficiënter samenwerken in krimpgebieden. Een regionaal overleg of samenwerkingsverband is nodig om alle partijen op één lijn te krijgen en maatschappelijk verantwoorde investeringen te garanderen.

De relatie tussen de stakeholders en de corporatie zal echter wel structureel van aard moeten worden en de betrokken partijen zullen open kaart moeten spelen. Door expertise van verschillende partijen bij elkaar te brengen worden nieuwe zorgconcepten geïntroduceerd op basis van gezamenlijke belangen en input in het zorgproces.

Het type zorgvastgoed dat gerealiseerd wordt is zowel specifiek als aspecifiek. Het specifieke zorgvastgoed wordt in zijn geheel verhuurd aan zorgaanbieders en het aspecifieke zorgvastgoed wordt direct verhuurd aan de zorgvrager waarbij zowel de welzijnsinstellingen als de zorgaanbieder huurders voordragen. De gemeente draagt bij in de vorm van het financieren van kleine woningaanpassingen en draagt zorg voor de allocatie van maatschappelijke gelden.

De risico's die gelopen worden door de corporatie zullen vooral financieel van aard zijn. Daarnaast is er het risico dat de NMA een verregaande samenwerking tussen verschillende partijen scherp in de gaten houdt en af kan keuren. Externe en interne risico's worden beperkt door een structurele en open vorm van samenwerking waarbij ook kennis en ervaring worden gedeeld.

7. CONCLUSIE

Voorafgaand aan dit onderzoek zijn enkele verwachtingen gepresenteerd over de uitkomst. In dit hoofdstuk worden de verwachtingen besproken en zal de hoofdvraag worden beantwoordt. De verwachting dat een viertal kenmerken doorslaggevend is voor de ontwikkelingen van het aandeel en type zorgvastgoed binnen de totale vastgoedportefeuille van een corporatie is deels uitgekomen.

Tijdens de interviews is gebleken dat anno 2011 de visie en beleidsdoelstellingen van de woningcorporatie weinig invloed hebben op het type en totale aandeel zorgvastgoed. De samenwerking en ontwikkeling van zorgvastgoed komt hoofdzakelijk ad hoc tot stand en er is

bij de regionale corporaties geen specifiek beleid voor de zorgbehoevende doelgroep van corporaties of een duidelijke visie op zorg.

Het risicoprofiel van zorgvastgoed is voor corporaties van belang bij het beoordelen van een project. Het is echter wel zo dat een portefeuillebrede risicoanalyse ontbreekt of op een pragmatische wijze wordt uitgevoerd. De lange termijn risico's van het zorgvastgoed en de invloed hiervan op het totale portefeuillerisico zijn bij de geïnterviewde corporaties onbekend.

De geïnterviewde corporaties zijn goed op de hoogte van demografische ontwikkelingen en geven aan niet te willen bouwen voor de leegstand. Bij het beoordelen van een nieuw project wordt duidelijk gekeken naar de bestaande voorraad en de prognoses over bevolkingskrimp, vergrijzing en vergroening. Ook wordt bij corporaties stil gestaan bij de veranderende wooneisen en verschillende typen ouderen. De inschatting die corporaties maken met betrekking tot huidige en toekomstige vraag naar zorg- en woonvastgoed heeft veel invloed op de omvang van de vastgoedportefeuille en het aandeel zorgvastgoed hierin.

De betrouwbaarheid van de zorgaanbieders waarmee samen wordt gewerkt, werd in het verleden minder belangrijk geacht. Door veranderingen in de regelgeving en de toegenomen risico's voor zorgaanbieders wordt het voor de corporaties noodzakelijk te kijken naar de financiële gezondheid en de toekomstvisie van de zorgaanbieder. Dit wordt ook onderschreven door zowel de zorgaanbieders als de woningcorporaties. De gekozen samenwerkingsvorm heeft niet of nauwelijks invloed op het aandeel zorgvastgoed in de portefeuille van een corporatie. Zowel de zorgaanbieders als de corporaties gaven aan dat de samenwerking hoofdzakelijk op projectmatige basis plaatsvindt. De geïnterviewde corporatie en zorgaanbieder die deel uit maken van een landelijk verband geven echter wel aan dat een project makkelijker tot stand komt binnen een dergelijk verband. Hierbij geldt echter wel dat het project op een zakelijke en degelijke manier wordt beoordeeld en de corporatie geen onrendabele top financiert. De zorgaanbieder hoeft niet te rekenen op een kostenvoordeel. Wel is de overdracht van kennis en de mate waarin openheid van zaken wordt gegeven voordelig voor beide partijen. Er zitten veel voordelen aan een structurele samenwerking maar er is hiermee niet gelijk gezegd dat het aandeel zorgvastgoed in de totale portefeuille groter wordt.

Tot slot was de verwachting vooraf dat corporaties vooral investeren in specifiek zorgvastgoed. Dit is in zekere mate het geval, de geïnterviewde corporaties geven aan liever

in specifiek vastgoed te investeren maar geven ook aan een investering in specifiek vastgoed niet uit te sluiten. De risico's die verbonden zijn aan specifiek vastgoed worden deels ondervangen door lange huurcontracten af te sluiten met de zorgaanbieder en het in blokverhuur te verhuren aan de zorgaanbieder. Door de DAEB regelgeving en de toegenomen financiële krapte bij corporaties is de verwachting echter wel dat zij in de toekomst minder snel zullen investeren in risicovoller en incurant specifiek zorgvastgoed.

Ten slotte rest het beantwoorden van de hoofdvraag :

Welke invloed hebben de invoering van de Zorgzwaartepakketten (ZZP) en de hieraan gekoppelde Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) op de zorgportefeuille en het strategisch voorraadbeleid van woningcorporaties in een krimpgebied?

Door veranderingen in het financieringsstelsel voor de zorg worden zorgaanbieders gedwongen om beter dan ooit naar de bedrijfsvoering en de rol van vastgoed hierin te kijken. Tevens lopen zorgaanbieders meer risico's dan voorheen waardoor de zorgkant en de inkomsten hiervan meer invloed krijgen op het zorgvastgoed en de financiering.

Tevens is het overheidsbeleid gericht op het scheiden van wonen en zorg. De huisvestingscomponent wordt in de toekomst niet meer vergoed voor de lichte ZZP groepen waardoor deze groep zorgvragers zelf de huur moet gaan betalen. Dit vormt een risico voor de zorgaanbieders die op dit moment deze lichte ZZP doelgroep huisvesten. Zij zullen de woningen aan moeten passen zodat er zwaardere zorgvragers in kunnen wonen of de huurprijs vaststellen onder de kostprijs van het vastgoed wat betekent dat hier een negatief resultaat op behaald wordt. De verwachting is dat zorgvragers niet een huur willen betalen die gelijk is aan de kostprijs voor een aangepaste kamer, van bijvoorbeeld 30 vierkante meter, terwijl zij elders een reguliere woning van 80 vierkante meter waar thuiszorg wordt geleverd kunnen huren voor dezelfde prijs.

Daarnaast is de precieze omvang en invloed van de bevolkingskrimp, vergrijzing en ontgroening op de toekomstige economische ontwikkelingen en vraag naar (zorg)vastgoed onbekend. Deze demografische ontwikkelingen hebben invloed op zowel de vraag naar zorgvastgoed als de vraag naar woonvastgoed. Dit houdt in dat corporaties in krimpgebieden portefeuillebreed moeten kijken naar de invloed van bevolkingskrimp.

Het overheidsbeleid, de toegenomen risico's en de bevolkingskrimp maken dat het risicoprofiel van het zorgvastgoed voor woningcorporaties veranderd. Dit betekent dat corporaties het totale aandeel zorgvastgoed en de totale vastgoedportefeuille moeten herzien om tot een goede beoordeling te komen van de toekomstige projecten. Daarnaast is een portefeuillanalyse nodig om te beoordelen of het huidige aanbod aansluit bij de huidige vraag en gereed te maken is voor de toekomstige wensen. Dit in het kader van risicobeheersing en een goede afweging tussen de diverse projecten waartussen de corporatie haar steeds schaarser wordende middelen moet verdelen.

Anno 2011 is er bij de geïnterviewde corporaties nog niet of nauwelijks sprake van actief risicomanagement. Daarnaast ontbreekt een portefeuillanalyse wordt het aandeel van zorgvastgoed, en het risicoprofiel hiervan, in de totale vastgoedportefeuille slechts ad hoc en op een pragmatische manier bekeken. Er komt vanaf de zomer van 2011 wel een toenemend besef bij corporaties in krimpgebieden dat het zorgvastgoed onder druk komt te staan door het veranderende speelveld in de zorgsector en de demografische ontwikkelingen.

Door een toename van de risico's op het gebied van zorgvastgoed, de ruime woningmarkt in krimpgebieden, het gevoerde overheidsbeleid en de toenemende financiële krapte bij corporaties zal de corporatie een duidelijk doelgroepenbeleid moeten formuleren. Dit beleid kan als leidraad fungeren bij het beoordelen van nieuwe projecten en/of het afstoten van bestaand zorgvastgoed. Daarnaast zijn een gedegen omgevingsanalyse en structurele risicoanalyse nodig om de (des)investeringsmotieven van corporaties in krimpgebieden te verantwoorden op de lange termijn.

De precieze en directe invloed van de veranderende regelgeving op de totale vastgoedportefeuille op de korte termijn is gering, corporaties staan wel kritischer tegenover zorgaanbieders maar zijn zich ook bewust van de taakstellingen uit het BBSH en de geldigheid van huidige contracten. Halverwege 2011 wordt er door de onderzochte corporaties niet of nauwelijks geïnvesteerd in zorgvastgoed, dit is echter eerder de wijten aan de financiële crisis die heerst sinds 2008 dan aan de veranderende regelgeving in de zorg.

Wanneer het gaat om lange termijn effecten is de invloed van de veranderende regelgeving naar verwachting groter. Corporaties zullen minder snel investeren in specifiek en incurant vastgoed. Hierdoor zal naar verwachting het zorgvastgoed van corporaties op de lange termijn vooral bestaan uit aspecifiek, extramuraal of semi-extramuraal vastgoed. Hierbij zal

door corporaties vooral gekeken worden naar courantheid en alternatieve aanwendbaarheid. Het specifieke zorgvastgoed zal hoofdzakelijk worden ontwikkeld door zorgaanbieders, dit zal naar verwachting ontwikkeld worden in de kernen van krimpregio's. Dit sluit aan bij de verwachtingen gepresenteerd in het toekomstscenario 'zelfstandigheid'.

REFLECTIE EN AANBEVELINGEN

Dit onderzoek richt zich op woningcorporaties in krimpgebieden. Er is hiervoor gekeken naar drie corporaties en drie zorgaanbieders in het noorden van Nederland. Het zou nuttig zijn deze corporaties te vergelijken met corporaties uit bijvoorbeeld Limburg of Zeeland, gebieden waar ook sprake is van bevolkingskrimp. Ook zou het interessant zijn te kijken naar zorgvastgoed in gebieden waar geen sprake is van bevolkingskrimp, wellicht zijn delen van dit onderzoek ook algemeen van toepassing op Nederlandse corporaties.

Daarnaast is tijdens de interviews gebleken dat er verschillen zijn tussen de corporaties en zorgaanbieders onderling. Mede vanwege deze verschillen is het relevant te onderzoeken of de geïnterviewde corporaties en zorgaanbieders ook afwijken van collega zorgaanbieders of corporaties in Nederland. Omdat er voor dit onderzoek hoofdzakelijk zorgaanbieders en corporaties uit Groningen zijn geïnterviewd hoeft de conclusie niet zonder meer van toepassing te zijn op corporaties in overige (krimp)gebieden. Regionale verstandhoudingen en initiatieven kunnen grote invloed hebben op de betrokkenheid van corporaties of de rol van andere actoren zoals de gemeenten of welzijnsinstellingen.

Daarnaast zijn de interviews opgezet vanuit Acantus. Hierdoor zouden de respondenten terughoudender kunnen zijn in de antwoorden omdat Acantus als partner of concurrent wordt gezien. Ook kan het opsturen van antwoorden voorafgaand aan het interview het geven van sociaal wenselijke antwoorden in de hand hebben gewerkt. Voor een eventueel vervolgonderzoek is het aan te raden dat slechts de thema's vooraf worden gedeeld met de geïnterviewden. Het zou kunnen dat wanneer de respondenten de interviewer als onafhankelijk zien en vooraf geen kennis hebben over de vragen, de respondenten openhartiger zijn over hun eigen organisatie.

Er zijn enkele landen in Europa, bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk, waar al enkele tijd geleden is gekozen voor meer marktwerking in de zorg. Een vergelijking tussen de rol van maatschappelijke organisatie in het zorgvastgoed tussen Nederland en het Verenigd Koninkrijk zou wellicht interessante inzichten opleveren.

Specifieker zou de rol van maatschappelijke organisaties op het platteland van andere Europese landen een goede aanvulling vormen op onderzoek naar Nederlandse woningcorporaties in krimpgebieden.

Ten slotte is het zinvol te onderzoeken in hoeverre risicomanagement en de rol van risico in het waarderingsproces worden gebruikt bij het portefeuillemanagement van corporaties. Temeer omdat de onzekerheden over toekomstige regelgeving en demografische ontwikkelingen invloed kunnen hebben op de totale vastgoedportefeuille van corporaties in krimpgebieden.

BRONNEN:

WEBSITES:

<http://www.aedesnet.nl/content/artikelen/achtergrond/unknown/dossier-regionalisering/praktijkvoorbeelden/Praktijkvoorbeelden-regionalisering-intro.xml?bron=alerts>, laatst bezocht op 17 juli 2011

<http://www.aedesnet.nl/binaries/downloads/2009/08/woningen-verhuren-in-krimpende-regio.pdf>, laatst bezocht op 25 augustus 2011

<http://www.van-doorne.com/Global/Brochures/Brochurefinancieringnieuwbouw.pdf>, laatst bezocht op 17 juli 2011

<http://www.ppsnetwerk.nl/Kennisbank/Artikel/Afschaffing-bouwregime-cre-ert-kansen-om-hoogwaardig-en-flexibel-zorgvastgoed-te-realiseren/>, laatst bezocht op 17 juli 2011

www.PGB.nl, laatst bezocht op 25 augustus 2011

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgzwaartebekostiging/vraag-en-antwoord/wat-is-een-zorgzwaartepakket.html>, laatst bezocht op 17 juli 2011

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-ABWZ/ontwikkelingen-in-de-ABWZ>, laatst bezocht op 17 juli 2011

http://www.rvz.net/cgi-bin/nieuws.pl?niew_srcID=178, laatst bezocht op 12 juli 2011

http://wetten.overheid.nl/BWBR0012970/geldigheidsdatum_29-12-2009#Opschrift, laatst bezocht op 25 juni 2011

http://www.werkenmetzps.nl/files/files/stappenplan_zorginstellingen_v4_0.pdf, laatst bezocht op 17 juli 2011

www.zorgvisie.nl, laatst bezocht op 17 juli 2011

<http://zorgzwaarte-pakket.nl/index.php/zzp-wat#hfstk1>, laatst bezocht op 17 juli 2011

LITERATUUR:

- Andersson Elffers, F. (2002). *Steen der Wijzen: nieuwe allianties voor keuzes in wonen en zorg*. Utrecht: Acares
- Baarda, D.B. & De Goede, M.P.M. (2001). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Béke, R. (2009). *Portefeuillemanagement bij woningcorporaties*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen
- Belt, H.K. van den & Zalk, D. van. (2010). *Essenties voor samenwerking in wonen en zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bruins Slot, M.K. (2010). *Krimp Inzicht!; De omgang van woningcorporaties met vastgoedwaarde in krimpgebied*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen
- College Bouw Zorginstellingen (2005). *Strategische positie vastgoed, signaleringsrapport*. Utrecht: CBZ
- Cultureel Planbureau (2010). *Vergrijzing verdeeld: Toekomst van de Nederlandse Overheidsfinanciën*. Den Haag: CPB
- College voor Zorgverzekeringen (2010). *Zorgcijfers Kwartaalbericht 1e kwartaal 2010*. Diemen: CVZ
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2010). *Het wonen overwogen; de resultaten van het WoonOnderzoek Nederland 2009*. Den Haag / Heerlen: CBS
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009). *Gezondheidszorg in Cijfers 2009*. Den Haag / Heerlen: CBS
- College Bouw Zorginstellingen (2005). *Monitor gebouwkwaliteit in de verpleging en verzorging*. Utrecht: CBZ
- Dalen van, D.M. (2010) *Maatschappelijk vastgoed zakelijk bezien*. Amsterdam: ASRE Research Center
- Dam, F. van, de Groot, C. en Verwest, F. (2007) *Groei, krimp en ruimte; toekomstige regionale en lokale verschillen*. Demos Bulletin over bevolking en samenleving, NIDI nr. 1 p. 1-5
- Driel van, A. (2003). *Strategische inzet van vastgoed*. Nieuwegein: Arko Uitgeverij
- Eskinasi, M. Versprille R. & Pijffers, W. (2008), *Corporaties en vastgoedsturing*. Almere: roAg
- Frankes, P.E.F. (2010). *Hoe financier ik mijn zorgvastgoed?*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen
- Fritzsche, C., Hoepel, H., Kaper, L. & Ommeren, A. van. (2005). *Huisvesting is strategisch goed; wegwijzer voor vastgoedmanagement in ziekenhuizen*. Amersfoort: Twynstra Gudde.
- Gool, van P., Brounen, D., Jager, P. & Weisz, R.M. (2007) *Onroerend goed als belegging*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff
- Groen, M. & Sijssling H. (2008). *Sprookjes Bestaan. Zorgvisie Special*, p. 20 - 22, 2008
- Kiewit, A. (2006). *Interorganisationele samenwerking bij de ontwikkeling van een woonservicegebied*. Enschede: Universiteit Twente
- Kruizenga, A. (2010). *De essentiële schakel tussen zorg en vastgoed*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen

- Hoepel, H., Visser, S & Vries, de J. (2009) *Zorgvastgoedmonitor 2008; trage omslag naar strategisch vastgoedmanagement in de zorgsector*. Amersfoort / Delft: Twynstra Guddé en Universiteit Delft
- Huffman, F.E (2002). *Corporate real estate risk management and assessment*. Journal of corporate real estate vol. 5, nr. 1, 2002, pp.31-41
- Huitink, H., Schurink, M. et al. (2010) *Sterkere steden en evenwichtige overheidsfinanciën: een discussiebijdrage uit de kring van de gemeentesecretarissen van de 100.000+ steden*. Amersfoort/Dordrecht.
- Klein Haarhuis, M. S. A. (2009). *De scanmethode voor het vastgoed in de zorg; onderzoek naar een methode die de prestatie en flexibiliteit van zorgvastgoed beoordeeld*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen
- Mira Ahn & Asha L. Hegde (2011). *Perceived Aspects of Home Environment and Home Modifications by Older People Living in Rural Areas*. Journal of Housing For the Elderly, 25:1,18-30
- Menagé, E. (2008). *De samenwerking tussen woningcorporaties en zorginstellingen in het perspectief van de kapitaallastenbrief*. Amsterdam: ASRE Research Center
- Middelkoop, R.J.M. (2010). *De zorgvastgoedcoöperatie in de care sector*. Tilburg: TiasNimbas business school
- Nederlandse Zorgautoriteit (2011). *Marktscan Extramurale ABWZ 2008 – 2010*. Utrecht: NZA
- Nederlandse Zorgautoriteit (2011). *Modulaire opbouw NHC*. Utrecht: NZA
- Nederlandse Zorgautoriteit (2011). *Beleidsregels invoering normatieve huisvestingscomponent ABWZ 2012*. Utrecht: NZA
- Neele, J., Conijn, J., Wildt, de R. & Alles, M. (2002). *Vastgoed van verzorgingshuizen en verpleeghuizen; een landelijk beeld van het boekwaardeprobleem*. Amsterdam: RIGO
- Noorda, A. (2008). *Wonen en zorg in het landelijk gebied*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen
- Poulus, C. (2009). *Strategisch VoorraadBeheer Acantus*. Delft: Abf Research
- Raat. N.N.G. (2008). *Wikken en wegen met sociaal maatschappelijk onroerend goed*. Amsterdam: ASRE Research Center
- Rötscheid, R en Diepstraten, P. (2007). *Zorgvastgoed in de toekomst*. Vastgoed Fiscaal en Civiel, jaargang 12 oktober 2007. p. 13-16
- Sandra S. Butler PhD & Donald W. Sharland MSW (2004). *Chapter 14. Specialized Housing and Rural Elders*. Journal of Gerontological Social Work, 41:3-4, 247-263
- Scarret, D. (2008). *Property valuation; the five methods*. Oxon, UK: Routledge
- Singelenberg, J. (2007). *Krimp als kans; wonen in krimpregio's*. SEV nieuws-item, 5 februari 2007.
- Verweij, M. en Bisschop, F. (2006). *Ingrijpende Systeemwijziging voor financiering zorgvastgoed*. Zorgmagazine, nr. 1 p. 7-10.
- Wilkinson, S. & Reed, R. (2010). *Property Development*. Oxon, UK: Routledge

BIJLAGE 1: DEFINITIES & AFKORTINGEN

ABWZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

BBSH: Besluit Beheer Sociale Huursector

CIZ: Centrum Indicatiestelling Zorg

CBZ: College Bouw Zorginstellingen

NEN: Nederlands Normalisatie Instituut

NHC: Normatieve Huisvestingscomponent

NZA: Nederlandse ZorgAutoriteit

PGB: Persoonsgebonden Budget

VWS: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

ZZP: Zorgzwaartepakket

V&V: Verzorging en Verpleging

VVT: Verpleging en Verzorging Thuis

GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg

GZ: Gehandicaptenzorg

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (ABWZ) vergoedt medische kosten die niet onder de zorgverzekering vallen. De meeste mensen die in Nederland wonen of in Nederland werken zijn ook verzekerd voor ABWZ-zorg. (www.rijksoverheid.nl, bezocht op 31 mei 2011)

Extramurale zorg

Zorg die voornamelijk wordt verleend op afgesproken tijden, waarbij de cliënten vanuit de eigen woon- en werkomgeving naar de hulpverlener toekomen, of waarbij de hulpverlener de cliënt in haar of zijn omgeving bezoekt. (NEN, NEN norm 2745)

Intramurale zorg

Zorg die langer duurt dan 24 uur en waarbij verblijf gecombineerd wordt met behandeling, activerende en ondersteunende begeleiding, verpleging of verzorging. (NEN, NEN norm 2745)

Normatieve Huisvestingscomponent

De NHC is een deel van de ZZP vergoeding gereserveerd voor kapitaallasten. Dit wordt een percentage van de ZZP vergoeding, hierdoor gekoppeld aan de zorgvrager, waarvan de precieze hoogte nog vastgesteld moet worden door de overheid. Hierdoor wordt een kapitaallasten component toegevoegd aan de ABWZ vergoeding die een zorgaanbieder krijgt voor een patiënt (Bouwcollege, 2010 & Nederlandse Zorgautoriteit, 2009 & 2010).

Ouderenwoning

Een zelfstandige woning bestemd of geschikt gemaakt voor ouderen. Voorbeelden zijn een bejaardenwoning (aangepast voor ouderen), een aanleunwoning (nabij een verzorgingstehuis), een serviceflat (met dienstverlening) of een woonzorgcomplex (met zorgverlening) (CBS, 2011).

Persoonsgebonden Budget

Het PGB stelt de zorgvrager in staat om zelf de benodigde zorg in te kopen. Op basis van een indicatiestelling door het CIZ krijgt de zorgvrager een budget toegekend. Met dit budget kan de budgethouder naar eigen inzicht de inkoop van de zorg regelen. Dat kan bij zorginstellingen die deze ABWZ-zorg aanbieden via de zorgkantoren, maar dat kan ook bij personen of instellingen die niet tot de ABWZ zijn toegelaten.

Strategisch portefeuillebeleid

In het kader van dit onderzoek wordt de definitie van portefeuillemanagement van Van Driel (2003) gebruikt als definitie voor strategisch portefeuillebeleid. Deze is afgeleid van het Corporate Real Estate Management (CREM). Van Driel onderscheidt hierbij drie niveaus, het strategische, tactische en operationele niveau. Een visuele weergave van het CREM model is weergegeven in bijlage 2. Hierbij is het hoogste niveau het strategische portefeuillemanagement waar wordt bepaald welke doelgroepen relevant zijn en op welke soorten vastgoed in welke gebieden de corporatie wil concentreren. Het tweede niveau behelst de individuele beoordeling van afzonderlijke objecten, hierbij wordt voor elk object een benchmark uitgevoerd waarop beslissingen over het te voeren beleid worden

gebaseerd. Het laagste, operationele, niveau houdt zich vooral bezig met onderhoud en beheer en heeft betrekking op de 'werkvloer'. Dit onderzoek richt zich voornamelijk op het hoogste niveau, het strategische portefeuillebeleid.

woonzorgcomplex

Een woonzorgcomplex is een complex zelfstandige woningen. De bouwwijze is gericht op beschut wonen. Er is een consequente contractuele scheiding tussen wonen, zorg en service (Colson 2005& Menagé, 2007).

Zorgzwaartepakket

In het ZZP staat welke soort en hoeveel uren zorg en ondersteuning iemand nodig heeft. Bijvoorbeeld verpleging en verzorging, wonen, begeleiding, medische behandeling en aanvullende diensten. In de praktijk bevat het pakket meestal een combinatie van verzorging, verpleging en begeleiding. (www.rijksoverheid.nl, bezocht op 31 mei 2011) Elk type zorg heeft zijn eigen ZZP indicatie met bijbehorende schaal, een verkort overzicht hiervan is weergegeven in bijlage 2.

BIJLAGE 2: VERSCHILLENDE ZZP INDICATIES

Verpleging & verzorging

Er zijn 10 pakketten voor Verpleging & Verzorging. Deze Zzp's zijn voor oudere mensen en chronisch zieken die dagelijks hulp nodig hebben. Zzp-1 is bijvoorbeeld voor mensen die zich met beperkte hulp nog kunnen redden. En Zzp-8 voor mensen die heel intensieve zorg nodig hebben. Verpleging & verzorging heeft twee bijzondere pakketten. Zzp-9 voor kortdurende zorg (herstel) na een ziekenhuisopname. Zzp-10 is voor mensen met een terminale ziekte in de eindfase van hun leven. Wanneer zorg thuis niet langer mogelijk is.

Gehandicaptenzorg

Binnen de gehandicaptenzorg zijn er Zzp's voor drie doelgroepen: mensen met een verstandelijke beperking, mensen met een lichamelijke beperking en mensen met een zintuiglijke beperking. Voor mensen met een verstandelijke beperking zijn er 7 Zzp's. Ze variëren van pakketten voor mensen die zich met enige hulp redelijk kunnen redden tot pakketten voor mensen die elke dag intensieve begeleiding en verzorging nodig hebben. Voor mensen met lichamelijke beperkingen bestaat ook een reeks van 7 Zzp's. Ook die pakketten zijn afgestemd op de verschillen in zorgbehoefte. Voor mensen met een zintuiglijke beperking zijn er 9 Zzp's. Ze zijn bedoeld voor mensen die zeer slecht zien of horen, doof of blind zijn.

Geestelijke gezondheidszorg (Ggz)

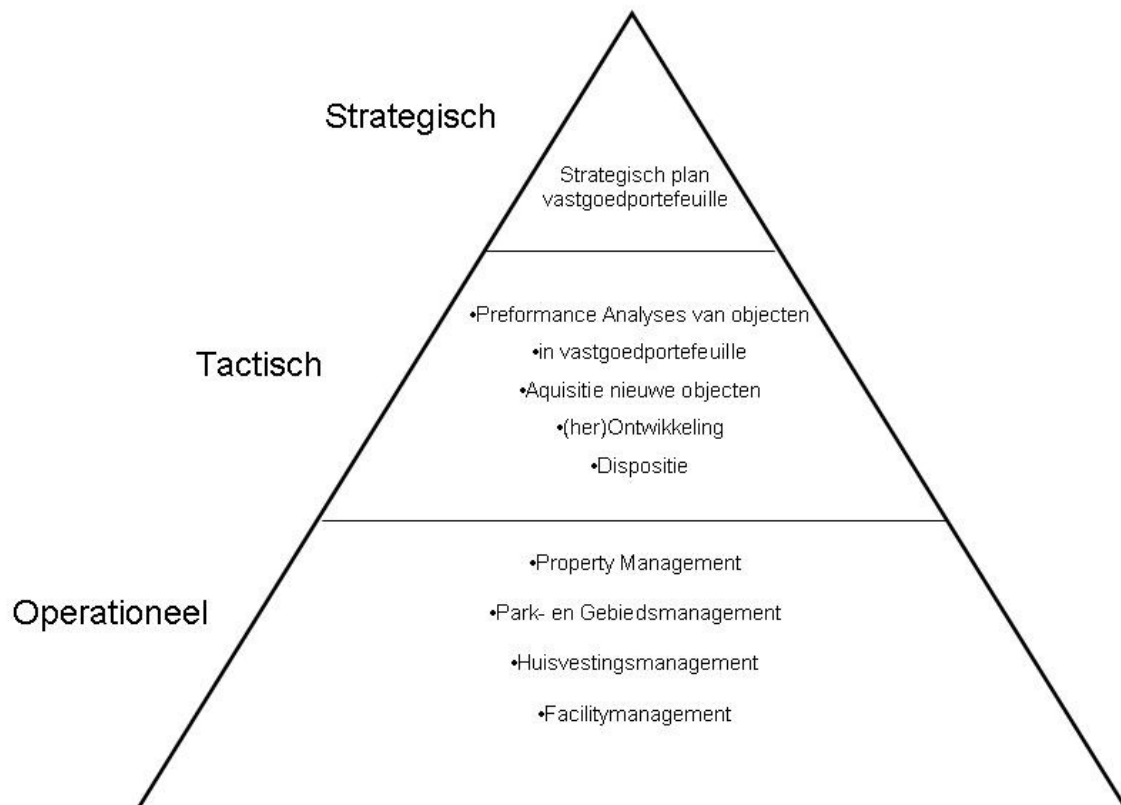
Er zijn 7 pakketten voor mensen die langdurig Ggz-zorg nodig hebben en waarbij hulp thuis niet voldoende is. Ook deze pakketten zijn ingedeeld naar zorgzwaarte. De pakketten zijn er in twee varianten (bij elkaar opgeteld zijn het er 13): (1) 7 Zzp's waarin ruimte is voor gerichte behandeling door een zorginstelling. De overheid noemt ze 'B-pakketten'. (2) 6 Zzp's voor mensen die met dagelijkse hulp in een beschermende woonvorm wonen. De overheid noemt ze 'C-pakketten'.

Andere pakketten: speciale behandelcentra voor jeugd-LVG

Er zijn aparte Zzp's voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking die veel probleemgedrag hebben. De jongere krijgt een Zzp wanneer zorg thuis niet voldoende is. Hij

of zij gaat naar een speciale voorziening en krijgt daar tevens behandeling. Meestal duurt het verblijf 1 tot 2 jaar. Daarna kan de jongere - met begeleiding - ergens anders gaan wonen.

Bron: <http://zorgzwaarte-pakket.nl/index.php/zzp-wat#hfstk1>, bezocht op 30 mei 2011



Bron: Van Driel, 2003. Strategische inzet van vastgoed. Arko Uitgeverij Nieuwegein

BIJLAGE 4: WET BESLUIT BEHEER SOCIALE HUURSECTOR, HOOFDSTUK 3 ARTIKEL 12B

1..De toegelaten instelling draagt bij aan het volgens redelijke wensen tot stand brengen van huisvesting voor ouderen, gehandicapten en personen die zorg of begeleiding behoeven.

2.Ter uitvoering van het eerste lid kan de toegelaten instelling, naast de werkzaamheden, genoemd in de [artikelen 11](#), [tweede lid](#), en [12a](#), [tweede lid](#), uitsluitend overgaan tot:

a. het bouwen en exploiteren van woon-zorgcomplexen en de daarbij behorende gemeenschappelijke ruimten en fysieke zorginfrastructuur, van projecten voor begeleid wonen, en van vastgoed met een woon- of verblijffunctie voor de bewoners van instellingen in de verzorging, verpleging of opvang;

b. het leveren van een bijdrage aan de totstandkoming van arrangementen met betrekking tot wonen, zorg- en dienstverlening, die, zoveel mogelijk naar wens van de in het eerste lid bedoelde personen, het zelfstandig wonen bevorderen;

c. het vervullen van een bemiddelende rol voor bewoners met betrekking tot zorg- en dienstverlening of

d. de werkzaamheden die noodzakelijkerwijs voortvloeien uit het verrichten van de werkzaamheden, genoemd in de onderdelen a tot en met c

Bron:

http://wetten.overheid.nl/BWBR0005686/geldigheidsdatum_04-08-2009#HoofdstukIII_2a_Artikel12a, bezocht op 2 juni 2011

BIJLAGE 5: ABWZ ZORG ZONDER VERBLIJF PER PROVINCIE 2006 - 2009

	GRONINGEN	DRENTHE	FRIESLAND
<i>2006</i>			
TOTAAL 18 +	24 665 (5.34%)	21 555 (5.18%)	26 990 (5.38%)
18 – 65 JAAR	4910 (1.32%)	3955 (1.34%)	5260 (1.32%)
65 – 80 JAAR	8840 (13.94%)	8170 (13.23%)	9770 (13.04%)
80+	10 915 (41.43%)	9390 (41.37%)	11955 (41.88%)
<i>2007</i>			
TOTAAL 18 +	24 530 (5.32%)	21 570 (5.63%)	27 535 (5.47%)
18 – 65 JAAR	4830 (1.3%)	3860 (1.30%)	5365 (1.35%)
65 – 80 JAAR	8610 (13.36%)	8050 (12.81%)	9770 (12.79%)
80+	11 090 (41.87%)	9660 (41.38%)	12 400 (42.96%)
<i>2008</i>			
TOTAAL 18 +	24 490 (5.27%)	22 185 (5.75%)	27 795 (5.50%)
18 – 65 JAAR	4755 (1.28%)	4025 (1.35%)	5365 (1.35%)
65 – 80 JAAR	8585 (13.04%)	8125 (12.60%)	9825 (12.53%)
80+	11 150 (41.33%)	10 035 (41.62%)	12 605 (42.63%)
<i>2009</i>			
TOTAAL 18 +	24 115 (5.18%)	22 620 (5.83%)	27 510 (5.41%)
18 – 65 JAAR	4540 (1.22%)	4140 (1.39%)	5110 (1.29%)
65 – 80 JAAR	8455 (12.52%)	8125 (12.28%)	9455 (11.68%)
80+	11 120 (41.12%)	10 355 (41.83%)	12 945 (42.66%)

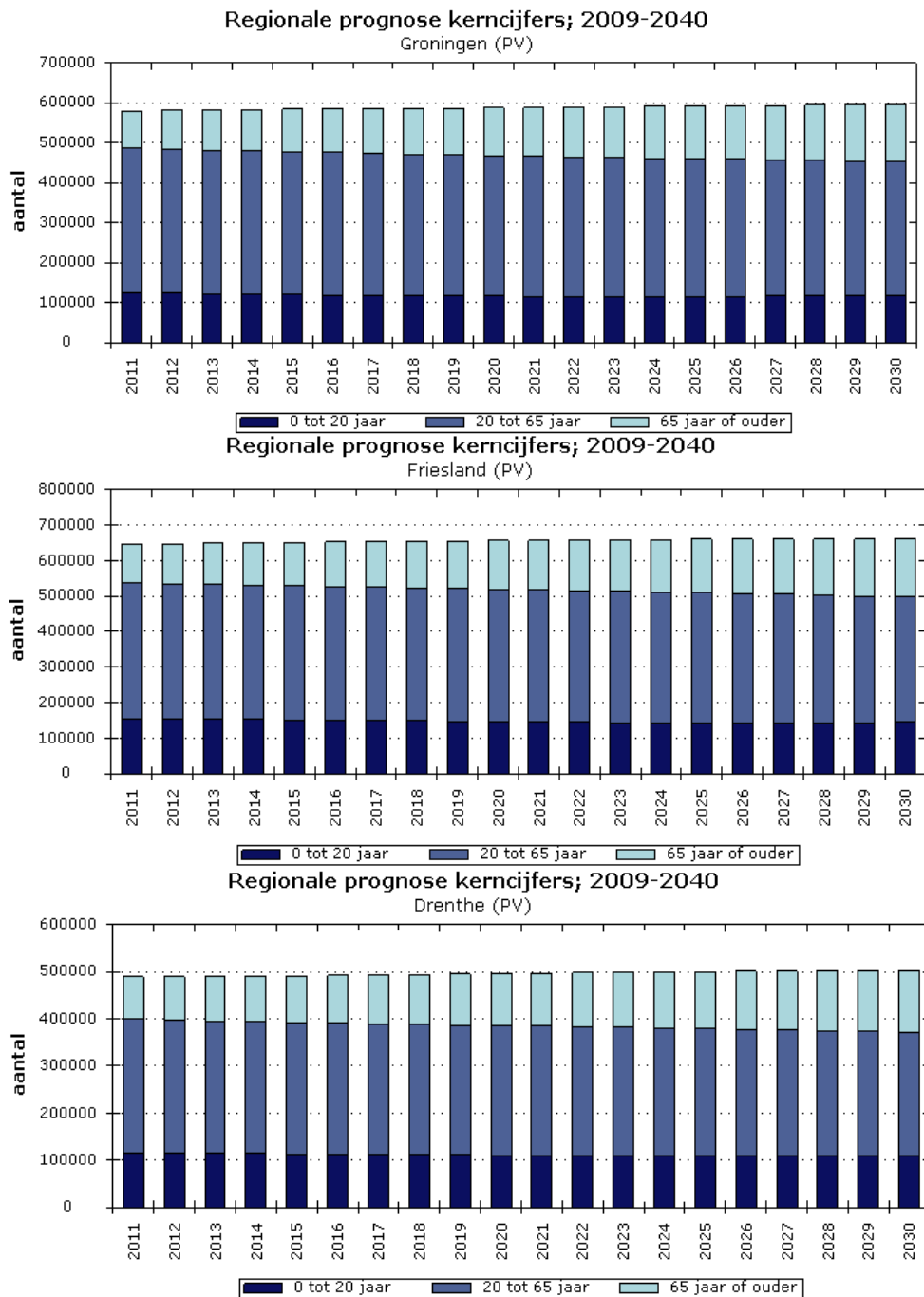
Bron: eigen bewerking statline, WWW.CBS.NL bezocht op 20 juni 2011

BIJLAGE 6: ABWZ ZORG MET VERBLIJF PER PROVINCIE 2006 – 2009

	GRONINGEN	DRENTHE	FRIESLAND
<i>2006</i>			
TOTAAL 18 +	12 265 (2.66%)	11 975 (3.14%)	13 545 (2.70%)
18 – 65 JAAR	2725 (2.23%)	3420 (3.45%)	3100 (2.33%)
65 – 80 JAAR	2525 (3.98%)	2380 (3.86%)	2795 (3.73%)
80+	7015 (26.63%)	6175 (27.20%)	7650 (26.80%)
<i>2008</i>			
TOTAAL 18 +	12 880 (2.78%)	12 205 (3.17%)	13 630 (2.70%)
18 – 65 JAAR	2805 (2.29%)	3305 (3.56%)	3570 (2.54%)
65 – 80 JAAR	2640 (4.02%)	2390 (3.71%)	2775 (3.54%)
80+	7435 (27.67%)	6295 (26.12%)	7495 (25.37%)
<i>2009</i>			
TOTAAL 18 +	13 180 (2.83%)	12 445 (3.21%)	14 235 (2.80%)
18 – 65 JAAR	3020 (2.47%)	3445 (3.65%)	3730 (2.69%)
65 – 80 JAAR	2675 (3.96%)	2370 (3.58%)	2875 (3.55%)
80+	7480 (27.69%)	6465 (26.10%)	7805 (25.71%)

Bron: eigen bewerking statline, WWW.CBS.NL bezocht op 20 juni 2011

BIJLAGE 7: BEVOLKINGSPROGNOSE 2011 – 2030 PER PROVINCIE



Bron: CBS Statline, 2011

BIJLAGE 8: SAMENWERKINGSMOGELIJKHEDEN VOOR OP BASIS VAN DE DOELSTELLINGEN VAN ZORGAANBIEDERS EN CORPORATIES

1. Vastgoedalliantie: Gericht op vastgoed

- Sale and Leaseback; de corporatie neemt het vastgoed over van de zorgaanbieder, renoveert indien nodig en verhuurt het integraal aan de zorginstelling terug.
- Risicovol investeren; het vastgoed wordt overgenomen door de corporatie en wonen wordt van zorg gescheiden, het geheel wordt gerenoveerd indien nodig. Het zorgvastgoed wordt door de corporatie aan de instelling terugverhuurd en de woonappartementen door de corporatie verhuurd aan individuele huurders.
- Actieve vastgoedstrategie; de corporatie neemt het vastgoed over en zorgt er voor dat over de gehele breedte in het dorp of de stad de zorgcapaciteit op niveau blijft.

2. Servicealliantie: Gericht op service

- Woningen met welzijn en zorg aanbieden; de zorgaanbieder en corporatie bieden samen een wonen met welzijn product aan op de markt waarbij iedere partij zich bezig houdt met zijn sterkste competenties.
- Woonservicegebieden creëren; corporaties en zorgaanbieders wijzen in overleg met welzijnsinstellingen en gemeente, zones aan waarin ouderen en hulpbehoevenden in de nabijheid van de benodigde welzijn- en zorgvoorzieningen wonen.
- Gezamenlijk serviceproduct; Woon-, zorg- en welzijnsaanbieders ontwikkelen een nieuw serviceproduct bij bestaande klanten.

3. Kennisalliantie: Gericht op kennis en capaciteit

- Gezamenlijk onderzoek naar de ontwikkeling van vraag en aanbod op het gebied van wonen met welzijn en zorg in de regio.
- Kennis en capaciteit vastgoedontwikkeling beschikbaar stellen.
- Gezamenlijk backoffice voor bedrijfsvoering, administratie en financieel beheer.

BIJLAGE 9: NHC TARIEVEN 26 JULI 2011

	Basis Verblijf	Onderst. Diensten	Totaal Basis	Dagbesteding	Behandeling	Totaal Investeringskosten
V&V						
ZZP VV 1	116.424	6.335	122.759	16.096	0	138.855
ZZP VV 2	123.348	6.340	129.688	16.111	0	145.799
ZZP VV 3	136.264	6.468	142.732	16.435	2.420	161.586
ZZP VV 4	138.544	6.468	145.012	16.435	2.420	163.867
ZZP VV 5	127.665	9.500	137.165	21.765	4.936	163.867
ZZP VV 6	125.197	9.500	134.697	23.785	8.975	167.457
ZZP VV 7	130.357	9.500	139.857	23.785	8.975	172.618
ZZP VV 8	135.294	9.500	144.794	23.785	8.975	177.554
ZZP VV 9	125.197	9.500	134.697	19.522	55.648	209.866
ZZP VV 10	135.294	9.500	144.794	23.785	8.975	177.554
GHZ						
ZZP VG 1	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP VG 2	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP VG 3	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP VG 4	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP VG 5	109.412	8.643	118.055	46.859	21.661	186.577
ZZP VG 6	109.412	8.643	118.056	46.859	21.661	186.577
ZZP VG 7	109.412	8.643	118.056	46.859	21.661	186.577
ZZP VG 8	150.421	8.643	159.064	56.806	21.661	237.532
ZZP LVG 1	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LVG 2	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LVG 3	142.198	8.643	150.842	46.859	21.661	219.362
ZZP LVG 4	142.198	8.643	150.842	46.859	21.661	219.362
ZZP LVG 5	142.198	8.643	150.842	46.859	21.661	219.362
ZZP SGLVG	142.198	8.643	150.842	46.859	21.661	219.362
ZZP LG 1	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LG 2	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LG 3	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LG 4	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP LG 5	119.359	8.643	128.002	46.859	21.661	196.523
ZZP LG 6	146.430	8.643	155.073	56.806	21.661	233.541
ZZP LG 7	146.430	8.643	155.073	56.806	21.661	233.541
ZZP ZG aud 1	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG aud 2	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG aud 3	112.683	8.643	121.327	46.859	21.661	189.847
ZZP ZG aud 4	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG vis 1	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG vis 2	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG vis 3	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP ZG vis 4	122.927	8.643	131.570	46.859	21.661	200.091
ZZP ZG vis 5	150.421	8.643	159.064	56.806	21.661	237.532
GGZ						
ZZP GGZ 1B	81.587	9.697	91.284	53.554	4.869	149.707
ZZP GGZ 2B	81.587	9.697	91.284	53.554	4.669	149.707
ZZP GGZ 3B	113.343	9.697	123.040	53.554	4.869	181.463
ZZP GGZ 4B	113.343	9.697	123.040	53.554	4.869	181.463
ZZP GGZ 5B	158.880	9.697	168.577	59.384	5.444	233.405
ZZP GGZ 6B	139.222	9.697	148.919	49.165	8.918	207.002
ZZP GGZ 7B	142.786	15.898	158.684	79.646	21.821	260.151
ZZP GGZ 1C	93.812	5.989	99.801	39.362	0	139.163
ZZP GGZ 2C	93.812	5.989	99.801	39.362	0	139.163
ZZP GGZ 3C	123.332	5.989	129.321	39.362	0	168.682
ZZP GGZ 4C	130.882	5.989	136.872	47.717	0	184.588
ZZP GGZ 5C	133.665	5.989	139.654	42.680	0	182.334
ZZP GGZ 6C	135.038	5.989	141.027	47.717	0	188.744

Bron: NZA (2011) Bijlage 5 bij circulaire Care/ABWZ/11/12c. p15.

BIJLAGE 9: INTERVIEWVRAGEN

Interviewvragen zorgaanbieder

Missie en Visie

Waar staat u voor als organisatie, wat zijn uw lange termijn doelstellingen en ambities?

Legt u deze doelstellingen vast in een business plan? Gebruikt u dit plan ook om mogelijke investeerders over de streep te trekken?

Regelgeving

Hoe kijkt u aan tegen invoering marktwerking in de zorg?

Welk effect heeft de ZZP regelgeving op uw dagelijks werk?

Welke invloed zal de Normatieve Huisvestingscomponent volgens u gaan hebben op uw dagelijks werk?

Welke invloed zal de Normatieve Huisvestingscomponent volgens u gaan op de toekomstige samenwerking tussen u en uw vastgoed partners?

Demografische ontwikkelingen

Hoe goed bent u op de hoogte van toekomstige demografische ontwikkelingen

Wat denkt u dat deze ontwikkelingen voor gevolgen hebben voor de toekomstige zorgvragers?

Welk type zorgvragers zal volgens u in de toekomst toenemen?

Hoe denkt u dat de wensen van ouderen met betrekking tot zorg veranderen?

Welke invloed heeft dit volgens u op de huisvesting van ouderen?

Samenwerkingsvormen

Hoe is de huidige samenwerking tussen de corporatie en uw organisatie vormgegeven?

Wie draagt hierbij de risico's van de huisvesting?

Hoe denkt u dat deze samenwerking stand houdt onder de nieuwe regelgeving?

Is het voor u bespreekbaar de huidige contracten op te breken en aan te passen op nieuwe regelgeving?

Welke invloed denkt u dat de NHC / ZZP regelgeving heeft op toekomstige samenwerking (nieuw af te sluiten contracten)

Bij dit interview heeft u een lijst gekregen met samenwerkingsvormen, welke samenwerkingsvorm is nu van toepassing op de samenwerking tussen u en de woningcorporatie? (Pagina 1) en welke type alliantie (pagina 2) heeft uw voorkeur?

Risico en eigendom

Waarom heeft u de keuze gemaakt om te huren / kopen en niet andersom?

Op basis waarvan heeft u deze keuze gemaakt?

Verandert hier iets aan door de nieuwe regelgeving?

Hoe vindt u dat de corporaties waarmee u samenwerkt met de vastgoedrisico's omgaan?

Bij wie zou volgens u de last voor het risicomanagement moeten liggen?

Wat kan de corporatie er volgens u aan doen om de risico's te beperken en te beheersen?

Wat kan volgens u de zorgaanbieder er aan doen om de risico's te beperken en te beheersen?

Succesvolle zorgconcepten nu en toekomst

Wanneer is volgens u een zorgconcept succesvol?

In hoeverre is de flexibiliteit van de woningcorporatie van u voor belang om een samenwerking te starten?

In hoeverre moet u als zorgaanbieder de woningcorporatie overtuigen van het zorgconcept en de financiële haalbaarheid?

Vind u dat de woningcorporatie en de zorgaanbieder het zorgconcept moeten beoordelen of dat dit door één partij dient te gebeuren

Toekomstvisie

Hoe gaat u om met onzekerheden over toekomstige regelgeving?

Denkt u dat de oplossing voor eventuele huisvestingsproblemen gezocht moet worden in nieuwe zorgconcepten? Of juist in nieuwe samenwerkingsvormen? Of beiden?

Hoe ziet u de samenwerking tussen uw organisatie en uw huidige partners op het gebied van zorg en vastgoed in de toekomst?

Denkt u dat er iets gaat veranderen in uw missie, visie en bedrijfsvoering door de nieuwe regelgeving? Welke invloed heeft dit op de samenwerking met vastgoedpartijen en uw business plan?

Interviewvragen woningcorporatie

Demografische ontwikkelingen

Wat denkt u dat toekomstige demografische ontwikkelingen voor gevolgen hebben voor de toekomstige zorgvragers

Hoe denkt u dat de wensen van ouderen met betrekking tot zorg veranderen?

Welke invloed heeft dit volgens u op de huisvesting van ouderen?

Samenwerkingsvormen

Hoe is de huidige samenwerking tussen de zorgaanbieder en uw organisatie meestal vormgegeven?

Wie draagt hierbij de risico's van de huisvesting?

Hoe denkt u dat deze samenwerking stand houdt onder de nieuwe regelgeving?

Welke invloed denkt u dat de NHC / ZZP regelgeving heeft op toekomstige samenwerking? (nieuw af te sluiten contracten)

Bij dit interview heeft u een lijst gekregen met samenwerkingsvormen, welke samenwerkingsvorm is nu van toepassing op de samenwerking tussen u en de zorgaanbieder? (Pagina 1) en welke type alliantie (pagina 2) heeft uw voorkeur?

Wat zijn voor u de belangrijkste motieven (pagina 3) om samen te werken met een zorgaanbieder?

Risico en eigendom

Wat doet u op dit moment om de risico's van uw vastgoedexploitatie in te schatten?

Hoe schat u het risicoprofiel van uw zorgvastgoed op dit moment in?

Hoe vind u dat de zorgaanbieders waarmee u samenwerkt met deze risico's omgaan?

Bij wie zou de last voor het risicomanagement moeten liggen volgens u?

Wat kan volgens u de corporatie er aan doen om de risico's te beperken en te beheersen?

Wat kan volgens u de zorgaanbieder er aan doen om de risico's te beperken en te beheersen?

Strategisch voorraadbeleid

Hoe bepaalt u de waarde van uw zorg vastgoed?

Is er hierbij onderscheid tussen bestaand, nieuwbouw, specifiek / aspecifiek?

Welk aandeel heeft zorgvastgoed in uw totale portefeuille?

Bent u voornemens dit aandeel uit te breiden, zo te laten of terug te brengen? Waarom?

Welke invloed heeft uw risicoperceptie op de waardebeoordeling van zorgvastgoed?

Wat doet u met uw zorgvastgoed nadat de contractduur en/of de exploitatieduur is verlopen?

Succesvolle zorgconcepten nu en toekomst

Wanneer is volgens u een zorgconcept succesvol?

Beschouwt u de zorgaanbieders waarmee u nu samenwerkt als succesvol?

In hoeverre is het zorgconcept van de zorgaanbieder van u voor belang om een samenwerking te starten?

Vind u dat de woningcorporatie én de zorgaanbieder het zorgconcept moeten beoordelen of dat dit door één partij dient te gebeuren

Toekomstvisie

Hoe gaat u om met onzekerheden over toekomstige regelgeving?

Denkt u dat de oplossing voor eventuele huisvestingsproblemen gezocht moet worden in nieuwe zorgconcepten? Of juist in nieuwe samenwerkingsvormen? Of beiden?

Hoe ziet u de samenwerking tussen uw organisatie en uw huidige partners op het gebied van zorg en vastgoed in de toekomst?