

ZORGEN OM ZORGVASTGOED

DE EFFECTEN VAN 'MEER ZORG THUIS' EN 'VERZWARING VAN DE ZORG OP DE
VASTGOEDSTRATEGIEËN VAN ZORGINSTELLINGEN IN DE WLZ

René van Ling

Amsterdam School of Real Estate

Scriptie voor de opleiding Master of Real Estate

6 maart 2023

Onder supervisie van mw. Drs. Jantine Schrader MSRE



VOORWOORD

Ter afronding van de MRE heb ik onderzoek gedaan naar toekomstscenario's voor zorgvastgoed. De wijze waarop organisaties hun strategieën kunnen inrichten om zo waarde toe te voegen in de sector maatschappelijk vastgoed, heeft mij altijd geïntrigeerd en zal dit blijven doen. Het is voor mij persoonlijk dan ook een opstap om deze expertise nog verder uit te bouwen en zorginstellingen te ondersteunen bij het vormgeven van hun organisatie- en vastgoedstrategieën.

De maatschappelijke impact van veranderingen en de financiële druk op het zorgstelsel is groot. Met dit onderzoek is gepoogd een klein deel van het groot aantal actuele thema's binnen de zorg beet te pakken, en bestuurders concrete handvaten te geven zodat zij op een verantwoorde manier met hun vastgoed om kunnen gaan.

Tot slot kijk ik terug op een bijzondere tijd gedurende mijn studie. De corona lockdowns gooiden roet in het eten van vele activiteiten en vroegen om creativiteit in het programma. Het stelde ook mijn eigen discipline op de proef. Mijn dank is daarom groot voor diegenen die mij gesteund hebben, gemotiveerd hebben, uitgedaagd hebben en nieuwe inzichten hebben gegeven. Manon, Rop, Jantine en Wim, dank voor jullie support tot het laatste moment!

René van Ling

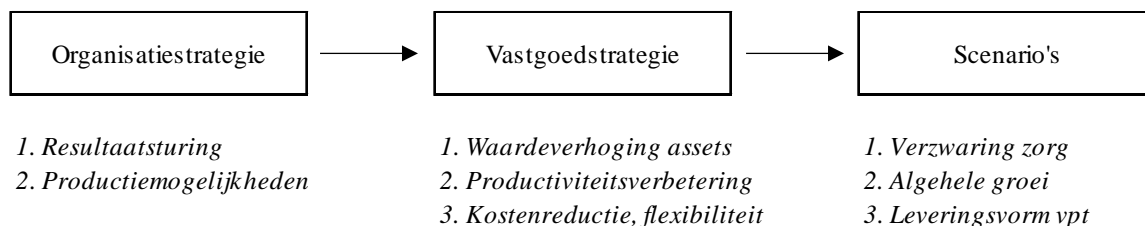
Utrecht, maart 2023

MANAGEMENTSAMENVATTING

De stijgende zorgkosten, het scheiden van wonen en zorg en de zorgverzwaring zijn slechts enkele van de actualiteiten binnen de ouderenzorg in Nederland. De sector Verpleging en Verzorging kent daarmee drie belangrijke thema's die de vastgoedexploitatie van zorginstellingen raken. Om die reden is onderzocht op welke wijze bestuurders geholpen kunnen worden met het bepalen van strategie voor hun vastgoed. De volgende onderzoeksvraag stond daarbij centraal:

Welke factoren zijn van belang bij het kiezen van een vastgoedstrategie in de zorg bij de transitie naar meer zorg thuis en wat is effect van de gekozen strategie?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is beschrijvend onderzoek gedaan naar organisatie- en vastgoedstrategieën. De bestaande theorieën van Porter, Nourse en Roulac en De Jonge zijn gebruikt om vanuit organisatieperspectief strategieën voor organisatie en vastgoed te herleiden, die passen bij de drie genoemde actualiteiten in de zorgmarkt. De uitkomsten hiervan hebben geleid tot een afwegingskader. De vastgoedstrategieën zijn vervolgens vertaald naar toekomstscenario's waarbij met vastgoed ingespeeld wordt op de verzwaring in de zorg, een algehele groei van productiecapaciteit en de omschakeling naar meer zorg thuis. De scenario's zijn als casestudie uitgewerkt, waarbij gewerkt is met een gemiddelde, hypothetische zorginstelling die representatief is voor de doelgroep van dit onderzoek. Deze instelling diende als basis om de scenario's door te rekenen.



Figuur 1: Schema 'van organisatiestrategie naar scenario's'

Uit het onderzoek blijkt dat zorginstellingen hun organisatiestrategie moeten richten op resultaatsturing dan wel productiemogelijkheden. Deze kunnen vervolgens vertaald worden naar drie vastgoedstrategieën: Als eerste kunnen zorginstellingen sturen op waardeverhoging van vastgoed, waarbij de uitkomst is dat zwaardere zorg geleverd kan worden. Ten tweede kan ingezet worden op productiviteitsverbetering, waarbij ingespeeld wordt op de groei in zorgvraag in de komende jaren. De derde strategie leidt tot kostenreductie en flexibiliteit, wat passend is voor een organisatie die de transitie naar 'meer zorg thuis' heeft ingezet. De scenario-analyse ondersteunt de theorie, door inzichtelijk te maken dat bedrijfsresultaten in lijn zijn met de verwachtingen van de scenario's. Ten opzichte van het basisscenario blijkt dat uitvoering van strategie op termijn leidt tot verbetering van het bedrijfsresultaat.

Er wordt geadviseerd voor vervolgonderzoek om specifiekere situaties door te rekenen waarbij gebruik gemaakt kan worden van ervaring van experts en de bestuurders die bij de casussen betrokken zijn. Daarmee kunnen scenario-analyses gebouwd worden die praktisch toepasbaar zijn voor de zorgsector. Ook wordt geadviseerd meer onderzoek te doen naar zorginstellingen die niet opereren op het hoogste strategische niveau conform het volwassenheidsmodel van Joroff en in welke mate zij baat hebben bij een strategische aanpak.

AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN

In de zorgsector zijn er vele begrippen en termen die binnen de sector geen toelichting nodig hebben. Desalniettemin is de hoeveelheid afkortingen en begrippen groot en voor mensen die niet in de zorg actief zijn soms verwarrend en vragen daarom enige toelichting. Dit jargon is daarom in een afkortingen- en begrippenlijst omvat.

De begrippen zijn overgenomen uit de Beleidsregel definities Wlz - BR/REG-22118a en de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zzp en vpt BR/REG-22125a.

CIZ:	Centrum indicatiestelling zorg. Het indicatieorgaan als bedoeld in artikel 7.1.1 van de Wlz.
CIZ-indicatie:	Besluit van het CIZ waarbij beoordeeld wordt of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor zorg.
Cliënt:	Verzekerde als bedoeld in artikel 2.1.1 en artikel 2.1.2 van de Wlz die op grond van een CIZ-indicatie zijn aanspraak op Wlz-zorg realiseert.
Mpt:	Eén of meer losse vormen van zorg als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wlz waaronder het schoonhouden van de woonruimte van de cliënt, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt, vervoer naar een plaats waar de cliënt gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt en logeeropvang.
Nbf:	Niet-beïnvloedbare factoren: Kostenverhogende omstandigheden waarop de zorgaanbieder geen invloed kan uitoefenen. Voor 2020 is vastgesteld dat het hierbij gaat om bovengemiddeld voorspeld verzuim van personeel van een zorgaanbieder dat in relatie staat met het feit dat een locatie van een zorgaanbieder is gelegen in (groot)stedelijk gebied en de sociaaleconomische status van de geografische wijk waarin een locatie van een zorgaanbieder is gelegen.
Nhc:	Normatieve huisvestingscomponent (nhc): Een integraal onderdeel van het tarief dat dient als normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw)bouw en instandhouding. Deze vergoeding bestaat uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus van een nieuwbouw voorziening, de rente-, afschrijvings- en instandhoudingsuitgaven te dekken.
Nic:	Normatieve inventariscomponent (nic): Een integraal onderdeel van het tarief dat dient als normatieve vergoeding voor investeringen in inventaris. Deze normatieve vergoeding bestaat uit een jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus van inventaris, de rente en afschrijvingskosten te dekken.
Prestatiebeschrijving:	Een prestatiebeschrijving is een gedetailleerde beschrijving van de prestatie die geleverd wordt tegen een bepaald tarief
Prijsafspraken:	De in het overleg tussen zorgaanbieder en Wlz-uitvoerder overeengekomen prijs voor een prestatie als bedoeld in artikel 1, aanhef en sub j van de Wmg.
Productieafspraken:	Het totaalbedrag van de afspraken met betrekking tot de prestaties en tarieven ten laste van de contracteerruimte die door de zorgaanbieder en het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder zijn overeengekomen in de budgetronde of herschikkingsronde.

Tarief:	Prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder (artikel 1, onderdeel k, Wmg).
Verblijfscomponent:	Prestatie voor het verblijf van een niet-geïndiceerde partner, vastgesteld in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis en de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg.
Verblijfszorg:	De zorg als bedoeld in artikel 3.1.1 eerste lid, onderdeel a, van de Wlz.
Verpleeghuizen:	Zorgaanbieders die zijn toegelaten voor de zorgvorm behandeling en dit leveren in combinatie met Wlz-verblijf aan verzekerden met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking.
Verzorgingshuizen:	Zorgaanbieders die niet zijn toegelaten voor de zorgvorm behandeling en die verblijf leveren aan verzekerden met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking en aan verzekerden met een psychosociaal probleem.
Vpt:	Vpt omvat de vormen van zorg zoals bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg (Wlz): verpleging; persoonlijke verzorging; begeleiding; behandeling; vervoer naar begeleiding en/of behandeling; het verstrekken van eten en drinken; het schoonhouden van de woonruimte; logeeropvang.
Wlz:	Wet langdurige zorg.
Wlz-uitvoerder:	De rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is en die zich overeenkomstig artikel 4.1.1 van de Wlz heeft aangemeld voor de uitvoering van de Wlz, daaronder begrepen de met toepassing van artikel 4.2.4, tweede lid, van de Wlz door de Minister van VWS aangewezen uitvoerder.
Wooncomponent:	Het onderdeel huisvesting binnen de Wlz. Bedoeld om onderscheid te maken tussen zorg en huisvesting. Wonen kan in diverse vormen plaatsvinden.
Woonzorg:	Woonzorg omvat de vormen van zorg zoals bedoeld in artikel 3.1.1 lid a en b van de Wlz, waaronder verblijf, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging en dagbesteding.
WTZi:	Wet toelating zorginstellingen.
Zorgaanbieder, zorginstelling:	De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1, onderdeel c, onder 1 ^o , van de Wmg.
Zorgkantoor:	Een ingevolge artikel 4.2.4, tweede lid, van de Wlz voor een bepaalde regio aangewezen Wlz-uitvoerder. Het zorgkantoor is voor alle verzekerden die wonen in de regio waarvoor hij is aangewezen, belast met de verstrekking van het persoonsgebonden budget.
Zzp:	Zorgzwaartepakket. Een zzp bestaande uit een volledig pakket van verblijfszorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat die cliënt nodig heeft.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	ii
Managementsamenvatting	iii
Afkortingen en begrippen	iv
1 Aanleiding	1
1.1 Actualiteiten in de zorgvastgoedmarkt	1
1.2 Strategische keuzes zorginstellingen	2
1.3 Probleemstelling	2
1.4 Doelstelling	3
1.5 Centrale onderzoeksvraag	3
1.6 Onderzoeksvragen	3
1.7 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	3
1.8 Leeswijzer	4
2 Onderzoeksmethode en model	5
2.1 Typering van het onderzoek	5
2.1.1 <i>Onderzoeksfase 1</i>	6
2.1.2 <i>Onderzoeksfase 2</i>	6
2.1.3 <i>Onderzoeksfase 3</i>	6
2.1.4 <i>Onderzoeksfase 4</i>	6
2.2 Conceptueel model: Afwegingskader	6
2.3 Overwegingen in de methodologie	6
2.4 Kwalitatieve en kwantitatieve analyse, uitkomsten van de literatuur, getoetst in de casus	7
2.5 Opbouw van de gemiddelde zorginstelling, selecte steekproef	7
3 De transitie naar meer zorg thuis en de impact op de zorgorganisatie	9
3.1 Huisvesting in het Nederlands zorgstelsel	9
3.1.1 <i>Uitgangspunt: Scheiden wonen en zorg en verzwaring van intramurale zorg</i>	10
3.2 Prognoses van de V&V doelgroep (zpz 4 - 9, vpt, mpt)	10
3.3 Woonzorg: Passende huisvesting voor de zorg	12
3.4 Conclusie: effecten van transitie naar meer zorg thuis	13
3.5 Organisatiestrategie voor zorginstellingen	13
3.6 Conclusie: Organisatiestrategie	15
3.7 De basis voor het afwegingskader	15
4 Vastgoedstrategieën bij zorgorganisaties	16
4.1 Rapporteren van financiële resultaten van zorginstellingen	16
4.2 Conclusie financiële indicatoren voor afwegingskader	18
4.3 CREM: Theoretische achtergrond	19
4.4 De ‘professionele vastgoedafdeling’	20
4.5 Vastgoedstrategieën die passen bij organisatiestrategieën voor ‘meer zorg thuis’	21
4.6 Conclusie: Vastgoedstrategie en theorieën CREM	23
4.7 Tweede laag in het afwegingskader: vastgoedstrategie	24
4.8 Conclusie: Vastgoedstrategie vertaald naar toekomstscenario’s	24
5 Het afwegingskader in scenario’s	26
5.1 Van strategie naar scenario’s	26
5.1.1 <i>Samenstelling van de scenario-analyse: beleid vs. omstandigheden en methodiek</i>	26
5.1.2 <i>Gemiddelde zorginstelling als uitgangspunt</i>	27
5.1.3 <i>Scenario 0: Basisscenario</i>	27
5.1.4 <i>Scenario 1: Waardeverhoging assets leidt tot verzwaring van de zorg binnen de instelling</i>	27
5.1.5 <i>Scenario 2: Productiviteitsverbetering leidt tot algehele groei van de instelling</i>	27

5.1.6	<i>Scenario 3: Kostenreductie en flexibiliteit leidt tot omschakeling naar vpt</i>	27
5.2	Hypothese en verwachtingen op de financiële resultaten en indicatoren	28
5.3	Analyse scenario's	30
5.3.1	<i>Het basisscenario</i>	30
5.3.2	<i>Scenario 1 vs. basisscenario</i>	30
5.3.3	<i>Scenario 2 vs. basisscenario</i>	31
5.3.4	<i>Scenario 3 vs. basisscenario</i>	31
5.3.5	<i>Onderling vergelijk van scenario's</i>	31
5.4	Conclusie	34
6	Conclusie, aanbevelingen en reflectie	35
6.1	Conclusie	35
6.2	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	36
6.3	Reflectie	36
	Bibliografie	38
	Geraadpleegde jaarverslagen zorginstellingen	40
	Bijlage 1: Analyse instellingen en gemiddelde instelling	
	Bijlage 2: Onderbouwing Scenario's	
	Bijlage 3: Doorrekening zorg en vastgoedkosten scenario's	
	Bijlage 4: Vastgoedexploitatie uitbreiding 56 cliënten	
	Bijlage 5: Investeringskosten scenario 2	
	Bijlage 6: Scenario's	
	Bijlage 7: Uitkomsten scenario's	

1 AANLEIDING

1.1 Actualiteiten in de zorgvastgoedmarkt

Verandering is een constante factor in de zorgsector. Met ingang van het nieuwe zorgstelsel in 2005 lijkt verandering nog duidelijker ingezet. Veel van de ingezette veranderingen raken ook de huisvesting van verpleeg – en verzorginstellingen en hebben in meer of mindere mate geleid tot aanpassingen in de vastgoedstrategie. Het blijkt dat zorginstellingen maar in beperkte mate in staat zijn de verandering voor de korte en zeker lange termijn te voorspellen. Deze onvoorspelbare veranderingen leiden tot onzekerheid en vragen flexibiliteit van vastgoed. Er zijn een aantal belangrijke ontwikkelingen in de sector Verpleging en Verzorging (hierna: V&V) die invloed hebben op de vastgoedstrategie van zorginstellingen in de ouderenzorg.

Ten eerste zijn in de afgelopen jaren de zorgkosten drastisch gestegen (Zorginstituut Nederland, 2022) en wordt op allerlei manieren gezocht naar mogelijkheden om de zorg betaalbaar te houden. Het Integraal Zorgakkoord (hierna: IZA) (Rijksoverheid, 2022) is hier een recent voorbeeld van: een samenwerking tussen zorginstanties met als doel passende zorg en ondersteuning. Hierin worden concrete afspraken gemaakt over regionale samenwerking, de arbeidsmarkt en de contractering van de zorg. Dit zijn aspecten waarmee men stuurt op effecten die op relatief korte termijn zichtbaar zijn om een verlichting in de zorg te bewerkstelligen. Voor het IZA was het scheiden van wonen en zorg al jaren onderwerp van gesprek. In het coalitieakkoord 2021-2025 is dit expliciet benoemd. Inmiddels zijn daarvan de eerste effecten zichtbaar doordat steeds meer zorg thuis plaatsvindt. Het aantal cliënten dat het Volledig Pakket Thuis in de sector V&V ontvangt is stijgende sinds de introductie in 2015 (Zorginstituut, 2022; CBS, 2023) als leveringsvorm binnen de Wet Langdurige Zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZA) heeft verkennend onderzoek gedaan naar deze ontwikkeling en komt (onder andere) tot de conclusie dat er “situaties van willekeur of ongelijkheid kunnen ontstaan als gevolg van het ontbreken van regie op de wooncomponent” (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022b). Dit aspect is interessant wanneer gekeken wordt naar de klassieke rol van zorginstellingen in de ouderenzorg, waarbij intramurale zorg de basis was. Minder zware zorg (zzp 2-3 uit de Wlz) werd als intramuraal opgenomen in de klassieke verpleeg en verzorgingstehuizen. Zorginstellingen hebben daardoor vanuit de historie veelal vastgoed dat ingericht is op lagere zzp’s. De klassieke verpleeghuizen en verzorgingstehuizen voldoen niet aan de eisen die worden gesteld bij het verlenen van zwaardere zorg. Deze zwaardere zorg vraagt immers andere voorzieningen dan lichte zorg die kostenverhogend zijn (Aalst, Wissekerke & Verhoeff, 2009). In de praktijk zijn zorginstellingen nu al bezig zijn met de transformatie van hun vastgoedportefeuille naar gebouwen die ingericht zijn om zwaardere zorg te leveren.

Ten tweede wordt de financiering van zorg(vastgoed) vanuit de politiek complexer, waarbij diverse maatschappelijke ontwikkelingen een rol spelen. De invloed die de politiek heeft in de sturing op het scheiden van wonen en zorg, het effect van vergrijzing, de noodzaak tot verduurzaming en het anders inrichten van het zorgstelsel zijn hiervan actuele voorbeelden. Wanneer gestuurd wordt op meer zorg thuis, vraagt dit een verandering van de vastgoedportefeuilles van zorginstellingen. Investerings in de V&V die gefinancierd worden uit de Wlz, kennen enkele uitgangspunten die zich baseren op situaties die langjarig blijven bestaan. De vergoeding voor vastgoed en financiering, de zogeheten normatieve huisvestingscomponent (nhc), is een “jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus (30 jaar) van een nieuwbouwvoorziening, de rente-, afschrijvings- en instandhoudingsuitgaven te dekken” (Nederlandse Zorgautoriteit, z.d.). Met name dit ‘in stand houden’ van de investering lijkt niet in lijn met de voornoemde verandering in het zorgstelsel, waarbij de afgelopen 15 jaar bewezen hebben dat de inrichting van zorgvastgoed en de clientpopulatie waarvoor gebouwd wordt nu wezenlijk anders is dan 15 jaar geleden. Dit betreft alleen de zorgvraag. Daarnaast speelt ook de uitdaging om te blijven voldoen aan wet- en regelgeving ten aanzien van vastgoed. Verduurzaming van de vastgoedportefeuille is wettelijk verplicht en qua CO₂-uitstoot wordt gestreefd naar 55% minder directe CO₂-uitstoot in 2030 t.o.v. 2018 (Green Deal, 2022). Verdere verduurzaming van reeds ontwikkeld vastgoed vraagt aanvullende investeringen die ten tijde van de investering niet als regulier geacht werden. De investeringen zijn daarbij fors en instellingen zijn lang niet altijd financieel draagkrachtig genoeg om de investeringen te kunnen doen (Balen & Zuil, 2021).

Risico’s van deze relatief snelle veranderingen en het gebrek aan strategie op vastgoed zitten met name in de continuïteit van de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Uitstel van investeringen, of geen goede langjarige

strategie op investeringen, zorgt ervoor dat zij financieel in de problemen komen doordat investeringen samenvallen kort voordat deadlines voor ambities verstreken zijn, of doordat zij te laat anticiperen op vanuit de zorgvraag gewenste aanpassingen in hun vastgoed.

Ten derde zijn er veranderingen in de manier waarop de maatschappij zorg wil bieden en ontvangen. Het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022) benoemt als speerpunten ‘zelf als het kan’, ‘thuis als het kan’. Dit raakt de woonvorm met als doel passendheid. ‘Thuis als het kan’ als basisprincipe betekent iets voor de zorgorganisaties zelf. De recente ervaringen met zorginstellingen is dat zij zich voorbereiden op een veel groter aanbod aan vpt zorg naast de reguliere (maar reeds verzwaarde) zzp intramurale zorg. Prognoses ten aanzien van vpt- en zzp-indicaties laten zien dat het aantal vpt-indicaties de komende jaren fors zal toenemen (Stuart-Fox et al., 2021). De omslag naar het scheiden van wonen en zorg lijkt daarmee ingezet en verankerd.

Uit interne koersprogramma’s en langjarige strategieën van zorginstellingen de afgelopen jaren wordt steeds meer zichtbaar dat instellingen zich meer focussen op hun kerntaken. Met het oog op scheiden wonen en zorg kijken zij kritisch naar hun eigen portefeuille. Daar waar zorginstellingen in het verleden nog als verkapte woningcorporatie optraden is zichtbaar dat zij hedendaags meer vastgoed afstoten en alleen de zorgcomponent leveren bij een cliënt. Dit is een trend die versterkt wordt door de verschuiving naar vpt.

De vierde recente ontwikkeling met gevolgen voor de categorie verpleging en verzorging is het tekort aan zorgpersoneel, wat de komende jaren alleen maar groter zal worden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022). Met name in de categorie V&V zal dit zichtbaar zijn. Deze tekorten gaan met name over personeel dat ‘aan het bed staat’. De tekorten in de vastgoedsector worden echter ook jaarlijks geduurd (Vastgoedmarkt, 2021). De groei van het aantal cliënten als gevolg van dubbele vergrijzing leidt tot meer huisvesting. Het logische gevolg is een hogere capaciteitsvraag van geschoold personeel. Facilitaire en huisvestingsafdelingen van zorginstellingen kampen met capaciteitsproblemen en kennisachterstand. Velema (2022) constateert dit tijdens zijn interviews bij zorginstellingen in de gehandicaptenzorg. De afdelingen focussen op het beheer en de instandhouding van het eigen vastgoed en zeer beperkt op strategische, toekomstgerichte vastgoedvraagstukken.

1.2 Strategische keuzes zorginstellingen

Uit bovenstaande valt te concluderen dat zorginstellingen moeten investeren in hun vastgoed door verandering van de zorgvraag en hetgeen zij rendabel kunnen aanbieden op hun instellingsterreinen, de veranderende wet- en regelgeving en de algehele toename in zorgvraag. Zij zien complexiteit in de wijze waarop de zorg gefinancierd wordt, komen problemen tegen in de betaalbaarheid van de zorg voor zowel de zorgcomponent als de vastgoedcomponent en hebben kennis en capaciteitstekort om weloverwogen beslissingen te nemen over hun vastgoedstrategieën.

Zorginstellingen bieden vele vormen van zorg. Iedere financieringsvorm, verlening van zorg en wetstelsel biedt daarmee keuzemogelijkheden voor een zorginstelling. Iedere zorginstelling zal als onderneming koers moeten bepalen op basis van een aantal vragen: aan wie verleen ik zorg, op welke wijze wordt dat gedaan en wat is daarvoor nodig. Hiermee komt focus in de organisatie en bedrijfsvoering bij zorginstellingen aan bod.

In dit onderzoek wordt specifiek gekeken naar de effecten van de transitie naar meer zorg thuis in de ouderenzorg op de huisvesting en gevolgen voor organisatiekeuzes en strategieën. Dit wordt gedaan binnen de sector V&V, waarbij scheiden van wonen en zorg (in financiële zin) aan de orde is. De zorgindicaties voor cliënten die daarbij past is zzp 4 – zzp 9, en vergelijkbare levering van zorg middels vpt en mpt.

1.3 Probleemstelling

Het probleem voor zorginstellingen bestaat in basis uit twee belangrijke componenten, waar in dit onderzoek aansluiting op gezocht wordt;

1. De continue en toekomstige veranderingen in de zorg die effecten hebben op zorgvastgoed. Specifiek de transitie naar meer zorg thuis; en
2. het ontbreken van kennis en tools om afgewogen besluiten te nemen ten aanzien van vastgoedstrategieën, investeringen en toekomstscenario’s.

ad 1. Met een omvang van 40 miljoen vierkante meter en ruim 50 miljard aan waarde is de zorgvastgoedsector in Nederland enorm. Uit eerdere onderzoeken blijkt dat de financiële opgave voor de verbetering en verandering van vastgoed in de miljarden loopt (Balen, 2021). De meerderheid van het vastgoed in de langdurige zorg is meer dan 30 jaar oud en komt voort uit oude zorgstelsels, financieringen en visie op zorg.

ad 2. Tools zijn beschikbaar, net als platformen voor kennisdeling en adviesorganisaties die zich buigen over vastgoedthema's in de zorg. Bestuurlijke ervaring met vastgoed is echter beperkt. Zorg-experts en experts op bedrijfsvoering treden veelal in het hoger management of bestuur. Huisvesting en facilitaire afdelingen binnen instellingen zijn meer gericht op de facilitaire kant en dienstverlening in de zorg.

1.4 Doelstelling

Met het onderzoek wordt beoogd raden van besturen en hoger management in zorginstellingen van praktische en toepasbare afwegingskaders te voorzien om onderbouwde strategieën voor hun vastgoedorganisaties in te richten, die aansluit bij de doelstellingen en strategie van de organisatie.

1.5 Centrale onderzoeksvraag

Om te komen tot een helder afwegingskader is de volgende centrale onderzoeksvraag geformuleerd:

Welke factoren zijn van belang bij het kiezen van een vastgoedstrategie in de zorg bij de transitie naar meer zorg thuis en wat is effect van de gekozen strategie?

1.6 Onderzoeksvragen

De theoretische en praktische vertaling van de hoofdvraag gaat in op concrete vragen die Raden van Besturen zich stellen bij opstellen van hun vastgoedstrategieën. Vragen zoals: moet een zorginstelling zelf investeren in zijn vastgoed en zorg middels zzp blijven aanbieden, of de focus verschuiven naar vpt/mpt en op een andere wijze met zijn vastgoed om gaan zoals commercieel/maatschappelijk verhuur, of vastgoed geheel outsourcen en de focus van de organisatie verschuiven? De vragen gaan in op de strategie van zorginstellingen. Met focus op type cliënt en zorg, maar ook op vastgoed-gerelateerde vraagstukken die samenhangen met bijvoorbeeld de samenstelling van hun vastgoedportefeuille. Onderzocht wordt met welke effecten beslissers rekening moeten houden bij het bepalen van strategie. Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zijn daarom de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- 1) Wat is de impact van de veranderende markt op organisatiestrategieën van zorginstellingen en welke factoren zijn van belang?
- 2) Op welke wijze kan strategisch vastgoedmanagement een bijdrage leveren binnen de gezondheidszorg (sector V&V) en welke factoren zijn van belang?
- 3) Hoe ziet een afwegingskader eruit om strategische keuzes te maken in de transitie naar meer zorg thuis?
- 4) Wat zijn de effecten van het afwegingskader op de bedrijfsvoering van een zorginstelling?

1.7 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

De onmisbare maatschappelijke functie van zorginstellingen maakt dat het van belang is een systeem te creëren waarin zij financieel gezond en robuust zorg kunnen leveren. Er zijn, zoals genoemd in paragraaf 2.1 van dit hoofdstuk, een aantal ontwikkelingen die zorgen voor een geleidelijke koerswijziging van zorginstellingen. Ten eerste is er de verzwarende van de zorg, politieke sturing op meer zorg thuis en het dunder worden van de zorg. Deze ontwikkelingen, de sturing vanuit de politiek en de daaropvolgende koerswijzigingen vragen om meer flexibiliteit van de vastgoedportefeuille dan mogelijk is.

Kennis en expertise op gebied van vastgoed is in de zorg beperkt. Gevolg daarvan is dat zij moeite hebben zich aan te passen aan maatschappelijke ontwikkelingen als het gaat om strategie op hun vastgoed. Het vastgoed volgt de ontwikkelingen niet snel genoeg en instellingen zijn niet opgewassen tegen de vele thema's die raakvlakken hebben met hun huisvesting.

In dit onderzoek worden bestaande theorieën over organisaties, strategisch management en vastgoedmanagement toegepast op de uitdagingen en eigenschappen van de zorgsector, om op die manier zowel wetenschappelijke kennis over zorgvastgoed te vergroten, als praktische handvaten te bieden aan bestuurders om een vastgoedstrategie te creëren die bijdraagt aan een gezonde en robuuste zorginstelling.

1.8 Leeswijzer

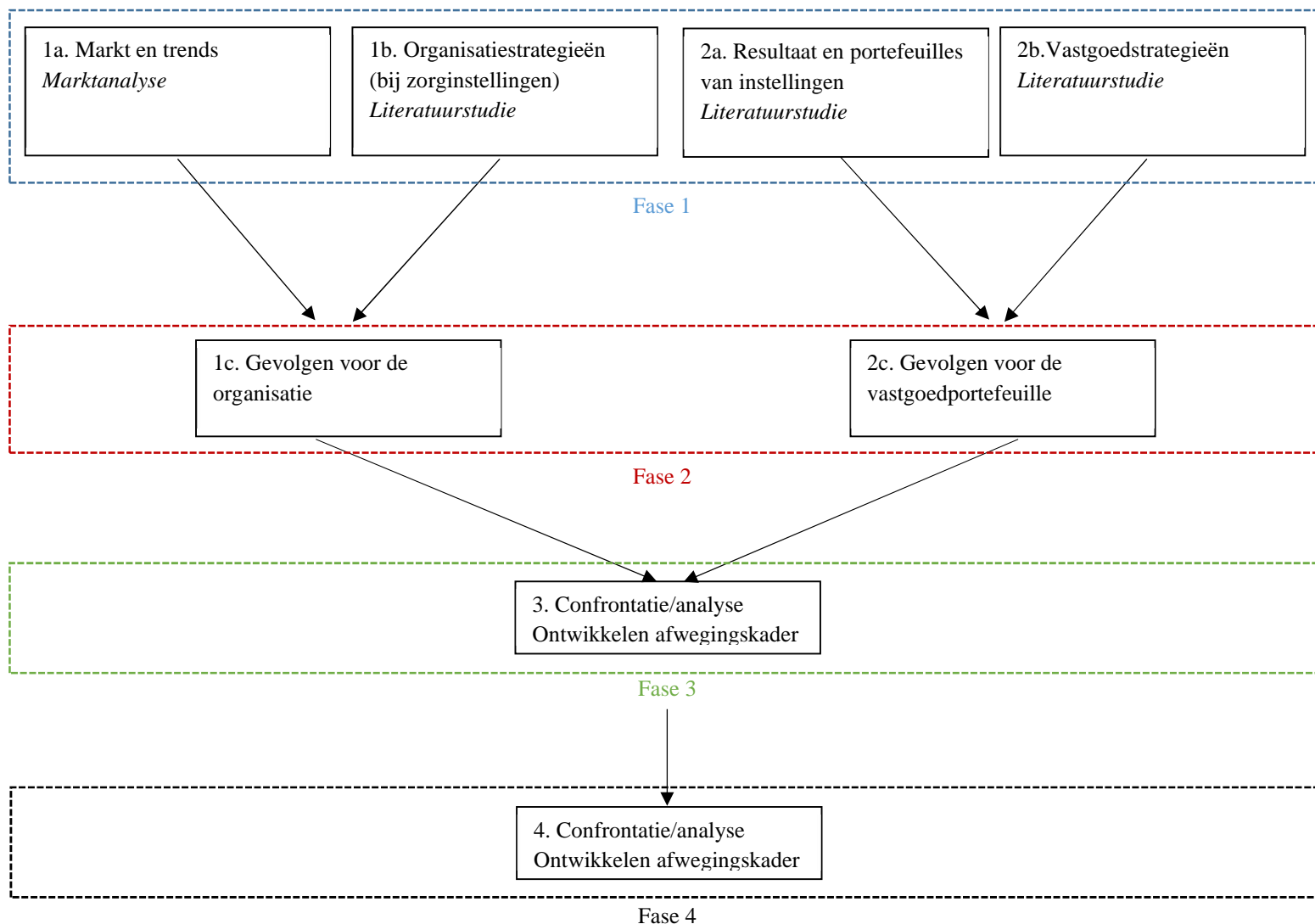
Dit onderzoek bestaat uit drie delen, de aanleiding (dit hoofdstuk), een toelichting op de gehanteerde onderzoeksmethode (hoofdstuk 2) en het theoretische doch praktijkgerichte onderzoek (hoofdstuk 3 tot en met 6). Hoofdstuk 3 gaat in op marktomstandigheden, trends en actualiteiten die relevant zijn voor de organisatiestrategie van zorginstellingen, hoofdstuk 4 leidt de theorie van CREM in en hoofdstuk 5 betreft de analyse van de doorgerekende scenario's. Ten slotte zijn in hoofdstuk 6 de conclusies van het onderzoek gepresenteerd en is een reflectie gegeven op de onderzoeksmethode en behaalde resultaten.

2 ONDERZOEKSMETHODE EN MODEL

In hoofdstuk 2 wordt de gebruikte onderzoeksmethode toegelicht. Hierin wordt beschreven welk type onderzoek gebruikt is, hoe het onderzoeksproces verlopen is en hoe uiteindelijk tot conclusies gekomen wordt.

2.1 Typering van het onderzoek

Er is gebruik gemaakt van beschrijvend onderzoek met ondersteuning van een casestudie, waarin begrip op de huidige trends en ontwikkelingen en de effecten daarvan op vastgoedstrategieën centraal staan. De onderzoeksvragen worden gestructureerd behandeld om conclusies te kunnen gebruiken en toetsen aan nieuwe theorie en uitkomsten van het onderzoek. De volgende structuur is gehandhaafd:



Figuur 2: Onderzoeksstructuur.

2.1.1 Onderzoeksfase 1

Twee onderzoeksvragen worden beantwoord in deze in deze fase. Met behulp van inzichten in de bevolkingsopbouw, het zorgstelsel, de ontwikkelingen in de zorgmarkt, bestaande theorieën over organisatiestrategieën en vastgoedstrategieën worden twee onderzoekspaden doorlopen. Pad 'A' leidt tot inzicht in de gevolgen voor de organisatiestrategie, pad 'B' leidt tot de gevolgen voor de vastgoedstrategie. Beiden hebben een beschrijvend karakter. Om beide paden parallel te kunnen beantwoorden is aangenomen dat organisaties de vraag uit de markt volgen, en dat resultaten en vastgoedstrategieën uitkomsten zijn van de organisatiestrategie.

2.1.2 Onderzoeksfase 2

In deze fase worden de uitkomsten van de twee eerste onderzoeksvragen geanalyseerd en worden de uitkomsten van onderzoeksvragen 1 en 2 met elkaar vergeleken. Dit teneinde een beeld te vormen of en op welke manier de theorieën aansluiten bij de praktijk.

2.1.3 Onderzoeksfase 3

Fase 3 van het onderzoek gaat in op de verschillen en/of overeenkomsten in uitkomsten van strategieën om een analyse te kunnen maken van relevante elementen uit de organisatiestrategie die impact hebben op de vastgoedstrategie. De analyse moet leiden tot inzicht in factoren die impact hebben op bedrijfsvoering van zorginstellingen. Deze factoren vormen basis voor een afwegingskader, met inzicht in aspecten waarop zorginstellingen invloed kunnen uitoefenen om de veranderingen naar meer zorg thuis in hun strategie te kunnen inbedden. Het afwegingskader vormt de basis voor de scenariostudie.

2.1.4 Onderzoeksfase 4

In fase 4 wordt een beknopte scenariostudie gedaan met uitkomsten van fase 3. Hiervoor wordt het huidige scenario aangevuld met veranderingen als gevolg van marktomstandigheden. Er wordt gemeten wat de impact van strategische keuzes is op financiële resultaten en ratio's.

2.2 Conceptueel model: Afwegingskader

Op basis van de onderzochte literatuur is een afwegingskader ontwikkeld dat zorgaanbieders kunnen gebruiken bij beslissingen die raakvlakken hebben met hun vastgoedportefeuille. Het afwegingskader laat zien welke aspecten bij de transitie naar meer zorg thuis en andere leveringsvormen van belang zijn en beslissingen beïnvloeden. Dit afwegingskader komt tot stand door de bevindingen uit bestaande literatuur te toetsen aan markt, trends en praktijkinzichten. Daarmee ontstaan beleidsinstrumenten voor zorgaanbieders, specifiek voor het sturen van hun vastgoedportefeuille.

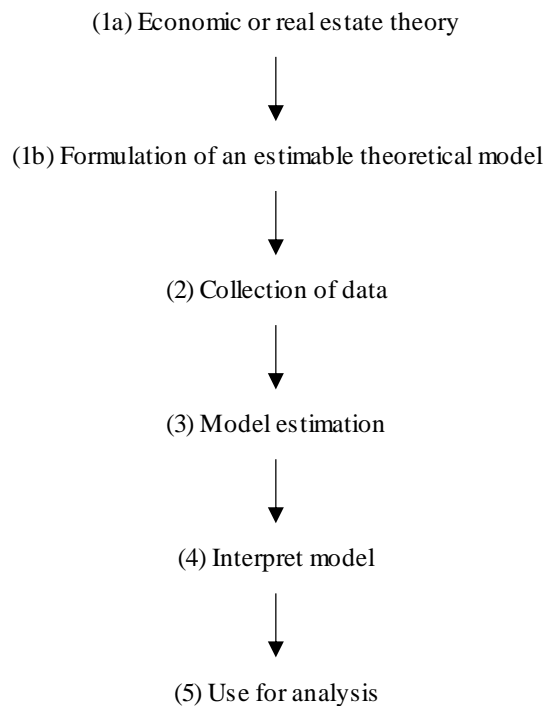
2.3 Overwegingen in de methodologie

Er is maar in beperkte mate openbare kwantitatieve data over de zorgmarkt. Daarom is het afwegingskader getoetst aan de hand van een casestudie. Deze casestudie is vormgegeven aan de hand van informatie over financiële resultaten van zorginstellingen. Deze data, die komt uit de jaarverslagen die zorginstellingen jaarlijks indienen bij de uitvoeringsinstantie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heeft geleid tot één voorbeeldcasus. Er is ten behoeve van de generaliseerbaarheid gewerkt met een hypothetische 'gemiddelde zorginstelling' op basis van 5 zorginstellingen in één zorgkantoor-regio. De instellingen zijn geselecteerd op basis van hun organisatieprofiel. Na controle van de instellingen binnen de zorgkantoor-regio op focus (ouderenzorg), activiteit (intramurale zorg, levering vpt/mpt) in de sector (V&V) zijn er willekeurig 5 gekozen. Het overzicht met jaarresultaten is in de bijlage bijgevoegd. Deze gemiddelde zorginstelling is gebruikt om het afwegingskader op de toekomstscenario's te toetsen. De toekomstscenario's worden gedefinieerd door input van de markt en trends te vertalen naar concrete scenario's. Er is gekozen voor deze wijze van onderzoeken om de methode te toetsen, zonder te focussen op mogelijk uitwijkende effecten op verschillende zorginstellingen. Een alternatief zou zijn om het afwegingskader te toetsen op één of meerdere zorginstellingen. Dit vereist een andere aanpak die meer gericht is op het onderzoeken van individuele verschillen of de effecten binnen een casus. In dit onderzoek is echter specifiek gekozen voor het toetsen van de methode op een gegeneraliseerde zorginstelling met als voornaamste

reden dat de trends, ontwikkelingen en verwachte effecten voor de gehele V&V sector gelden. De tweede reden is dat zorgaanbieders met behulp van het afwegingskader zelf hun beleidsvarianten kunnen uitwerken. Het is dus relevant een algemeen afwegingskader en strategie te definiëren en dat te toetsen op de methode, niet op de effecten voor de individuele zorgaanbieders.

De scenario-analyse is gebaseerd op de uitkomsten die strategieën kunnen hebben. De verschillende strategieën zijn uiteengezet met daarbij de verwachte effecten in de nabije en verre toekomst.

Het proces is uitgevoerd conform onderstaand schema. Dit schema gaat primair om het vormgeven van een econometrisch model, maar is versimpeld vanwege het ontbreken van data en de statistische aanpak. Data wordt in dit onderzoek enkel gebruikt voor het vormgeven van het basisscenario en uitgangspunten voor de scenario's. Er wordt geen statistische analyse gedaan op de uitkomsten van het onderzoek.



Figuur 3: Stappen bij vormgeven van econometrisch model, bewerking naar Brooks & Tsolacos (2010)

2.4 Kwalitatieve en kwantitatieve analyse, uitkomsten van de literatuur, getoetst in de casus

Bij het uitvoeren van de scenario-analyse wordt verondersteld dat verschillen ontstaan bij het uitvoeren van beleidskeuzes (strategieën). Deze verschillen worden onderling vergeleken en geanalyseerd om te bepalen wat het gemeten effect is. Ieder scenario dat uitgewerkt is, is vergeleken met het basisscenario, waarmee beoogd wordt inzicht te geven in de effecten van beleidskeuzes.

2.5 Opbouw van de gemiddelde zorginstelling, selecte steekproef

In dit onderzoek wordt beoogd een afwegingskader te definiëren dat toepasbaar is op alle zorgaanbieders in Nederland die ouderenzorg aanbieden, die gefinancierd wordt uit de Wlz. In de praktijk bieden zorgaanbieders vele vormen van zorg aan en zijn zorginstellingen in meerdere sectoren actief, bijvoorbeeld in Wmo en jeugdzorg. Het komt geregeld voor dat zorgaanbieders meerdere afdelingen hebben in verschillende sectoren. Het onderzoek is voor hen allen relevant, maar deze instellingen zijn vanuit de beschikbare data niet te onderscheiden van zorginstellingen die alleen verpleeghuiszorg aanbieden in de ouderenzorg (en dus binnen de doelgroep vallen). Om die reden is een selecte groep zorgaanbieders (5) gekozen waarvan geverifieerd is dat zij representatief zijn voor de doelgroep van het onderzoek.

Er is getoetst in hoeverre de selecte groep aansluit bij het landelijk gemiddelde (in 2020) van zorgaanbieders die vallen onder de codes SBI 8710, 87302 en 88101. Deze codes voor standaard bedrijfsindeling hebben betrekking op verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. Dit is de categorie zorgaanbieders die onder andere zorg levert uit de Wlz middels de zzp en vpt/mpt leveringsvorm. Het landelijk gemiddelde is bepaald door de totalen van verschillende financiële resultaten, ratio's en gegevens te delen door het totaal aantal instellingen. Daarbij is als basis genomen dat zorgaanbieders vallen onder de categorie 'middelgrote en grote ondernemingen'. Dit zijn ondernemingen met meer dan 10 werknemers, bedrijfsopbrengsten van minimaal 700.000 euro of een totaal activa van meer dan 350.000 euro. Het CBS berekende op basis van de DigiMV jaarset de resultaten (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022).

Het verschil tussen de selecte steekproef, en het landelijk gemiddelde was dusdanig groot dat niet met het landelijk gemiddelde is gewerkt. De gemiddelde omzet, activa en balanswaarde sluit niet aan bij de doelgroep waarvoor dit onderzoek relevant is. Het gemiddelde van de steekproef geeft een realistischer beeld van de instellingen binnen de doelgroep.

Bij een selecte steekproef gelden uitkomsten strikt genomen alleen over de instellingen die in de steekproef vallen (Baarda et al., 2001). Echter kunnen toch, vanwege de markt waarin zij opereren, de wijze waarop zij gefinancierd worden en de opzet van vergelijking met het landelijk gemiddelde, uitspraken gedaan worden over de strategieën die zorgaanbieders in Nederland zouden moeten hanteren.

3 DE TRANSITIE NAAR MEER ZORG THUIS EN DE IMPACT OP DE ZORGORGANISATIE

In dit hoofdstuk, waarin wordt ingegaan op de analyse van de zorgmarkt, aanstaande veranderingen bij zorgaanbieders, strategieën van zorgaanbieders, wordt de volgende deelvraag van het onderzoek beantwoord:

- 1) Wat is de impact van de veranderende markt op organisatiestrategieën van zorginstellingen, welke factoren zijn van belang?

De beschreven organisatiestrategieën en de impact op de organisaties vormen daarmee het eerste deel van het theoretisch kader. Hiermee wordt ook de basis gelegd voor het afwegingskader.

3.1 Huisvesting in het Nederlands zorgstelsel

Het Nederlandse zorgstelsel is opgedeeld in vier wetten, die allen een specifieke toepassing hebben. De zorg die door een cliënt gevraagd wordt valt in de regel onder één van de vier wetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdwet. Deze wetten kennen alle vier een eigen financieringsstructuur. De Zvw betreft onder meer de huisartsenzorg, de eerstelijns zorg waar cliënten zonder verwijzing terecht kunnen en de ziekenhuiszorg. De Wlz regelt het stelsel waarin cliënten belanden die een langdurig ziektebeeld vertonen. De bepaling van de benodigde zorg (indicatiestelling) gebeurt via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Dit betreft bijvoorbeeld veelal intramurale verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg voor alle leeftijden, maar ook (langdurige) thuiszorg valt hier onder. (Zorginstituut Nederland, z.d.). De Wmo regelt het stelsel waarin gemeentes mensen met een beperking ondersteuning bieden. De indicatiestelling gebeurt via gemeentes en zorginstellingen kopen zorg in via de gemeente. Dit betreft onder andere begeleiding en dagbesteding, mantelzorg en maatschappelijke opvang. Het kan voorkomen dat cliënten met een indicatie uit andere zorgwetten ook ondersteuning uit de Wmo krijgen. Ten slotte is er de Jeugdwet, waarin jongeren tot 18 jaar ondersteuning en hulp kunnen krijgen voor persoonlijke, opgroei-, en familie- en psychische problemen. Niet alle zorg aan jeugd valt onder de Jeugdwet. Jeugd die langdurig (intramurale) zorg ontvangt valt onder de Wlz. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016)

De Zvw is voor de volledigheid genoemd, maar wordt verder buiten beschouwing gelaten in dit onderzoek, omdat het geschetste probleem in de aanleiding niet geldt voor deze wet en financiering.

Zorginstellingen ontvangen, op basis van de indicatiestelling per cliënt en de daarbij behorende geleverde zorg, een vergoeding van de zorgkantoren of, bij de Wmo, van de gemeente. Afhankelijk van de indicatie, en dus de gevraagde zorg, kan er sprake zijn van een vergoeding voor huisvesting naast de vergoeding voor zorg. Dit geldt in basis voor cliënten die intramurale zorg krijgen. De meest voor de hand liggende zorg en in dit onderzoek gekozen sector is de verpleeghuiszorg voor ouderen (Verpleging en Verzorging). Bij de Wmo zien we deze huisvestingscomponent niet.

Bij cliënten in de Wlz en Jeugdwet kan dus sprake zijn van benodigde huisvesting. In de Jeugdwet is bij een indicatiestelling geen onderscheid in de vergoeding tussen huisvesting en zorg. Vanwege de irrelevantie van de Jeugdwet voor dit onderzoek wordt hier niet verder op ingegaan.

Voor de Wlz wordt in de totstandkoming van de tarieven wel onderscheid gemaakt tussen huisvesting en zorg. Er is sprake van een onderscheid in de zzp-vergoeding op drie onderdelen:

- Vergoeding voor de geleverde zorg: de zorgcomponent;
- Vergoeding voor de huisvesting: de zogenaamde nhc; en
- Vergoeding voor de inrichting: de zogenaamde nic.

De zorgzwaarte bepaalt de hoogte van de vergoeding.

Wanneer door de cliënt voor de leveringsvorm vpt of mpt gekozen wordt, krijgen zorginstellingen de geleverde zorg vergoed op basis van die methodiek en wordt geen vergoeding voor huisvesting uitgekeerd. De cliënt woont immers in een eigen voorziening (CZ Zorgkantoor, 2022). Wanneer een cliënt intern (intramuraal) bij een zorginstelling woont, dan gaat het om een zzp-indicatie en ontvangt de instelling vergoeding voor de drie hiervoor genoemde componenten.

3.1.1 Uitgangspunt: Scheiden wonen en zorg en verzwaren van intramurale zorg

Het uitgangspunt scheiden wonen en zorg is na de introductie in 2013 gestart met het uitfasen van cliënten met indicatie zzp 1 en 2 uit de intramurale setting. Dit is gebeurd door het schrappen van de bekostiging voor huisvesting bij deze indicatiestellingen. In de jaren daarna is deze uitfasering ook ingezet voor zzp 3. Voor de indicatie zzp 4 geldt dat dit nog maar deels vergoed wordt. Het tarievenoverzicht van bijvoorbeeld Zilveren Kruis geeft voor de sector verpleging en verzorging, intramurale setting voor de ouderenzorg vanaf zzp 4 vergoedingen voor zorg en huisvesting. (Zilveren Kruis, z.d.).

Tabel 1: Voorbeeld tarief ZZZP4 en 5, (Zilveren Kruis 2023)

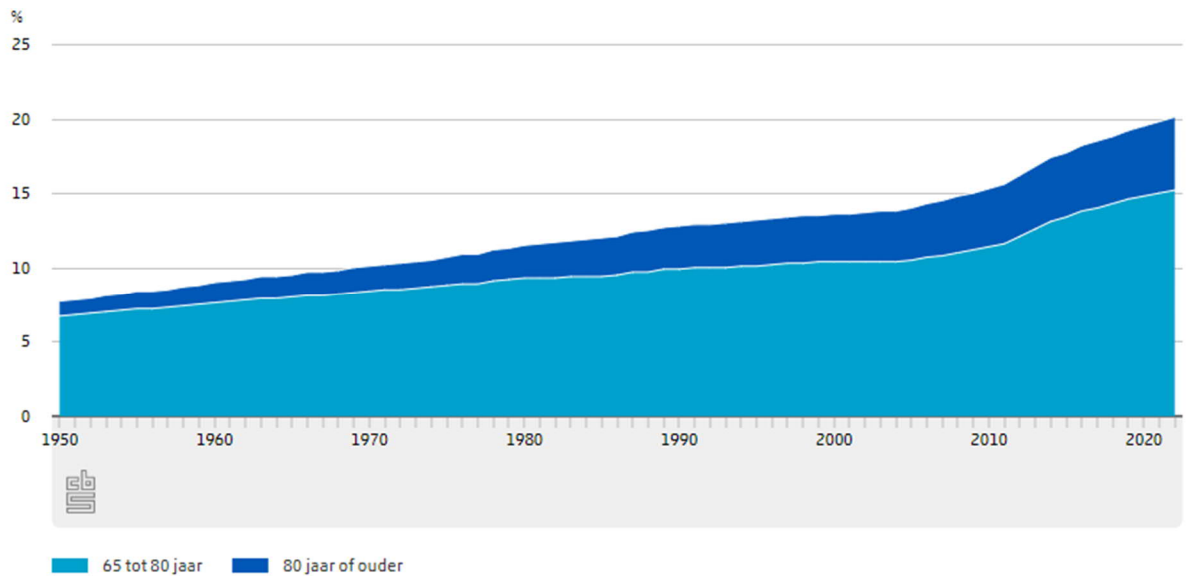
		Onderdeel vv	Loon en zorg	Nhc+nic	totaal
Intramuraal	ZN041	ZZP 4VV excl.BH incl.DB en incl. nbf	€ 135,25	€ 36,83	€ 172,08
Intramuraal	ZN043	ZZP 4VV incl.BH incl.DB en incl. nbf	€ 161,28	€ 37,62	€ 198,90

Hierbij is van belang dat het uitgangspunt scheiden van wonen en zorg betrekking heeft op het financieringsprincipe van de zorg. Cliënten kunnen nog steeds in een vergelijkbare setting (verpleeghuis, beschut wonen etc.) wonen en zorg ontvangen. De nhc en nic, die worden uitgekeerd bij intramurale zorg, zijn dan echter niet aanwezig.

Een gevolg van deze ontwikkelingen is de verzwaren van de intramurale zorg. Immers, uit de ontwikkeling in de afgelopen jaren blijkt dat een lichtere zorgvraag (lagere zzp indicaties) niet intramuraal aangeboden kan worden, aangezien dit niet vergoed wordt. De verwachting voor de komende jaren is dat met de introductie van de vpt en mpt wederom zwaardere indicaties (meer delen zzp 4 en delen zzp 5 en zzp 6) niet meer intramuraal vergoed zullen worden (Gopal et al, 2022).

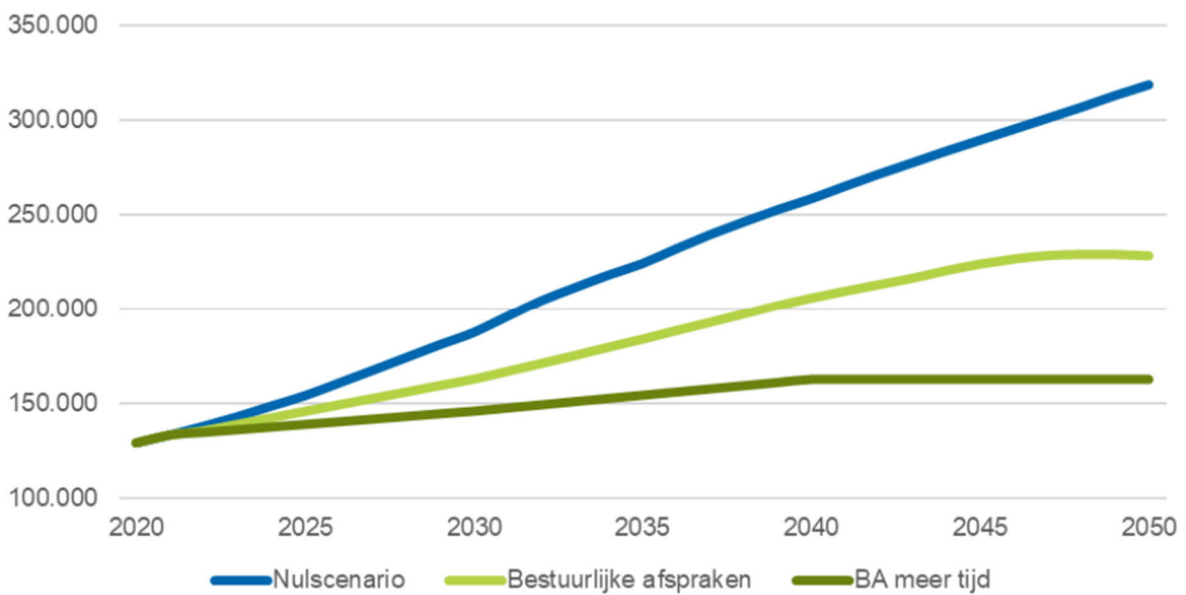
3.2 Prognoses van de V&V doelgroep (zzp 4 - 9, vpt, mpt)

Uit onderzoeken van het CBS en ABF Research blijkt dat de zorgvraag in de komende jaren toeneemt. (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022, Gopal et al., 2022). Uit onderstaande grafiek is af te lezen dat de aantallen in de sector V&V de afgelopen jaren fors zijn toegenomen. De belangrijkste oorzaak hiervan is de toename van de zorgvraag van 65-plussers. Dit komt met name door de dubbele vergrijzing. Met dubbele vergrijzing wordt bedoeld dat, enerzijds, mensen de komende jaren steeds langer blijven leven en anderzijds dat de algehele bevolking de afgelopen 50 jaar gestegen is. Hierdoor stijgt het percentage 65-plussers en daarmee ook de zorgvraag van deze bevolkingsgroep. (Figuur 4)



Figuur 4: CBS 2023, Dubbele vergrijzing, percentage ouderen in bevolkingsopbouw

ABF Research laat op basis van de demografische ontwikkelingen zien wat de prognoses zijn voor cliënten met indicaties zzp 4 tot 9. Dit is de categorie waar extramuralisering plaatsvindt en scheiden van wonen en zorg actueel is. Het ABF (Willems & Faessen, 2021) berekende dat, op basis van handhaven van het huidige beleid op zorg en wonen (wat onder andere gaat over de afspraken met woningcorporaties en woonsetting) en demografische ontwikkelingen, het aantal cliënten in de verpleeghuiszorg stijgt van 135.000 in 2020 tot 329.000 in 2050. (Figuur 4, 5 en 6)



Figuur 5: ABF 2022, groei cliënten verpleeghuiszorg, intramuraal verblijvende cliënten VV

Indicator	Nulscenario	Bestuurlijke afspraken	Bestuurlijke afspraken kosten meer tijd
ZZP 4	44.000	0	0
ZZP 5	175.000	141.000	94.000
ZZP 6	74.000	60.000	40.000
ZZP 7	30.000	30.000	30.000
ZZP 8	4.000	4.000	4.000
ZZP 9	2.000	2.000	2.000
totaal	329.000	237.000	169.000

Figuur 6: ABF Research 2022 (pag 23), aantal cliënten per indicatie in 2050.

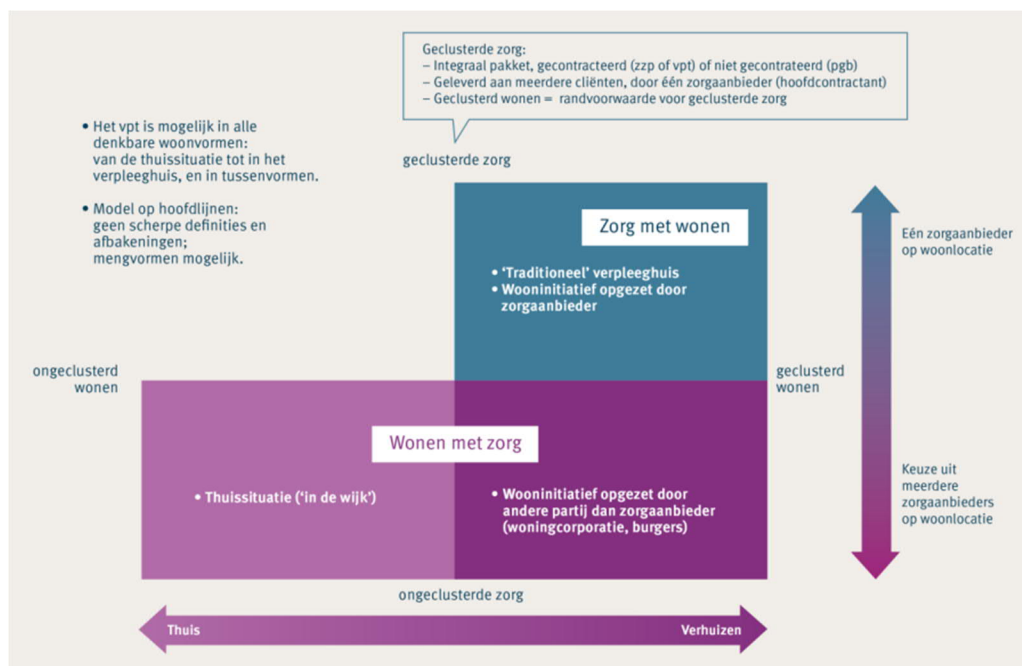
Uit de data blijkt de instroom (groei) van cliënten de komende 30 jaar:

	Wijkverpleging	Huishoudelijke hulp	Verpleeghuiszorg
2020	593.000	469.000	135.000
2030	759.000	612.000	194.000
2040	923.000	738.000	266.000
2050	1.034.000	822.000	329.000

Figuur 7: ABF Research 2022, ontwikkeling aantal cliënten VVT

3.3 Woonzorg: Passende huisvesting voor de zorg

Huisvesting voor cliënten binnen de Wlz kan op twee manieren georganiseerd worden (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022b). De eerste manier is ‘zorg met wonen’: zowel het traditionele verpleeghuis, als de intramurale instelling, als een wooninitiatief door de zorgaanbieder vallen hier onder. De tweede manier is ‘wonen met zorg’. Het wooninitiatief is dan opgezet door een andere partij, of de cliënt woont thuis. (Figuur 8)



Figuur 8 Woonvormen zorg zcp en VPT (Nederlandse Zorgautoriteit 2022b)

Hieruit blijkt dus dat passende huisvesting voor de hiervoor benoemde cliënten op meerdere manieren georganiseerd kan worden. Met de introductie van het vpt is ‘zorg met wonen’ nu anders te financieren. In dit concept kan een client nog steeds op een instellingsterrein wonen, maar is de cliënt in dit geval huurder bij de zorgaanbieder. Bij bekostiging volgens zzp is client afnemer van ‘woonzorg’, die in integrale overeenkomsten wordt vastgelegd tussen cliënt en zorgaanbieder. Intramuraal conform Wlz kan alleen middels zzp gefinancierd worden. “Het gaat bij verblijf om wonen in een instelling die geschikt is om de zorg te bieden waarop de verzekerde is aangewezen.” (Zorginstituut Nederland, z.d.)

Initiatieven onder ‘Wonen met zorg’ betekenen in ieder geval dat cliënt zorg afneemt bij een zorgaanbieder en zelf huisvesting organiseert. Dat kan door te blijven wonen in de eigen woning, of te verhuizen naar een woning die geschikt is voor de gevraagde zorg. Hierbij treedt altijd een partij op als verhuurder richting cliënt of is cliënt zelf eigenaar van de woning. De leveringsvorm vanuit de Wlz is dan altijd vpt of mpt (en eventueel aangevuld met andere zorg). Indien client huurt van de zorgaanbieder valt dat niet onder het begrip intramuraal, aangezien die term gerelateerd wordt aan de bekostigingssystematiek binnen de Wlz.

Het EIB becijferde (Elp, Zaal, & Zuidema, 2012) dat zorgvastgoed voor verpleeghuizen en verzorgingstehuizen tot 2030 met zo’n 8 miljoen vierkante meter moet toenemen (400.000m² per jaar). In deze berekeningen werd benoemd dat het scheiden van wonen en zorg aanstaande is, maar werd niet concreet gemaakt wat dit betekent voor zorgaanbieders. Ervan uitgaande dat de groei van cliënten en de vraag naar huisvesting niet verandert, is het dus de vraag op welke wijze de extra vierkante meters voor de gevraagde zorg ontwikkeld worden en wie dit voor zijn rekening neemt. Samenwerkingen tussen woningcorporaties, zorgaanbieders en gemeenten, en particuliere initiatieven dragen zorg voor een juiste verhouding van nieuw zorgvastgoed die past bij de gevraagde zorg en de gewijzigde bekostigingssystematiek.

3.4 Conclusie: effecten van transitie naar meer zorg thuis

In de paragrafen 1 tot en met 4 is ingegaan op de effecten van de demografische ontwikkelingen en de effecten daarvan op de sector verpleging en verzorging, in de context van het huidige zorgstelsel en de Wlz. Daarbij is de sturing op meer zorg thuis en het scheiden van wonen en zorg vanuit het regeerakkoord als kader aangehouden. De gevolgen van deze transitie zijn op drie punten concreet zichtbaar.

De verzwaring van de zorg in intramurale setting is het eerste aspect dat voor uitdagingen bij zorginstellingen zorgt. Het uitfasen van de lagere zzp’s binnen de zorginstellingen zorgt ervoor dat investeringen nodig zijn om de zorg aan zwaardere zzp’s binnen hetzelfde verzorgingstehuis te kunnen leveren.

Het tweede aspect dat van belang is wordt gestuurd door de opkomst van de leveringsvormen vpt en mpt. Een opkomst is zichtbaar van deze leveringsvorm, die zowel een bedreiging vormt als een kans voor bestaande zorginstellingen. De bedreiging wordt gezien in het licht van de zorgverzwaring zoals hiervoor benoemd. De kans wordt gezien in de algehele groei en vraag naar zorg tot en met 2050.

Dit laatste aspect, de algehele groei, zorgt voor een forse toename in woonlocaties voor de sector V&V. Het gaat hierbij om meer dan een verdubbeling van het aantal plaatsen. Deze groei, in brede zin, is een collectieve opgave voor zorginstellingen en andere partijen die gerelateerd zijn aan wonen en zorg (in eerste instantie wordt gedacht aan woningcorporaties).

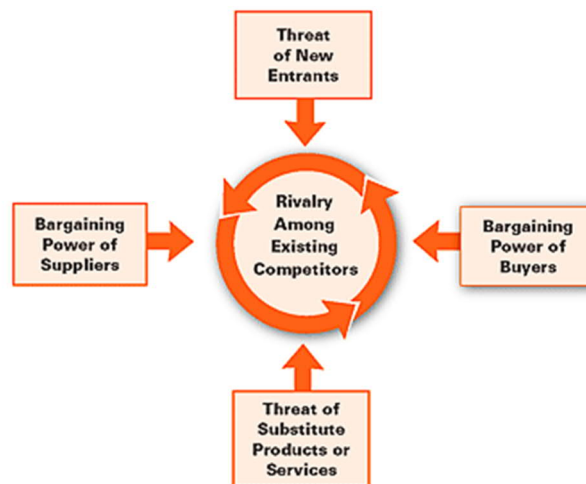
Deze drie aspecten, die als toekomstperspectieven gezien kunnen worden, zijn in dit onderzoek gebruikt om de effecten op de vastgoedportefeuilles in kaart te brengen. Op basis van deze ontwikkelingen is het toekomstscenario uitgewerkt.

3.5 Organisatiestrategie voor zorginstellingen

In de voorgaande paragrafen is toegelicht welke ontwikkelingen de strategieën van zorginstellingen beïnvloeden. Op basis van deze bevindingen wordt een analyse gemaakt van huidige opvatting op organisatiestrategieën en hoe deze te koppelen zijn aan de trends en ontwikkelingen en de markt. Dit wordt gedaan aan de hand van de 5 competitive forces van Michael Porter (2008), de driving forces van Tregoe en Zimmerman, en de ‘generic strategy’s’ van Porter uit 1985.

Hoewel zorginstellingen niet in een commerciële markt opereren, is de zorgsector wel onderhevig aan marktwerking. Aanbieders van zorg beconcurreren elkaar, en maken daarbij keuzes in hun strategie. Voorbeelden hiervan zijn keuze voor levering in een bepaalde regio en focus op één of meerdere cliënten met specifieke behandelingen of ziektebeeld. Zorginstellingen zijn daarbij zelf verantwoordelijk voor het behaalde (financiële) resultaat en richten hun bedrijfsvoering daarop in. Gesteld kan worden dat marktwerking in de zorg succesvol is, omdat het tot meer efficiënte zorg heeft geleid (Jeurissen & Maarse, 2021) en dat dit een uitkomst is van meermaals gewijzigde strategie. De ervaringen en resultaten van de afgelopen 16 jaar zullen er daarom toe leiden dat zorgaanbieders nog meer zullen nadenken over hun strategie en competitieve voordelen.

Porter constateert dat in markten waar bedrijven elkaar beconcurreren sprake is van vijf krachten die ertoe leiden het winstpotentieel van een markt te bepalen (Porter, 2008). Van deze vijf zijn er twee van groot belang in de zorg: de macht van leveranciers en de macht van afnemers. De macht van leveranciers leidt tot operationele effectiviteit, waarvan Porter meent dat dit wederzijds destructief is. Deze operationele effectiviteit zou tevens leiden tot uitputting, in dit geval van zorgaanbieders, die alleen gestopt kan worden door beperking van de concurrentie (Porter, 1996). Deze kracht is van belang, omdat dit effect duidelijk zichtbaar is en relatie heeft met vastgoed in de zorg. Bij de nhc is namelijk sprake van een tariefdaling die gestuurd wordt door de overheid. Dit komt niet tot stand door vraag en aanbod. “De aangekondigde daling van tarieven resulteert wel in lagere opbrengsten, met direct invloed op het resultaat en dus op de financierbaarheid van zorgorganisaties” (AAG, 2022). Zorginstellingen staan hier spreekwoordelijk met de rug tegen de muur, aangezien zij qua inkomsten volledig afhankelijk zijn van de leveranciers en niet van de afnemers van zorg.



Figuur 9 The Five forces that shape industry competition (Porter 2008)

Nourse en Roulac benoemen als randvoorwaarde voor het formuleren van een vastgoedstrategie die afgeleid is van de ondernemingsstrategie dat de ondernemingsstrategie helder en uitgesproken is (Nourse & Roulac 1993). Zij sluiten aan bij de negen strategische ‘drijvende krachten’ (driving forces) van Tregoe en Zimmerman (1980). Hierin zijn negen richtingen uitgewerkt die de kern van de ondernemingsstrategie vormen. Aangezien toekomstige marktontwikkelingen de vastgoedbehoefte bepalen is het driving force model een goede manier om richting te geven aan de strategie.

Twee van deze negen krachten zijn relevant wanneer naar zorgaanbieders gekeken wordt. Vanwege het feit dat opbrengsten vaststaan wordt zeer strak gestuurd op resultaat en bedrijfscontinuïteit (driving force 9). Uit interne stukken van zorginstellingen blijkt bijvoorbeeld dat zij in de afgelopen jaren onder verscherpt toezicht stonden, en strak sturen op bedrijfsvoering en financiële resultaten. Een veelgehoord thema dat jaarlijks terugkomt in koersprogramma’s en plannen voor opvolgende jaren is ‘bedrijfsvoering op orde’. Deze drijvende kracht gaat hand in hand met de vierde: productiemogelijkheden. Zorginstellingen zoeken continue naar verbetering van de zorg binnen de mogelijkheden die zij hebben. Goed voorbeeld hiervan is de inzet van zorgtechnologie en domotica, de toepassing van elektra en huisnetwerken ten behoeve van de automatisering van processen in en om een woning.

4 VASTGOEDSTRATEGIEËN BIJ ZORGORGANISATIES

In hoofdstuk drie is het eerste deel van het theoretisch kader behandeld. Dit heeft de input gegeven voor het eerste deel van het afwegingskader, namelijk de organisatiestrategie van de zorginstelling. In het tweede deel van het theoretisch kader wordt ingegaan op CREM bij zorgaanbieders. Met behulp van literatuur over het onderwerp wordt vorm gegeven aan het tweede deel van het afwegingskader: de beleidsvarianten op vastgoedstrategieën. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvragen:

- 2) Op welke wijze kan strategisch vastgoedmanagement een bijdrage leveren binnen de gezondheidszorg (sector V&V) en welke factoren zijn van belang?
- 3) Hoe ziet een afwegingskader eruit om strategische keuzes te maken in de transitie naar meer zorg thuis?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden word allereerst ingegaan op de wijze waarop zorgorganisaties hun financiële resultaten meten, en welke indicatoren van belang zijn voor de vastgoedstrategie. Daarna wordt relevante literatuur omtrent CREM behandeld.

4.1 Rapporteren van financiële resultaten van zorginstellingen

Zorginstellingen zijn verplicht te voldoen aan diverse eisen die de kwaliteit en continuïteit van een instelling waarborgen. In de Wlz staan zaken over de kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep en inrichting van de organisatie, maar niets over de financiële verantwoording van de bedrijfsvoering. Daarvoor zijn separaat afspraken gemaakt. Zorginstellingen dienen jaarlijks hun maatschappelijke verantwoording af te leggen over de bedrijfsvoering door hun financiële verantwoording aan te leveren bij DigiMV. Deze afspraken zijn vastgelegd in de Regeling openbare jaarverantwoording WMG, Regeling verslaggeving WTZi, Jaarverslaggeving RJ 655 en boek 2, titel 9 van het Burgerlijk Wetboek.

Een zorginstelling die volgens de WTZi toegelaten is en een vergunning heeft, mag in beginsel geen winst maken (hfst 3 WTZi). Om die reden zijn bijna alle zorginstellingen een stichting. Winsten die zij maken komen zo ten gunste van de (algemene) reserves en blijven binnen de zorginstelling. Dit perspectief wordt meegenomen in het overzicht en beoordeling welke meetresultaten van belang zijn.

De financiële verantwoording gebeurt op herkenbare wijze, waarbij jaarrekening en balansstructuur niet afwijken van de modellen zoals in het Besluit modellen jaarrekening. De meest gebruikelijke begrippen en ratio's in de zorgsector zijn hieronder opgesomd met als doel te onderzoeken of zij kunnen bijdragen aan het afwegingskader en daarmee te sturen op 'meer zorg thuis'.

Tabel 2: Financiële begrippen en ratio's

Begrip of ratio	Definitie	Relevantie
Omzet - bedrijfsopbrengsten	Dit betreft opbrengsten uit dienstverlening in de zorg. Het totaal aan gedeclareerde zorg.	Omzet is vooraf (voor besluitvorming) goed te bepalen vanwege vastgestelde tarieven en beperkte marges (kortingen zorgkantoren). Inkomsten voor vastgoed te herleiden uit zorgprestatie.
Kosten bedrijfslasten	Bestaande uit personeelskosten, afschrijvingen en overige bedrijfslasten.	Grootste kostenpost voor zorginstelling is personele last. Bedrijfslasten die relatie hebben met huisvesting worden in theorie geacht gelijk te zijn aan de nhc vergoeding (geprognostiseerde omzet).

Bedrijfsresultaat EBIT	Resultaat van bedrijfsopbrengsten minus bedrijfslasten.	Afschrijving en rentelasten worden gescheiden. Afschrijving onderdeel van bedrijfslasten, rentelasten onderdeel van financiële baten en lasten. Voor het onderzoek is daarom bedrijfsresultaat van minder relevant dan het nettoresultaat, aangezien integraal vergeleken wordt conform de nhc- regeling.
Nettoresultaat	Resultaat na aftrek van financiële baten en lasten.	
EV	Het totaal van kapitaal, bestemmingsfondsen, wettelijke, algemene en overige reserves.	T.b.v. solvabiliteitsratio's van belang.
Activa / passiva	Activa en passiva worden tegen de verkrijgingsprijs of vervaardigingsprijs opgenomen op de balans. In de zorg is dit de gebruikelijke wijze van activeren van investeringen in materieel vast actief.	Jaarlijkse afschrijving tot 'nul' conform nhc regeling vanaf verkrijgings- of vervaardigingsprijs. Werkelijke (taxatie-) waarde van vastgoed niet opgenomen op balans. Verschil leidt tot stille reserves in het vastgoed van zorginstellingen. Effect op de portefeuille wordt gemeten door de vaste activa te vergelijken.
Solvabiliteit	Eigen vermogen gedeeld door totaal van activa (balanstotaal). <i>Mogelijkheid twee: eigen vermogen gedeeld door het vreemd vermogen. Deze methode wordt niet toegepast aangezien de data uit de jaarverantwoording zorg niet toereikend is dit nauwkeurig te gebruiken.</i>	Door zorginstellingen in financiers wordt gestuurd op solvabiliteit.
Interest Coverage Ratio (ICR)	Bedrijfsresultaat gedeeld door de rentelasten.	Vanwege vastgestelde rentepercentages nhc niet van belang in vergelijking scenario's.
Debt ratio (DR)	Totaal van voorzieningen en schulden, gedeeld door totaal van activa (balanstotaal).	Relevant vanwege dotatie voorziening voor onderhoud, en aangaan rentedragende schuld bij financier.
Debt to Equity ratio (DER)	Totaal van voorzieningen en schulden, gedeeld door totaal van eigen vermogen (EV).	Relevant vanwege vermogenspositie zorginstellingen, en daarmee inzicht in externe financieringscapaciteit.
Debt Service Coverage Ratio (DSCR)	Bedrijfsresultaat (zonder afschrijving) gedeeld door het totaal van rente en aflossingen.	Voorname van belang bij zakelijk/extern gefinancierde zaken. Omdat hier met een gestandaardiseerd percentage gewerkt wordt conform nhc, minder relevant voor de uitkomsten van het onderzoek. In de praktijk echter wel

		sturing mogelijk en relevant voor betaalbaarheid van financiering.
Werkkapitaal	Vlottende activa (incl. liquide middelen) minus kortlopende verplichtingen. Of: Vlottende actieve (minus liquid middelen) minus niet-rentedragende schulden.	Het doel van het onderzoek is niet toetsen of gedane investeringen mogelijk zijn of voor (toekomstige) betalingsproblemen zorgen. Om de reden wordt werkkapitaal niet verder gebruikt.
Current ratio	Vlottende activa (incl. cash) minus kortlopende verplichtingen.	Net als het werkkapitaal zegt deze ratio iets over het kunnen nakomen van betalingsverplichting op de korte termijn. Dit is daarom niet relevant voor het onderzoek.
Ltv	1: Het totaal aan rentedragende schuld gedeeld door het totaal aan activa. 2: het totaal aan rentedragende schuld gedeeld door het totaal aan vaste activa (vanuit vastgoedgedachte waarde schuld gedeeld op waarde vastgoed).	Alleen toe te passen in de ratio waarbij schuld gerelateerd wordt aan de balanswaarde van de activa. In de data uit jaarverantwoording zorg blijkt onvoldoende wat de (getaxeerde) vastgoedwaarde is. Binnen de nhc is uitgangspunt dat investeringen met 30% eigen vermogen gefinancierd worden, en 70% met vreemd vermogen. Dit geeft de basis voor een enkele investering, de werkelijke, actuele LTV is op portefeuilleniveau niet te achterhalen zonder specifieke informatie bij zorginstellingen op te halen. Er wordt aangenomen dat langlopende schulden rentedragend zijn om het vergelijk te kunnen maken.
Return on assets (ROA)	(Rendement op activa) Netto resultaat gedeeld door materiele activa.	Mogelijk relevant voor bepaling van resultaat van investering. Dan anders interpreteren, niet balanstotaal maar investeringstotaal. = <i>businesscase vergelijk</i> .

4.2 Conclusie financiële indicatoren voor afwegingskader

In deze paragraaf is besproken dat zorginstellingen op een uniforme manier rapporteren over hun financiële resultaten. Daarbij gebruiken zij, en andere partijen die de financiële posities van zorgaanbieders beoordelen, dezelfde begrippen en ratio's. Uit het vergelijk van deze begrippen en ratio's is naar voren gekomen dat voor het afwegingskader en sturing op strategie de volgende aspecten van belang zijn:

Bedrijfsresultaten en waarden:

- 1) Bedrijfsopbrengsten, die directe relatie tonen met de geleverde zorg en zzp-indicaties van de cliënten.
- 2) Bedrijfslaten, die grotendeels veroorzaakt worden door het inzet van personeel t.b.v. de gevraagde zorg.
- 3) Nettoresultaat, dat inzicht geeft in het resultaat van de zorginstelling, nadat aan alle financiële verplichtingen is voldaan.

- 4) Het eigen vermogen t.b.v. de bepaling van solvabiliteitsratio's.
- 5) Activa/passiva, waarbij met name van belang is dat activa tegen verkrijgings- of vervaardigingswaarde op de balans gezet wordt.

Financiële ratio's

- 1) Solvabiliteit
- 2) Debt Ratio
- 3) Debt to Equity Ratio
- 4) LTV
- 5) Return on Asset

Met de 5 onderdelen uit bedrijfsresultaten en waarden kunnen scenario's uitgewerkt worden bij de impact van de genoemde marktontwikkelingen, en keuze voor bepaalde strategieën. De uitkomsten van de scenario's kunnen gemeten worden door de financiële ratio's te analyseren.

4.3 CREM: Theoretische achtergrond

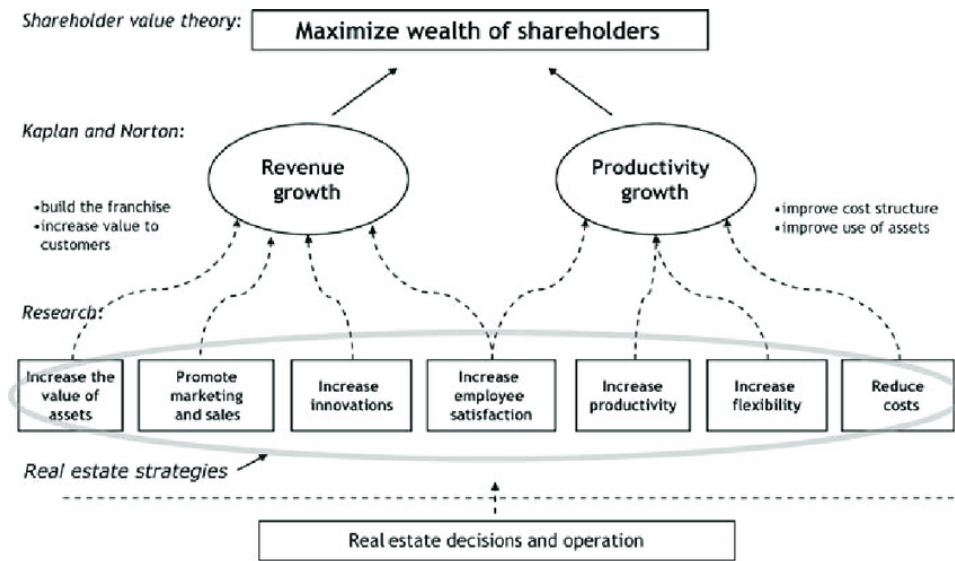
Om te kunnen verklaren wat CREM betekent voor zorginstellingen is het belangrijk een goed begrip te hebben van de verschillende opvattingen en literatuur omtrent dit thema. Met name in het vormgeven van strategieën zijn verschillende opvattingen ontstaan. Desalniettemin is er wel consensus over de definitie van CREM. In dit onderzoek wordt de definitie van De Jonge et al. aangehouden:

'Het geheel van activiteiten om het organisatievastgoed optimaal bij te laten dragen aan de organisatieprestatie' (De Jonge et al., 2006).

Het toepassen van de organisatiestrategie (hoofdstuk 3) op de vastgoedstrategie is daarmee samengevat CREM. Deze opvatting past zeer goed bij hoe zorgaanbieders tegen het bezit en exploitatie van vastgoed aan kijken: Zorg is het primaire proces, vastgoed moet dit volledig ondersteunen. In tegenstelling tot commerciële partijen en vastgoedbeleggers ligt in de zorgsector nog minder de nadruk op het 'geld verdienen met vastgoed'. Vastgoed moet in dat aspect dus waarde toevoegen. Porter definieert waarde in de zorgsector als volgt: 'Patient outcome per dollar spent' (Porter, 2013). Impliciet geeft dit aan dat lage kosten bijdragen aan optimaal zorgrendement.

De theorie beschrijft meerdere strategieën die bestuurders van zorgaanbieders kunnen toepassen. De bijdrage van vastgoed aan het bedrijfsresultaat werd voor het eerst beschreven door Nourse en Roulac (1993) en Joroff, et al. (1993). Nourse en Roulac constateerden dat er verschuiving was van 'deal-making' naar een strategische houding t.o.v. vastgoed. Op basis van de driving forces van organisaties komen zij tot 8 vastgoedstrategieën, die zij opvolgend vertalen naar beslissingen in bedrijfsvoering van vastgoed. Een belangrijk aspect van hun onderzoek is dat zij constateren dat implementatie van strategie en keuzes op vastgoed een onderhandeling is binnen de organisatie. Zij beseffen zich daarmee dat tegengestelde belangen de strategie kunnen dwarsbomen, of dat meerdere strategieën uitgevoerd worden. Naast het onderzoek van Nourse en Roulac is het onderzoek van Joroff et al. relevant. Hij benoemde vastgoed als één van de vijf bedrijfsmiddelen in zijn model (naast arbeid, informatie, technologie en vermogen). Voor zorgaanbieders betekent dit dat de gekozen zorgstrategie direct effect heeft op het vastgoed dat zij bezitten.

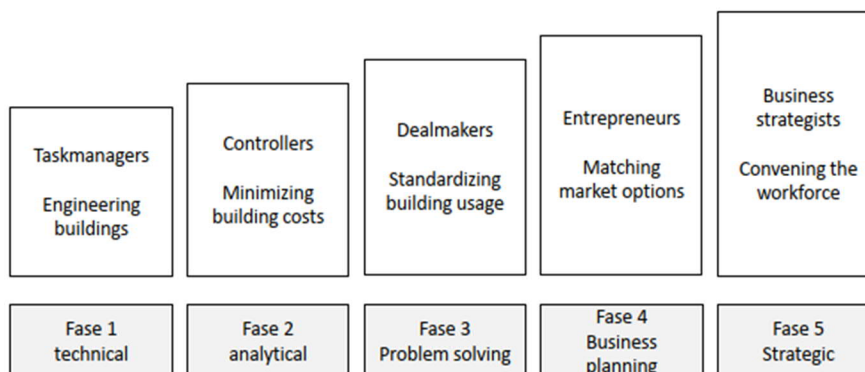
De zeven strategieën die Lindholm et al. beschrijven op basis van de twee core business performance levels (groei van winst/resultaat, groei van omzet, Kaplan en Norton, 1992) zijn praktische instrumenten die helpen de koers van de vastgoedorganisatie te bepalen (Lindholm et al. 2006). Zij gebruiken het onderzoek van Nourse en Roulac (1993) als basis voor uitwerking naar creatie van waarde middels vastgoed. De zeven strategische keuzes met betrekking tot vastgoed zijn: waardeverhoging van assets, promotie marketing en sale middels vastgoed, versnellen van innovatie, tevredenheid van medewerkers, productiviteitsverbetering, flexibiliteitsverbetering en kostenreductie. Zie hiervoor ook figuur 9.



Figuur 11: Lindholm (2006): 7 vastgoedstrategieën op de 'shareholder value' theorie van Kaplan en Norton .

4.4 De 'professionele vastgoedafdeling'

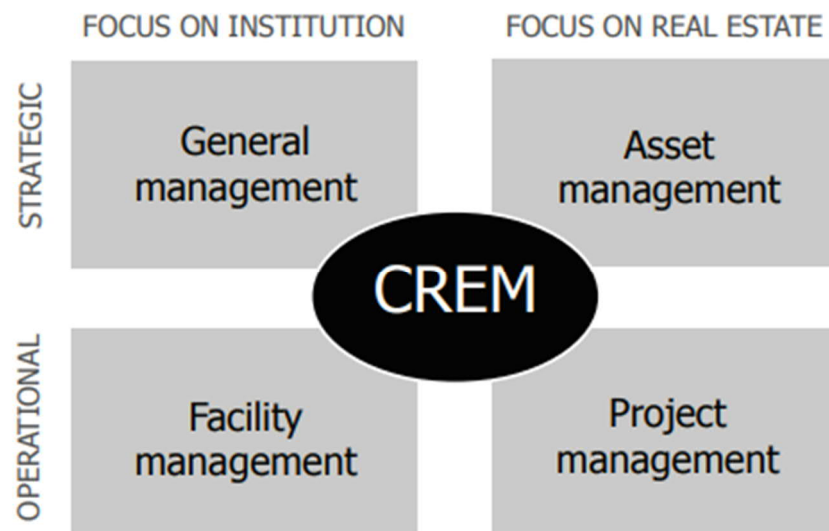
In de praktijk gaan zorginstellingen op veel verschillende wijzen met hun vastgoed om. Er zijn geen studies bekend die in kaart brengen wat het verschil is tussen de omvang van de vastgoedafdeling, de kwaliteit van de afdeling en de portefeuille en de behaalde vastgoedresultaten. De vraag of zorginstellingen op een professionele manier opereren is dus ook vooral een ervaring uit de praktijk. Om echter aan te kunnen sluiten bij de theorie wordt verondersteld dat de vastgoedafdelingen, Raden van Besturen (hierna: RvB), of besluitnemers binnen de organisatie op strategisch niveau kunnen denken en opereren. Dit veronderstelt dat de vastgoedafdelingen van zorginstellingen geprofessionaliseerd zijn. Het *Maturity Model* van Joroff, Lambert en Louargand (1993) helpt bij het begrijpen of dat ook daadwerkelijk zo is. Joroff maakt onderscheid in vijf verschillende niveaus (fasen) van acteren binnen de organisatie. De fasen van 'volwassenheid' hebben hier betrekking op de mate waarin organisaties hun resultaat en efficiency verbeteren en daarop kunnen sturen (Wijnja, Voordt & Hoendervanger, 2021). In fase 5 gebeurt dit door strategisch denken en handelen. Het doel van dit onderzoek sluit aan bij dit niveau van denken. Voor het juist toepassen van het ontwikkelde afwegingskader is daarmee als randvoorwaarde gesteld dat zorginstellingen moeten opereren op dit niveau. Joroff beschrijft de kerntaken van *business strategists* als: "Anticipeert op trends die relevant zijn voor het bedrijf, monitort en meet de impact van trends, draagt bij aan de waarde van een bedrijf in zijn geheel door te focussen op de missie van het bedrijf in plaats van sec op vastgoed." (Joroff, Lambert & Louargand, 1993)



Figuur 12: Joroff maturity, bewerking velema

De Jonge (1996) schrijft ook over de verschillende niveaus van CREM. Dit past goed bij het volwassenheidsmodel van Joroff (1993). Daarbij is te analyseren in hoeverre zorgaanbieders op welk niveau acteren en waar de activiteiten van de vastgoedafdeling op gericht zijn. Wanneer aangenomen wordt dat de vastgoedafdelingen volgens fase 5 acteren, dan zullen zij zich bezighouden met strategische vraagstukken. Volgens De Jonge betreft dit *General management*, en *Asset management*. De aspecten die in het afwegingskader worden opgenomen sluiten dus ook aan bij dit niveau van acteren. Dewulf, Krumm en De Jonge (2000) breiden de definitie van strategisch management uit met de toegevoegde waarde van CREM op de vastgoedportefeuille. Met die constatering is een tweedeling ontstaan in de zorg- en ondernemingsstrategie, die vooral aansluit bij het General management van een zorginstelling, en de vastgoedstrategie. In het afwegingskader kan dit vertaald worden naar twee niveaus van beslissingen. Waarbij de koers van de organisatie invloed heeft op de beslissingen omtrent vastgoed.

Wanneer op de hiervoor benoemde wijze doorgeredeneerd wordt, betekent dit in de praktijk dat het vormgeven van de strategie op organisatie en zorg niet zomaar door de RvB of de vastgoedafdeling kan gebeuren. De impact van beslissingen op de strategie heeft effect op de vastgoedportefeuille, en vice-versa. De huidige portefeuille en organisatie (met name de financiële prestaties) heeft effect op de strategie doordat deze beperkingen meegeven aan bijvoorbeeld de investeringscapaciteit en financierbaarheid en een uitkomst zijn van keuzes uit het verleden (Stoop, 2018).



Figuur 13: CREM focusgebieden (De Jonge, 1996. Bewerking Arkesteijn, 2016)

4.5 Vastgoedstrategieën die passen bij organisatiestrategieën voor ‘meer zorg thuis’

De zeven strategieën van Lindholm zijn in het perspectief gezet van de trends, ontwikkelingen en organisatiestrategieën die in hoofdstuk 3 beschreven zijn. Dit met als doel te bepalen welke vastgoedstrategieën relevant zijn om in de uitwerking van de scenario's op te sturen en het beoogd effect te bepalen. De vastgoedstrategieën zijn daarna gekoppeld aan de benodigde informatie over het financieel resultaat en de ratio waarmee wijzigingen als gevolg van de strategie gemeten kunnen worden.

Tabel 3: strategieën met beoogde effecten op bedrijfsvoering en resultaat.

Strategie	Analyse i.r.t. markt, trends en organisatiestrategie (hfst. 3)	Beoogd effect met uitvoering strategie	Resultaat meten
Waardeverhoging van assets	Een passende strategie wanneer ingezet wordt op zorgverzwaring. Er moet	Toekomstwaarde van assets verhogen en beter aansluiten bij de vraag van	Waarde activa Debt-equity

	geïnvesteed worden in het vastgoed om te voldoen aan hogere eisen van zwaardere zzp's.	zorgorganisatie. Waarde zit dan in bedrijfswaarde (continuïteit en toekomstwaarde) en waarde van het vastgoed als object.	LTV
Promotie marketing en sale middels vastgoed	Deze strategie sluit niet aan bij de thema's die geconstateerd zijn. Er speelt meer in de markt, waaronder personeelsproblemen. Bij een dergelijk thema zou deze strategie aansluiting kunnen vinden. Hier wordt verder geen onderzoek naar gedaan.	-	-
Versnellen van innovatie	Hoewel innovatie op het gebied van zorgdomotica en ICT zeer actueel is, wordt in dit onderzoek niet ingegaan op dit thema. De strategie wordt daarom niet relevant geacht voor de toekomstscenario's die relatie hebben met meer zorg thuis, zorgverzekering, of algehele groei.	-	-
Tevredenheid van medewerkers	Behoud en aantrekken van personeel is zeer actueel in de zorgsector, maar geen onderdeel van dit onderzoek. Vandaar dit deze strategische richting niet getoetst wordt.	-	-
Productiviteitsverbetering	In het licht van zorginstellingen is dit een relevante strategie. In eerste plaats omdat vastgoed er voor zorgt hoe efficiënt en effectief personeel zorg kan verlenen aan cliënten. Ook blijkt hieruit dat sturing op productiviteit waardegedreven is en vastgoed dus moet aansluiten bij de organisatiestrategie.	Efficiency in vastgoed (object en portefeuille). Overbodige vierkante meters zijn uit den boze, vastgoed en portefeuille worden zo efficiënt mogelijk ingericht om de bedrijfsprocessen te ondersteunen.	Return on Asset <i>Hoger rendement (betere bedrijfsvoering) op de investering (des te lager), betekent hogere RoA.</i>
Flexibiliteitsverbetering	Lindholm beschrijft zowel zaken die met bedrijfsvoering te maken hebben (zoals bezettingsgraad) als met vastgoed (mix eigendom/huur). Met name dit laatste aspect is van belang	In de praktijk wordt de mix van huur/eigendom ingezet als mogelijkheid om flexibel te zijn (snel aanhuren, of voorraad verminderen) om in te kunnen spelen op actuele trends en	Niet te meten zonder inzicht in daadwerkelijke portefeuilles van zorginstellingen. Huur/eigendoms-mix kan in de

	wanneer flexibiliteit gewenst is.	ontwikkelingen. Het is echter de vraag in welke mate zorginstelling echt flexibel genoeg zijn om snel in te kunnen spelen op marktomstandigheden. Zij zijn afhankelijk van de beschikbare vastgoedvoorraad om flexibel te kunnen zijn, daarnaast zijn afspraken benodigd die ervoor zorgen dat afstoten van het gehuurde ook weer nodig is. Vanwege deze complexiteit en mismatch tussen praktijk en theorie wordt in dit onderzoek niet de effecten van flexibiliteit in kaart gebracht.	praktijk wel gemeten worden.
Kostenreductie	Strategie die op gebied van vastgoed met name focust op inzicht in de portefeuille en efficiënter gebruik van de gebouwen. Vertaald naar de V&V dan is bezettingsgraad cruciaal om op kosten per client te sturen.	Met kostenreductie wordt beoogd de kosten per client te verlagen.	Return on Asset

4.6 Conclusie: Vastgoedstrategie en theorieën CREM

In hoofdstuk vier is de rapportage van de financiële resultaten van zorginstellingen beschouwd met als doel de impact voor het afwegingskader te kunnen bepalen. Daarnaast is met behulp van relevante literatuur over CREM een analyse gemaakt van vastgoedstrategieën die passen bij zorginstellingen in de genoemde marktomstandigheden. Daarmee is antwoord gegeven op de deelvraag:

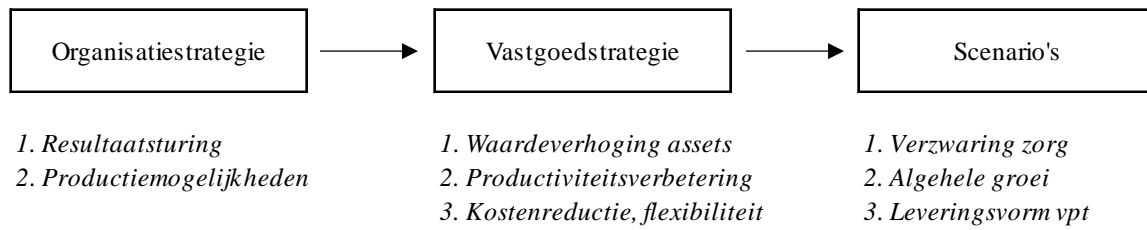
- 2) Op welke wijze kan strategisch vastgoedmanagement een bijdrage leveren binnen de gezondheidszorg (sector V&V), en welke factoren zijn van belang?

Als conclusie op deze vraag wordt gesteld dat er drie keuzes voor strategieën zijn waarbij het beoogd effect van de strategie passend is bij de hoofdvraag van het onderzoek, en de drie marktomstandigheden die onderzocht zijn. Deze vier strategieën uit de theorie van Lindholm (2005) zijn:

- 1) Waardeverhoging van assets, waarbij de waarde van assets verhoogd wordt door investeringen die aansluiten bij de vraag van de zorgorganisatie.
- 2) Productiviteitsverbetering, waarbij het gaat om meer resultaat uit hetzelfde vastgoed.
- 3) Kostenreductie, waarbij beoogd wordt de kosten per cliënt te verlagen.
- 4) Flexibiliteit, waarbij beoogt wordt met de vastgoedportefeuille aan te kunnen sluiten op veranderende omstandigheden.

Om tot deze drie geschikte strategieën te komen is aangenomen dat de zorginstelling acteert op niveau 5 van Joroffs maturity-model en wordt aangenomen dat de strategieën aansluiten bij de taken die vallen onder General management en Asset management zoals door De Jonge (2000) beschreven is.

De vertaling van organisatiestrategie naar vastgoedstrategie met passende scenario's is als volgt weer te geven:



Figuur 15: Schema 'van organisatiestrategie naar scenario's'

5 HET AFWEGINGSKADER IN SCENARIO'S

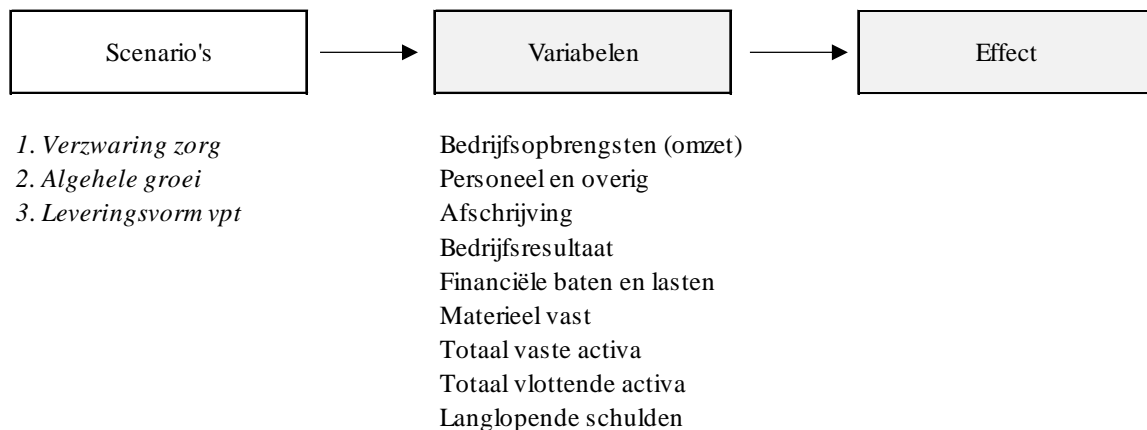
In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de totstandkoming van het afwegingskader en hoe dit vertaald kan worden naar scenario's. De drie vastgoedstrategieën die in hoofdstuk 4 als meest geschikt naar voren kwamen zijn in scenario's uitgewerkt. In deze scenario's is een beeld gegeven van de veranderingen die te verwachten zijn op de jaarrekening en balans. In hoofdstuk 5 wordt daarmee antwoord gegeven op de volgende deelvraag:

4) Wat zijn de effecten van het afwegingskader op de bedrijfsvoering van een zorginstelling?

Hiervoor is allereerst de strategische richting vertaald naar scenario's. Hiervoor zijn aannames gedaan en uitgangspunten gedefinieerd. Na doorrekening van de scenario's is onderzocht wat de effecten zijn van de strategische richting en of de uitkomsten passend zijn bij het afwegingskader.

5.1 Van strategie naar scenario's

Het afwegingskader leidt tot het kiezen van een strategie waarmee ingespeeld wordt op de verwachte marktomstandigheden. Er zijn voor drie toekomstmogelijkheden scenario's uitgewerkt en vergeleken met een basisscenario. Om de scenario's door te kunnen rekenen zijn per scenario aannames gedaan, waarbij zo veel mogelijk factoren ongewijzigd zijn gelaten ten opzichte van het basisscenario en het startjaar van de analyse.



Figuur 16: Uitwerking scenario's op variabelen

5.1.1 Samenstelling van de scenario-analyse: beleid vs. omstandigheden en methodiek

De scenario's zijn vergeleken over een periode van 10 jaar vanaf 2020. Deze periode is gekozen om aan te sluiten bij de data uit de onderzoeken van ABF Research, die inzicht geven in de ontwikkeling van de cliëntaantallen. Er is niet gekozen de scenariostudie door te zetten naar 2040 of 2050 vanwege de grote variatie die ontstaat binnen de mogelijkheden en sturing die een zorginstelling heeft. In de praktijk worden lange termijn huisvestingsplannen, of strategische huisvestingsplannen op periodes van 5 tot 10 jaar uitgewerkt. Daarbij is 2030 voor de zorg een goed ijkpunt vanwege het klimaatbeleid van de overheid (CO₂-reductie). De studies worden bij het doorzetten naar 2050 erg theoretisch en sluiten niet meer aan bij de praktijk. Een periode van 10 jaar is daarmee een overzichtelijke periode.

Bij het uitwerken van de scenario's is gebruik gemaakt van dezelfde variabelen. Afhankelijk van het scenario is de input gewijzigd. De belangrijkste uitgangspunten en wijzigingen zijn hierna toegelicht. In de bijlage is een uitgebreider overzicht gegeven van verschillen per scenario.

De scenario's bestaan uit daarmee uit onzekerheden en toekomst (o.b.v. marktanalyse van cliëntaantallen en prognoses) uit hoofdstuk 3 en beleidskeuzes op vastgoed (vanuit organisatie en vastgoedstrategieën) uit hoofdstuk 4.

5.1.2 Gemiddelde zorginstelling als uitgangspunt

Voor alle scenario's is de 'gemiddelde zorginstelling' als uitgangspunt gehanteerd. Daarbij zijn de jaarcijfers (resultatenrekening en balans) van vijf representatieve instellingen gecombineerd tot één instelling o.b.v. het gemiddelde. Op basis van dit gemiddelde is teruggerekend wat de omvang van de gemiddelde instelling is en aan hoeveel cliënten de instelling gelijktijdig zorg kan bieden (maximale capaciteit). Deze aantallen zijn verder gebruikt om de scenario's te wijzigen (bijvoorbeeld, de aantallen zzp4 cliënten omzetten naar de vpt leveringsvorm). Als uitgangspunt is daarbij genomen dat alle cliënten in de sector V&V opgenomen zijn. Op die manier kan dus ook de mutatie in zorg- en vastgoedopbrengsten bepaald worden.

5.1.3 Scenario 0: Basisscenario

In het basisscenario zijn de vastgestelde resultaten van 2020 en 2021 gecombineerd en doorgezet tot 2030. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat er steeds verder wordt afgeschreven op vastgoed doordat niet geïnvesteerd wordt. De impact van groot onderhoud en andere investeringen in vaste activa is niet meegenomen omdat de variatie daarin te groot is en niet inzichtelijk is hoe de gebruikte instellingen de komende jaren investeren.

Inkomsten en uitgaven worden geïndexeerd met één vast percentage. Dit is herleid uit de nhc, die jaarlijks met 2,5% geïndexeerd wordt (conform de Wlz). Afschrijvingen worden gecontinueerd, net als de financiële baten en lasten. Materiële vaste activa en langlopende schulden dalen als gevolg van de afschrijving en aflossing. Kortlopende schulden worden geïndexeerd, aangezien deze vooral voortkomen uit reguliere lasten en verplichtingen.

5.1.4 Scenario 1: Waardeverhoging assets leidt tot verzwaring van de zorg binnen de instelling

Het principe 'verzwaring van de zorg' is vertaald naar een andere verdeling van zorglevering. Zzp4 wordt geschrapt. Het aantal plaatsen binnen de instelling blijft gelijk, dus is met de verhouding van het scenario van ABF een nieuwe verdeling van cliëntaantallen gemaakt. Deze nieuwe verdeling (op 829 cliënten) leidt tot nieuwe inkomsten vanaf 2022. Aangenomen is dat de verandering direct plaats kan vinden. De verzwaring van de zorg leidt tot meer inkomsten en meer uitgaven, die voornamelijk in de personeelskosten terug te vinden zijn.

De afschrijving wordt gecontinueerd, aangezien geen nieuwe investeringen gedaan worden. Aan zowel de activa als passiva kant van de balans worden geen wijzigingen doorgevoerd.

5.1.5 Scenario 2: Productiviteitsverbetering leidt tot algehele groei van de instelling

In dit scenario wordt uitgegaan van een groei van 56 cliënten (berekende gemiddelde groei in Nederland per instelling). Om deze groei in 2030 te bewerkstelligen is een investering nodig. Hiervoor is een investeringsoverzicht gemaakt en middels een netto-contante waarde berekening een vastgoedexploitatie opgezet om te toetsen of de investering past binnen de nhc-vergoeding. De investering is in 2026 opgenomen in het scenario als gemiddelde van de periode. Vanaf 2026 is rekening gehouden met toevoeging van activa op de balans, hogere afschrijving, hogere financiële baten en lasten.

Rentepercentages (4,03%), bezettingsgraad (97%), afschrijvingstermijn (30 jaar) en instandhoudingskosten (0,8%) zijn conform de Wlz.

5.1.6 Scenario 3: Kostenreductie en flexibiliteit leidt tot omschakeling naar vpt

Voor de uitwerking van scenario 3 is uitgegaan van een zzp/vpt mix waarbij de cliënten zzp4 vervangen zijn door de leveringsvorm vpt. Dit leidt tot een andere omzet (lagere vastgoedinkomsten, lagere zorginkomsten) en daarmee ook lagere verplichtingen. Hiervoor moet aangenomen worden dat voor het omschakelen naar vpt een mate van flexibiliteit in de vastgoedportefeuille aanwezig is en huurpand(en) afgestoten kunnen worden voor deze

transitie. De strategie is per zorginstelling door de variatie in portefeuilles wisselend. Uitgaande van het afstoten van huurpanden wordt de operationele last verlaagd. Dit is verwerkt in het scenario.

5.2 Hypothese en verwachtingen op de financiële resultaten en indicatoren

Na het vormgeven van de scenario's worden voor de scenario's hypothesen opgesteld per indicator. Na het doorrekenen van de scenario's wordt onderzocht of de verwachte effecten overeenkomen met de gemeten effecten. De volgende mutaties op de financiële resultaten en indicators worden verwacht.

Tabel 4: Verwachte wijziging resultaten en indicatoren bij uitvoering strategie op marktomstandigheden

Indicator	1. Verzwaring zorg	2. Algehele groei	3. Leveringsvorm VPT
Omzet	Omzet stijgt, met dezelfde productiecapaciteit zullen meer inkomsten gegenereerd worden bij zware zzp's. Aantal cliënten blijft gelijk, maar de vergoeding die daar tegenover staat is hoger (hogere zzp's = hogere vergoeding). Omzet daalt wanneer lage zzp's intramuraal verblijven waar geen nhc-vergoeding voor ontvangen wordt.	Algehele omzet instelling stijgt. Oorzaak is de stijging van de productiecapaciteit.	De totaalomzet van de zorginstelling daalt. Dit komt door het ontbreken van vergoeding op huisvesting. Huisvesting wordt voor de vpt cliënten daarentegen ook niet geleverd.
Bedrijfsresultaat	Bij vervangen van lage zzp's door hogere zzp's zal het resultaat iets toenemen. Aangenomen moet worden dat de huisvesting al geschikt is voor de hogere zzp's.	Aanname zzp groei is dat bedrijfslasten in dezelfde mate meegroeien (opschalen productie). Om algehele groei op te vangen is ofwel een investering nodig, ofwel huurlast voor extra vierkante meters. Resultaat zal in jaar van investering dalen, daarna weer oplopen.	Verwacht positiever resultaat dan het basisscenario doordat verhouding omzet/kosten gunstiger is.
Financieel resultaat	In basis ongewijzigd. Hier geldt net als het bedrijfsresultaat, mochten investeringen benodigd zijn zal dit het financieel resultaat drukken en de schuldpositie doen stijgen.	In absolute zin zal het financiële resultaat dalen vanwege de extra financiering en dus hogere rentelast als gevolg. Relatief kan het percentage schalen met de groei van de organisatie, waardoor stijging in financieringslast geen probleem hoeft zijn. Uitgangspunt is dat instelling zelf 30% van de benodigde investeringen financieren. Overige 70% is rentedragende lening. Financieel resultaat daalt als	Verwachting is dat financieel resultaat omhoog zal gaan. De leveringsvorm vpt zorg voor minder huisvesting in eigendom van instellingen. Er van uitgaande dat financieel resultaat gedreven wordt door met name langjarige schulden die rentedragend zijn. bij het wegvallen van de belangrijkste component daarvoor in de zorg, speelt financiering maar beperkt een rol.

		gevolg van investeringen met aangaan nieuwe leningen. Dit betekent ook dat solvabiliteitsratio en debt-ratio zullen verslechteren.	
Nettoresultaat	Conclusie is dat het nettoresultaat erop vooruit zal gaan als geen investering nodig is. Is huisvesting niet geschikt zal het nettoresultaat er altijd op achteruit zal gaan als gevolg van gedane investeringen.	Hiervan wordt niet verwacht dat dit direct of op korte termijn resultaat oplevert. De investeringen die gepaard gaan met algehele groei van de organisatie lopen vooruit op de baten. Verwachting is dat absoluut nettoresultaat in beginsel zal dalen, maar na investeringsjaar zal toenemen. door schaalvergroting wel absolute stijging resultaat, maar procentueel niet te verwachten. (vanwege meeschalen percentage personeelskosten).	Door schrappen kosten, en daarmee wegvallen van financieringslast, zal met de verschuiving naar vpt naar verwachting positiever resultaat te behalen zijn.
Mat. vaste activa	In basis ongewijzigd. Bij doen van investering betekent dit een waarde-toevoeging door vastgoed. Balanswaarde stijgt in dat geval na investering.	Balanswaarde zal stijgen wanneer algehele groei gerealiseerd wordt met eigendomsvastgoed. Bij huurvastgoed is dit maar beperkt het geval aangezien de investeringen voor die voor huurgebouwen (inrichting gebruikerscomponent voor zzp) maar beperkt is ten opzicht van eigendom en volledige investering.	Balanswaarde zal dalen. Er is immers geen vastgoed meer nodig voor vpt-zorg. Wel voor personeel, of deel zzp intramuraal. Afschrijving is wel minder aangezien minder vastgoed op de balans staat. Solvabiliteitsratio zal door aanhouden vermogen gunstiger zijn.
Langlopende schuld	In basis ongewijzigd. Langlopende schulden stijgen bij het doen van investeringen. In de jaren na investering zal meer aflossing plaatsvinden, meer schuld leidt tot hogere rentelast.	De investering om groei te kunnen realiseren zal in de regel niet volledig zelf door de instelling gedaan worden. Hier wordt dezelfde verhouding aangehouden als bij verzwaaring zorg. 30% zelf financieren, 70% extern financieren. Schuldratio's worden dus ongunstiger en zullen naar verloop van tijd verbeteren.	Deze nemen (op termijn) af in het geval het vastgoed dat niet meer in eigendom behoeft te zijn, afgestoten wordt, en daarmee de schulden worden afgelost.

Waarde portefeuille	Indien investeringen gedaan worden stijgt de waarde van de portefeuille als gevolg van investeringen. De hoogte van de stijging is niet generiek kwantificeerbaar.	Waarde portefeuille stijgt (bij eigendomsvastgoed). Ook stille reserves worden opgebouwd door investeringen (waarde vastgoed vs. activa balans). Bij huur voor extra capaciteit blijft waarde eigen portefeuille gelijk.	Waarde portefeuille en het vermogen, daalt door deze verschuiving in absolute zin, maar ook in relatieve zin. Afstoten van vastgoed betekent opbrengsten uit stille reserves.
Debt-ratio/LTV	Schuldratio stijgt als gevolg van daling waarde vastgoed. Investerings kunnen er voor zorgen dat de schuldratio op peil blijft. Schuldratio zal uiteindelijk grotendeels bepaald worden door kortlopende schulden.	Waarde van portefeuille stijgt, financiering stijgt ook. Met aanname dat deel (30/70%) van de activa extern gefinancierd wordt stijgt de LTV.	Verwachting is dat de ratio gelijk blijft wanneer de schulden evenredig verdeeld zijn over de portefeuille. Wanneer schulden hoog zijn bij vastgoed dat afgestoten wordt, daalt de LTV. Wanneer schulden hoog zijn bij vastgoed wat behouden blijft stijgt de LTV.

5.3 Analyse scenario's

Na doorrekening van de scenario's is per scenario het eindresultaat van het strategiekeuze vergeleken met het basisscenario. Ten slotte is een onderling vergelijk gemaakt van de scenario's.

5.3.1 Het basisscenario

Bij het doorzetten van de huidige strategie laat het scenario zien dat verschillen ontstaan in positieve en negatieve zin. Zo valt op dat de solvabiliteitsratio afneemt en de schuldratio's hoger worden. Dit is direct uitkomst van afname in het vermogen als gevolg van de jarenlange afschrijving. De LTV daalt daarmee ook. De schuld wordt immer afgebouwd. Positief is dat, doordat structurele inkomsten en lasten geïndexeerd worden, het rendement in theorie stijgt bij gelijk blijvende financieringslasten. Dit past bij het uitgangspunt dat geen investering gedaan wordt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de bedrijfsvoering te continueren is tot 2030, en daarmee het basisscenario vastgesteld kan worden voor vergelijk met scenario's 1 tot en met 3.

5.3.2 Scenario 1 vs. basisscenario

De uitkomsten van dit scenario laten zien dat zolang de zorgverzwaring geen impact heeft op het vastgoed, de bedrijfsresultaten positiever zullen uitkomen dan het basisscenario. Dit komt doordat er naar verhouding meer inkomsten zijn dan uitgaven. De omzet groeit ook doordat zwaardere zorg meer inkomsten oplevert voor de zorgaanbieder. Indien wel investeringen nodig zijn zal het resultaat dalen, alvorens het weer oploopt. Deze strategie heeft dus alleen impact op de vastgoedwaarde indien het vastgoed niet voldoet aan de specifieke eisen voor zwaardere zzp's.

Tabel 5: Vergelijk ratio's scenario 1 vs. basisscenario.

Ratio's	Basis	Scenario 1	Vershil
Nettoresultaat (g/a)	2,29%	2,46%	+ 0.17%
Solvabiliteit (m/l)	27%	27%	+/- 0%
Debt Ratio ((n+o+p)/q)	73%	73%	+/- 0%
Debt to Equity Ratio ((n+o+p)/m)	2,77 x	2,77 x	+/- 0%

LTV (o/i)	18%	18%	+/- 0%
-----------	-----	-----	--------

5.3.3 Scenario 2 vs. basisscenario

Wanneer een investering gedaan wordt om de groei van 56 cliënten op te kunnen vangen dalen de resultaten. Het nettoresultaat daalt, de solvabiliteitsratio daalt en de schuldratio's worden slechter. Echter valt de omzetsijging en stijging van het absolute resultaat op. Door de investering groeit de waarde van de materiële activa. In het jaar van investering is een daling van ratio's zichtbaar, maar na 6 jaar zal het bedrijfsresultaat van voor de investering weer behaald worden.

Tabel 6: Vergelijk ratio's scenario 2 vs. basisscenario.

Ratio's	Basis	Scenario 2	Vershil
Nettoresultaat (g/a)	2,29%	1,55%	-0,74%
Solvabiliteit (m/l)	27%	17%	-9,79%
Debt Ratio ((n+o+p)/q)	73%	83%	9,79%
Debt to Equity Ratio ((n+o+p)/m)	2,77 x	4,98 x	2,21 x
LTV (o/i)	18%	58%	39,48%

5.3.4 Scenario 3 vs. basisscenario

Het leveren van andere zorg wijkt fors af in de exploitatie. Uit de resultaten is op te maken dat de vastgoedinkomsten fors dalen, en de zorginkomsten licht dalen. De levering van vpt vraagt een andere aanpak van de organisatie en kan op termijn voor positief resultaat zorgen. Met dit scenario wordt het grootste bedrijfsresultaat geboekt.

Tabel 7: Vergelijk ratio's scenario 3 vs. basisscenario.

Ratio's	Basis	Scenario 3	Vershil
Netto resultaat (g/a)	2,29%	3,16%	0,87%
Solvabiliteit (m/l)	27%	42%	16%
Debt Ratio ((n+o+p)/q)	73%	58%	-16%
Debt to Equity Ratio ((n+o+p)/m)	2,77 x	1,37 x	-1,40 x
LTV (o/i)	18%	10%	-8%

5.3.5 Onderling vergelijk van scenario's

Eén van de belangrijkste aspecten waar zorginstellingen rekening mee moeten houden zijn de verschillen in inkomsten tussen de scenario's. De omzet is direct gerelateerd aan het type zorg dat geleverd wordt. Met andere woorden: wanneer de vergoeding wijzigt in het jaar dat de inkomsten wijzigen, moeten de uitgaven navenant mee moten veranderen. In het model is ervan uitgegaan dat dit gebeurt. Net name de inkomsten voor vastgoed in scenario 3 dalen fors, in absolute zin en ten opzichte van de andere scenario's. Onderstaande tabel (Tabel 8) laat de verschillen in inkomsten zien ten opzichte van het basisscenario (0 – basis). De vastgoedinkomsten zijn gerelateerd aan de nhc en nic inkomsten.

Tabel 8: Verschil in vastgoed en zorginkomsten ten opzichte van het basisscenario.

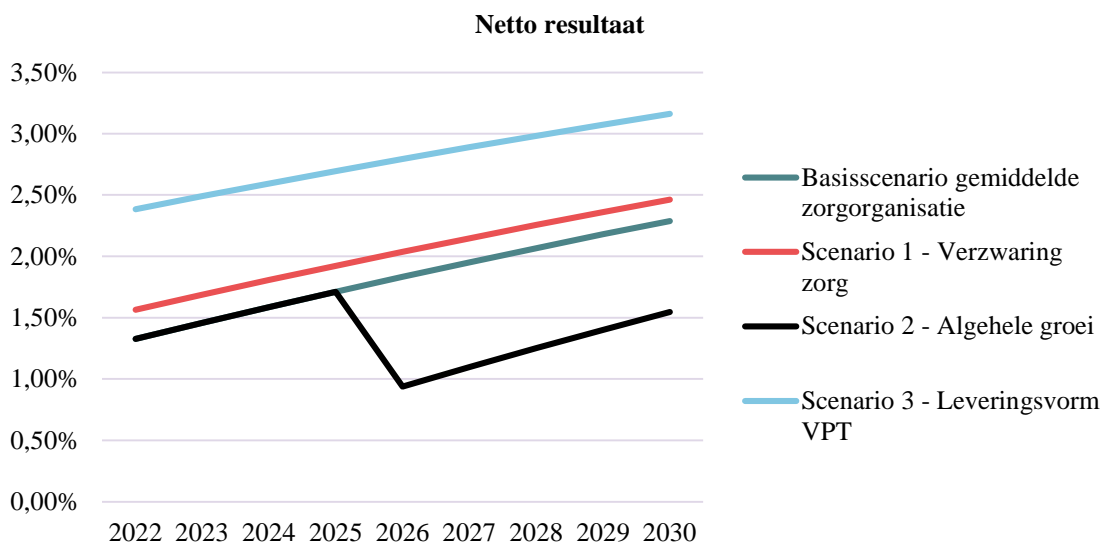
	Scenario	Strategie	Verschil vastgoedinkomsten	Verschil zorginkomsten	Verschil totaalinkomsten
0	Basis	Geen gekozen strategie (nullijn)	0	0	0
1	Verzwarend van de zorg	Waarde verhoging assets	€ 44.040	€ 5.524.897	€ 5.568.937
2	Productiviteit	Algehele groei	€ 746.058	€ 5.643.734	€ 5.643.734
3	Kostenreductie	Leveringsvorm vpt	€ -1.275.731	€ -283.409	€ -1.559.140

De inkomsten en kosten vertalen zich direct door naar het resultaat van de bedrijfsvoering. De hogere inkomsten in scenario 1 leiden direct tot een hoger rendement. De investering in scenario 2 zorgt er voor dat in 2026 het rendement flink daalt, maar ook de ratio's voor solvabiliteit en schuld worden ongunstiger. Dit is direct gevolg van het aangaan van extra financiering. Het wegvallen van de inkomsten bij omschakeling naar vpt (meer zorg thuis) levert inderdaad een kostenreductie op die direct in het nettoresultaat zichtbaar is.

Tabel 9: Vergelijk ratio's tussen scenario's.

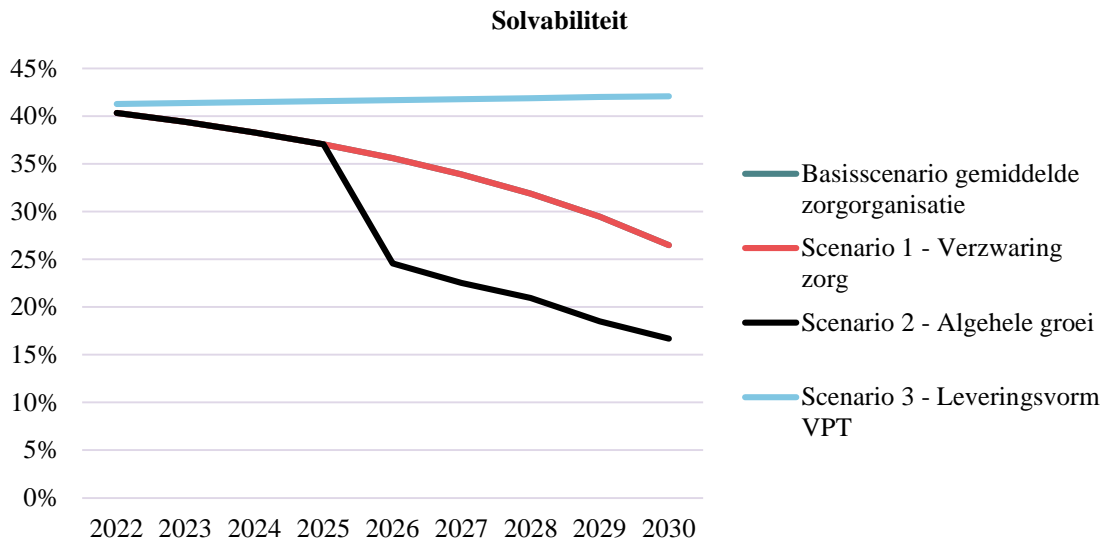
Ratio's	Basis	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Nettoresultaat (g/a)	2,29%	2,46%	1,55%	3,16%
Solvabiliteit (m/l)	27%	27%	17%	42%
Debt Ratio ((n+o+p)/q)	73%	73%	83%	58%
Debt to Equity Ratio ((n+o+p)/m)	2,77 x	2,77 x	4,98 x	1,37 x
LTV (o/i)	18%	18%	58%	10%

De resultaatontwikkeling is door de gehanteerde methode van indexeren altijd positieve richting. Het valt op dat de verzwarend van de zorg leidt tot het hoogste nettoresultaat. De stijging van het resultaat is bij alle scenario's nagenoeg gelijk. Het verschil in resultaat is echter opvallender, met name omdat verondersteld werd dat het resultaat bij de levering van vpt positiever uit zou pakken. Dit blijkt echter niet uit het scenario.



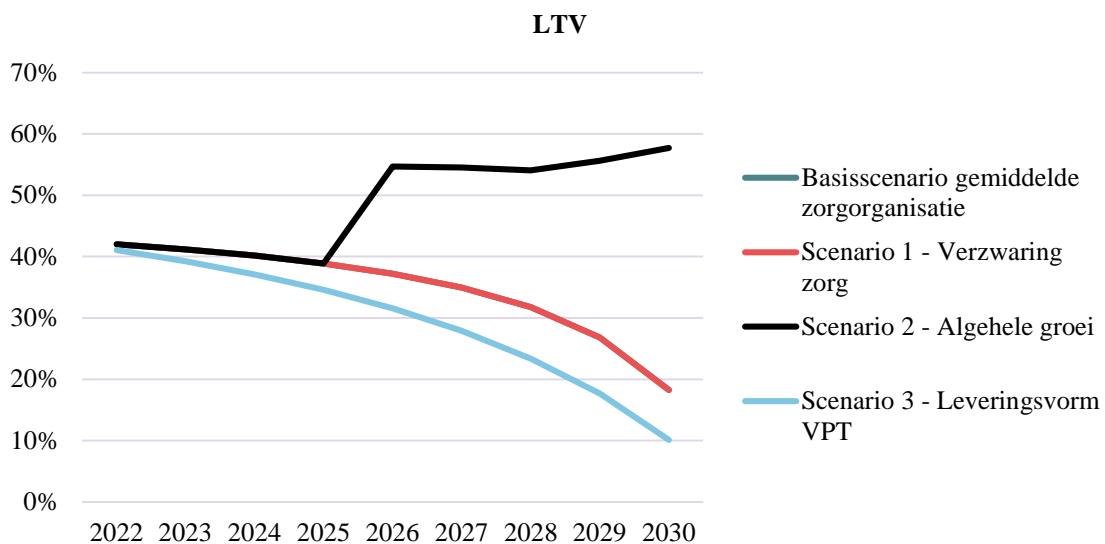
Figuur 17: Grafiek vergelijk nettoresultaat scenario's

Uit de grafiek valt af te lezen dat het investeren in beginsel leidt tot een lagere solvabiliteitsratio. Hierbij moet echter opgemerkt worden dat het absolute vermogen, en de waarde van activa op de balans in scenario 2 het grootst is. Tevens is door de investering de waarde van de portefeuille gestegen. Dit komt niet ten uiting in de solvabiliteitsratio door de manier van activeren/afschrijven in de zorg. Als het vastgoed tegen boekwaarde op de balans had gestaan, had het resultaat er positiever uitgezien. De stille reserve is in de zorg niet zichtbaar.



Figuur 18: Grafiek vergelijk solvabiliteit scenario's.

Als gevolg van de investeringen, of het uitblijven van de investeringen verandert de LTV en debt-ratio. Er is direct verband tussen de activa op de balans en de snelheid van afschrijven. In scenario 2 is de investering die gedaan wordt de reden dat de LTV stijgt. Bij scenario 1 en 3 wordt niet uitgegaan van investeringen.



Figuur 19: Grafiek vergelijk LTV scenario's.

5.4 Conclusie

In hoofdstuk 5 is middels het doorrekenen van toekomstscenario's onderzocht of er meetbare effecten zijn van de gekozen strategische richting. Antwoord is gegeven op de onderzoeksvraag:

4) Wat zijn de effecten van het afwegingskader op de bedrijfsvoering van een zorginstelling?

Uit de scenario-analyse is gebleken dat de koers van de organisatie invloed heeft op de financiële resultaten. Er is een duidelijke lijn zichtbaar, waarbij de verandering in inkomsten als gevolg van de keuze voor levering van zorg en het wel of niet investeren de rode draad vormen in de strategische richting.

Zo kan gesteld worden dat de verzwaring van de zorg in basis meer inkomsten en resultaat oplevert, maar wordt daarbij verondersteld dat er geen nieuwe investeringen in bestaand vastgoed nodig zijn om de zware zorg te kunnen leveren. De verhoging van de waarde van assets kan daarmee op twee manieren plaatsvinden. Zonder investering gaat het om inzetten van onbewust potentieel van het bestaande vastgoed. Bij nieuwe investeringen wordt de waarde (activa) op de balans vergroot.

De resultaten van de productiviteitsverbetering (opschalen capaciteit) zijn pas zichtbaar na ten minste 10 jaar. Het is daarmee een strategie die langjarig volgehouden moet worden. De methode laat echter wel zien dat dit financieel haalbaar is en zorgt voor vastgoedwaarde in toekomst. Dit in tegenstelling tot de twee andere scenario's waarbij de waarde van de activa daalt (en de waarde van de vastgoedportefeuille in de praktijk niet wijzigt).

Effecten van de kostenreductie zijn direct zichtbaar. De impact op de bedrijfsvoering is merkbaar, de impact op vastgoed niet. Vanwege de beperking in de dat kan eigenlijk alleen worden uitgegaan van gehuurd vastgoed dat geschikt is voor dit scenario. Inkomsten en uitgaven vallen tegen elkaar weg.

De uitkomsten van de drie scenario's laten zien dat volgens het model de gekozen strategieën dicht langs elkaar lopen en daarmee waarschijnlijk in de praktijk overeenkomsten vertonen.

6 CONCLUSIE, AANBEVELINGEN EN REFLECTIE

6.1 Conclusie

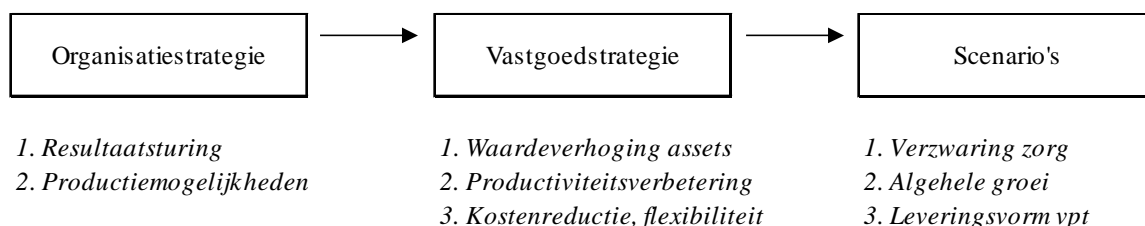
Het onderzoek bestond uit een viertal fasen waarin de uitkomsten van de voorgaande fasen gebruikt werden om de volgende onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden en daarmee ook context te kunnen geven aan de vraagstelling. Dit had met name als doel de scenario's goed vorm te kunnen geven en iets te kunnen zeggen over de effecten van de strategieën. Uiteindelijk hebben de deelvragen, het marktonderzoek (vraag1), een theoretisch kader op basis van CREM, een afwegingskader van organisatiestrategie naar vastgoedstrategie en toetsing van de strategieën opgeleverd. Daarmee kan de hoofdvraag beantwoord worden.

Welke factoren zijn van belang bij het kiezen van een vastgoedstrategie in de zorg bij de transitie naar meer zorg thuis en wat is effect van de gekozen strategie?

De transitie naar 'meer zorg thuis' is te vertalen naar drie concrete thema's die zorginstellingen als basis voor hun organisatiestrategie in kunnen zetten. De thema's zijn de verzwaring van de zorg, de opkomst van vpt en mpt en de algehele groei van het aantal cliënten in de sector V&V.

Het theoretisch kader heeft geleid tot twee organisatiestrategieën en drie vastgoedstrategieën die passen bij deze drie concrete thema's. Zorginstellingen zullen zelf moeten beredeneren welke van de organisatiestrategieën of vastgoedstrategieën passen bij de opgave die zij zelf zien. Het gedane onderzoek geeft daarbij handvaten doordat de organisatie en vastgoedstrategieën getoetst zijn in scenario's en instellingen hun scenario's kunnen vergelijken. Uit vergelijking van strategieën zijn er vier geschikt geacht voor het uitwerken van toekomstscenario's. Dit zijn de strategieën van Lindholm: waardeverhoging van assets, productiviteitsverbetering, kostenreductie en flexibiliteit.

De vertaling van de organisatiestrategie naar vastgoedstrategie naar scenario's is daarmee in een stroomschema als volgt weer te geven:



Figuur 20: Stroomschema afwegingskader om tot scenario's te komen.

Uit de scenariostudie blijkt dat de effecten van de gekozen strategieën direct invloed hebben op het bedrijfsresultaat. Met name de impact van investeren en daarmee anticiperen op groei heeft op termijn positieve gevolgen voor de financiële positie van zorginstellingen. De waarde van de activa blijft op die wijze hoog en de omzet van de instelling groeit. De verschuiving naar vpt is voor de bedrijfsvoering gunstig te noemen: het nettoresultaat zal hierdoor sneller stijgen. Voor de vastgoedexploitatie betekent dit dat er afgebouwd wordt. De zorginstelling verandert door een andere organisatievisie naar een instelling die de focus verschuift van intramuraal naar extramuraal. Bij de verzwaring van de zorg moet de instelling voor ogen houden wat het effect is van eventuele investeringen om te bepalen of deze transitie kansrijk is en tot financiële verbetering zal leiden.

Wat verder geconstateerd moet worden is dat de effecten van de scenario's in lijn zijn met het politiek beleid en dit ondersteunen. Er wordt daarbij teruggegrepen naar de aanleiding waarin gemeld wordt dat de overheid zoekt naar mogelijkheden om de zorgkosten betaalbaar te houden. De verzwaring van de zorg, door uitfasering

van de lage zzp's en de verschuiving naar een groter aandeel vpt-zorgleveringen lijkt dit te ondersteunen. Hoewel dit niet specifiek is onderzocht zijn de resultaten in lijn met bestaand beleid.

6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Een van de doelen van het onderzoek en het persoonlijke doel van de auteur is het verder professionaliseren van zorginstellingen op het gebied van vastgoed. De aanname dat zorginstellingen al op volledig, strategisch niveau acteren (niveau 5 Joroff), is in de praktijk simpelweg niet waar. Het zou daarom in de ogen van de auteur de moeite waard zijn om te onderzoeken hoe zorginstellingen professioneler kunnen worden op een manier waarbij de reeds opgedane kennis over CREM toegankelijk en begrijpelijk is. Dit geldt ook wanneer een instelling pas opereert op niveau 1. Is er dan baat bij strategische afwegingskaders, of moet er gestandaardiseerd worden zodat strategie niet nodig is? Dit is slechts een voorbeeld van een vraag die relevant is voor zorginstellingen die in de praktijk nog niet op het gewenste strategisch niveau acteren.

6.3 Reflectie

Met het werk van Porter over organisatiestrategieën en de eerste onderzoeken waar CREM in vormgegeven werd sinds de jaren 80, is een stevige fundering gelegd voor opvolgende onderzoeken. Tot op heden lijken wordt nog steeds vanuit het zelfde paradigma gedacht en geredeneerd. Nourse & Roulac, Joroff, Kaplan, Norton en Lindholm lenen allen delen van onderzoeken van elkaar, of bouwen door op eerder gedaan onderzoek. Organisatiestrategieën worden reeds jaren op de vergelijkbare manier naar vastgoedstrategieën vertaald, waarbij met name voor maatschappelijk vastgoed, de vastgoedstrategie volgend is op markt en koers van de organisatie. De theorieën zijn dus ook niet nieuw, of vernieuwend. Met name in de contextuele zin wordt de afgelopen jaren veel ervaring opgedaan. Dit betreft dan het toepassen van de theorie op specifieke omstandigheden. De contextuele toevoeging en ervaringen zouden met name voor zorg, en maatschappelijk vastgoed, tot nieuwe theorieën mogen leiden.

Het aantal onderzoeken dat gedaan wordt naar zorgvastgoed is ook stijgend. Echter, actuele thema's zoals in dit onderzoek benoemd, zijn nog maar weinig onderzocht. Er kan veel geleerd worden van management in ziekenhuizen, of echt commerciële bedrijven, maar met name de bekostiging en politieke invloed op het zorgstelsel zorgen voor unieke situaties die het onderzoeken waard zijn. Kanttekening daarbij is dat dit wel erg situationeel kan worden. Onderzoeken zijn relevant op moment dat ze gedaan worden, maar zodra er stelselwijzigingen zijn of een andere manier van bekostigen aanstaande is, verliezen onderzoeken door de, op dat moment, actuele thema's deels hun waarde. Het generaliseren van uitspraken is daarom van belang en zichtbaar in theorieën en afwegingskaders. Voor de scenario-analyse geldt in dit onderzoek dat dit met name voor de huidige markt geschikt is.

Men zou kunnen stellen dat onderzoeken naar CREM in ziekenhuizen relevant zijn. In dit onderzoek is bewust gekozen niet te veel van deze sector 'te lenen'. Ook dit heeft te maken met de specifieke marktomstandigheden en trends. De theorieën van Fritzsche, die gaan over CREM in ziekenhuizen en afgeleide strategieën, zijn veel gebruikt in de Cure-sector. Ziekenhuizen hebben met hun vastgoed echter altijd focus (gehad) op zorg binnen de muren (Maltha, 2008), hoewel juist extramuralisering van zorg bij de sector V&V zichtbaar is en dit een andere manier van omgaan met vastgoed verlangt. Van de strategieën is zeker te leren, maar voor bouwen van toekomstscenario's zijn de ervaringen niet relevant genoeg geacht. Ziekenhuizen zullen door hun ontwikkelingen altijd op basis van andere argumenten strategie kiezen. Hier moet opgemerkt worden dat die argumenten overigens tot dezelfde strategische keuzes kunnen leiden in een andere context, wat daarmee leidt tot andere uitkomsten.

Met de gekozen onderzoeksmethode wordt voortdurend doorgebouwd op de behaalde onderzoeksresultaten. Het invullen van het afwegingskader zou idealiter gedaan kunnen worden door de afwegingen, en argumenten te toetsen bij bestuurders in de sector V&V. Dit is niet gebeurd. Hiermee is tussentijds niet getoetst of het afwegingskader aansluit bij de markt en uitvoering van strategie door bestuurders in de praktijk herkend wordt. Daarmee kan het dus ook als een theoretische exercitie over komen. Het toetsen van de scenario's zou met behulp van een expert-panel getoetst kunnen worden. De wijze van rekenen heeft ook als doel aan te sluiten bij de praktijk en dit is een goede manier om dit te testen.

In de scenariostudie is getracht de navolgbaarheid zo groot mogelijk te maken door een eenvoudige structuur aan te houden, met slechts beperkte variabelen. Het vormgeven van de hypothetische zorginstelling is bedoeld om uitspraken te kunnen doen over het geheel aan instellingen binnen de sector V&V. Beperking van deze werkwijze is echter wel dat er dus gewerkt wordt met een gemiddelde instelling, waarin instellingen zich mogelijk niet kunnen herkennen. Voor het doel van het onderzoek is dit dus geschikt, maar voor de praktische lezer die concreet wil vergelijken met een instelling, is dit van minder toegevoegde waarde. Wat ook zichtbaar is in de samenstelling van de gemiddelde instelling, is het verschil in zorginstellingen. Met name omvang en waarde van de activa op de balans lopen flink uiteen tussen de instellingen. De gemiddelde afwijking (standaarddeviatie) in de samenstelling is daarmee groot. Het aantonen van het principe is op de gekozen manier mogelijk, maar de aansluiting bij de praktijk, en generaliseerbaarheid van de uitkomsten is daarmee lager.

Uitkomsten van bekende strategieën op CREM geven niet direct inzicht in toepasbare en meetbare variabelen waarop de strategie getoetst kan worden. Dit hoewel wel beoogd is deze effecten te meten. Het koppelen van financiële indicatoren aan strategieën is daarmee meer praktijkgericht, dan wetenschappelijk verantwoord. Idealiter zou je dit willen toetsen door bijvoorbeeld een expert-panel te organiseren waarin experts de indicatoren en hun effect bediscussiëren.

Middels de scenario-analyse en koppeling van de literatuur aan de praktijk is empirisch onderzoek ingebracht, dat op basis van literatuur en praktijkervaring middels hypothesen (verwachte uitkomsten in de scenario-analyse) getoetst is. Als uitbreiding, of verdere diepgang zou een meer kwantitatieve aanpak voor de uitwerking van scenario's geschikt zijn. Hiervoor zou gebruik kunnen gemaakt worden van meer specifieke data van zorginstellingen die nu niet voor hand is en opgevraagd moet worden bij instellingen zelf. Dit zou de betrouwbaarheid van de gedane uitspraken ten goede komen en de effecten in de scenario's sterker onderbouwen. Het doel van de onderzoeksmethode is echter niet zo zeer de impact, maar het scenario-denken. En vertalen van strategie naar meetbare indicatoren. Dit levert managementinformatie op voor bestuurders waardoor zij beter onderbouwde beslissingen kunnen nemen.

De effecten van het afwegingskader zijn meetbaar op de resultaten, solvabiliteitsratio en schuld ratio's die in de scenario's berekend zijn. Een belangrijke constatering uit de praktijk is dat het verschil in vastgoedopbrengsten vraagt om secure planning. Aangenomen is dat de verandering in één jaar plaatsvindt. In de praktijk zal hiervoor, met name als het gaat om levering van andere zorg, mogelijk een langere periode voor worden uitgetrokken. Er valt dan namelijk te anticiperen op mogelijk negatieve resultaatontwikkeling. Aangezien gewerkt wordt met een basisscenario waarop verschillen worden gemeten, betreft de analyse voornamelijk een theoretische exercitie. In de praktijk zullen meerdere factoren invloed hebben op de resultaten van de bedrijfsvoering, zoals de samenstelling van de vastgoedportefeuille. Deze bepaalt in grote mate hoe flexibel een organisatie is. Het duiden van de consequenties van strategische richtingen is gelukt met de scenario-analyse, maar voor een meer praktische inslag zou de vertaling met een specifieke casestudie op portefeuille niveau gemaakt kunnen worden.

BIBLIOGRAFIE

- AAG. (2022). *Eindelijk duidelijkheid over daling NHC en NIC*. Opgehaald op 25 februari 2023 van <https://www.aag.nl/eindelijk-duidelijkheid-over-daling-nhc-en-nic/>
- Aalst, H. van der, Wissekerke, N.E. van & Verhoeff, O. (2009). *Investeringskosten per zorgzwaartepakket. Basis voor een NHC voor de Care*. Utrecht: TNO.
- Arkesteijn, M. (2016). Alignment of real estate to the organisation's needs. M. Arkesteijn, T. van der Voordt, H. Remoy, & Y. Chen (Eds.), *Dear is Durable: Liber Amicorum for Hans de Jonge*. (pp. 97-103). Delft: Delft University Press.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Hulst, M. van der & Vianen, R. van (2001). *Basisboek methoden en technieken. Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis*. Groningen: Noordhoff Uitgevers (zesde druk).
- Balen, A. van & Zuil, W. (2021) *Langdurige zorg duurzaam verder*. Amsterdam: ABN Amro.
- Beckers, R. Voordt, T. van der, Dewulf, G. (2015). Aligning corporate real estate with the corporate strategies of higher education institutions. *Facilities*. 33. 775-793.
- Brand, A., Jens, J. & Houwelingen, J. van (2017). *Kwaliteit en financiële prestaties van intramuraal vastgoed van VVT-organisaties*. Den Bosch: AAG.
- Brooks, C. & Tsolacos, S. (2010). *Real estate modelling and forecasting*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bunn, D.W. & Salo, A.A. (1993). Forecasting with scenarios. *European Journal of Operational Research*, 68(3), 291-303.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). *Zorginstellingen; kerncijfers*. Opgehaald op 15 februari 2023, van www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83652NED
- Chermak, T.J. (2003). A theoretical model of scenario planning. *Human Resource Development Review*. 3(4).
- CZ zorgkantoor. (2022). *Handboek Volledig Pakket Thuis (VPT)*. Tilburg: CZ zorgkantoor.
- Dewulf, G.P.M.R., Krumm, P.J.M.M. & Jonge, H. de (2000). *Successful corporate real estate strategies*. Nieuwegein: Arko Publishers.
- Elp, M. van, Zaal, M.P.J. van & Zuidema, M.V. (2012). *Bouwen voor de zorg. Perspectief voor de Nederlandse bouw*. Amsterdam: Stichting Economisch Instituut voor de Bouw.
- Gopal, K., Kort, J. de, Linckens, D., Marchal, B. & Veen, A. (2022). *Houdbaarheid ouderenzorg tot 2050*. Delft: ABF Research.
- Green Deal. (z.d.). *Samenwerken aan duurzame zorg*. Opgehaald op 20 februari 2023 van <https://www.greendeals.nl/green-deals/green-deal-samen-werken-aan-duurzame-zorg>.
- Hagen, G.J. & Neijmeijer, R. (2020). *Woonprofielen van senioren*. Den Haag: Platform31.
- Jeurissen, P. & Maarse, H. (2021). *The market reform in Dutch health care*. Copenhagen: World Health Organisation.
- Jonge, H. de. (2002). De ontwikkeling van Corporate Real Estate Management. *Real Estate Magazine*, 5(22), 8-12.
- Jonge, H. de. (1996). De toegevoegde waarde van concernhuisvesting. NSC-Conference (pp. 7-66). Nieuwegein: Arko Publishers.
- Jonge, H. de, M. Arkersteijn, A. den Heijer, H. Vande Putte, J. C. de Vries. (2006). Corporate real estate management. Designing a real estate strategy in four steps. Delft: Delft University Press.
- Jonge Van Houwelingen, A.M. de. (2019) *Zorgvastgoed: gezond gefinancierd?* [Materscriptie, Amsterdam School of Real Estate]. Vastgoedbibliotheek.
- Joroff, M.L., Lambert, S. & Louargand, M. (1993). *Strategic management of the fifth resource*. Ottawa: Industrial Development Research Foundation.
- Kaplan, R.S., Norton, D. (1992) *The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance*. *Harvard Business Review*. 70(1). 71-79.
- Lindholm, A.L., Gibler, K.M. & Levainen, K.I. (2005). Value adding attributes of real estate, Urban and regional analysis group. Georgia: Georgia State University.

- Lindholm, A.L., Gibler, K.M. & Levainen, K.I. (2006). Modeling the Value-Adding Attributes of Real Estate to the Wealth Maximization of the Firm. *Journal of Real-Estate*. 28. 445-476.
- Maltha, H. (2008). *Bedrijfsmatig met zorgvastgoed omgaan. Instrumentarium voor strategisch vastgoedmanagement binnen de ziekenhuizen*. Delft: Delft University Press.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). *Het Nederlandse zorgstelsel*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *WOZO. Programma wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2012). *Scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2022a). *Doorontwikkeling integrale vergelijking 2021*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2022b). *Volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging. Aanbevelingen voor het scheiden van wonen en zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nourse, H.O. & Roulac, S.E. (1993) Linking real estate decisions to corporate strategy. *Journal of Real Estate Research*. 8(4), 475-494.
- Porter, M.E. (1996). What is strategy? *Harvard Business Review*. 74(6). 61-78.
- Porter, M.E. (2008). The five competitive forces that shape strategy. *Harvard Business Review*. 86(1). 78-93.
- Porter, M.E. (2013). *The Strategy That Will Fix Healthcare*. Harvard Business Review. Opgehaald op 20 februari 2023 van: <https://hbr.org/webinar/2013/11/the-strategy-that-will-fix-healthcare>.
- Rijksoverheid (2022). *Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg*. Den Haag: Rijksoverheid.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). *Prognosemodel Zorg en Welzijn*. Opgehaald op 14 februari 2023 van: <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/dashboard-branches/totaal-zorg-en-welzijn--breed-/>.
- NZA (z.d.). *Wat is de nhc en hoe wordt deze jaarlijks geïndexeerd?* Opgehaald op 19 februari 2023 van <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-de-nhc-en-hoe-wordt-deze-jaarlijks-geïndexeerd>
- Rooijen, M.C.M. van. (2013). *Hoe bestendig is de beslissing?* [Materscriptie, Amsterdam School of Real Estate]. Vastgoedbibliotheek.
- Ruiter, G. de (2021). *Indicatoren en afwegingskader Langer en beter thuiswonen senioren*. Den Haag: Ondersteuningsteam Wonen en Zorg. (<https://www.rvo.nl/sites/default/files/2021/02/indicatoren-en-afwegingskader-langer-en-beter-thuiswonen-senioren.pdf>)
- Stoop, T.A. (2018). *Zorgvastgoed, Edelsteen of Molensteen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Stuart-Fox, M., Blijie, B., Gopal, K. & Zoelen, S. van (2021). *Monitor Ouderenhuisvesting 2020*. Delft: ABF Research.
- Tregoe, B.B., Zimmerman, J.W. (1980). *Top management strategy: What it is and how to make it work*. New York: Simon and Schuster, 1980.
- Vastgoedmarkt. (2021). *Personeelstekort plaagt vastgoedsector: 'Hogere salarissen bieden'*. Opgehaald op 15 februari 2023 van: <https://www.vastgoedmarkt.nl/166973/personeelstekort-plaagt-vastgoedsector-hogere-salarissen-bieden>.
- Velema, R. (2022). *Zorghuisvesting als onderdeel van de ondernemingsstrategie: instrument voor strategisch vastgoedmanagement binnen de gezondheidszorg*. [Materscriptie, Amsterdam School of Real Estate]. Vastgoedbibliotheek.
- VVD, D66, CDA & ChristenUnie (2021). *Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst. Coalitieakkoord 2021-2025*. Den Haag: Bureau woordvoering kabinetsformatie.
- Vonk, R.A.A., Hilderink H.B.M., Plasman, M.H.D., Kommer, G.J. & Polder, J.J. (2020). *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060*. Den Haag: RIVM.
- Wijnja, J., Voordt, T. van der, & Hoendervanger, J. G. (2021). Corporate real estate management maturity model. Joroff et al. one step ahead. V. Danivska, & R. Appel-Meulenbroek (red.), *A Handbook of Management Theories and Models for Office Environments and Services*. 13-24. Londen: Taylor and Francis.
- Willems, J. & Faessen, W. (2021). *Verkenning wonen met zorg*. Delft: ABF Research.

Zilveren Kruis (z.d.). *Publicatie tarieven Wlz 2023*. Opgehaald op 14 februari 2023 van <https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/nieuws/publicatie-tarieven-wlz-2023>.

Zorginstituut Nederland. (z.d.a). *Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz)*. Opgehaald op 16 februari 2023 van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>.

Zorginstituut Nederland. (z.d.b). *Verblijf in een instelling (Wlz)*. Opgehaald op 16 februari 2023 van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/verblijf-in-een-instelling-wlz>.

Zorginstituut Nederland. (2022a). *Zorgkosten stijgen in 2022: basispakket 2,9% en langdurige zorg 4,8%*. Opgehaald op 13 februari 2023, van: <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2022/12/28/zorgkosten-2022>.

Zorginstituut Nederland. (2022b). *Nieuwe kwartaalcijfers: zorgkosten stijgen met ruim 6%*. Opgehaald op 13 februari 2023, van: <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/nieuws/nieuwe-kwartaalcijfers-zorgkosten-stijgen-met-ruim-6>

ABF Research. (2020). *Prognose van bevolking, huishoudens en woningbehoefte tot 2050*. Delft: ABF.

Geraadpleegde jaarverslagen zorginstellingen

Stichting Beweging 3.0. (2021). *Jaardocument 2021*.

Stichting Verzorgingshuis de Koperhorst. (2021). *Jaarverslaggeving 2021*.

Stichting AxionContinu groep. (2021). *Jaarverslaggeving 2021*.

Stichting Zorggroep De Vechtstreek. (2021). *Jaarrekening 2021*.

Stichting Zorgspectrum. (2021). *Jaarverslag 2021*.

**BIJLAGE 1: ANALYSE
INSTELLINGEN EN GEMIDDELDE
INSTELLING**

Samenstelling data zorginstellingen

jaar	jaarrekening		Beweging 3.0		Koperhorst		AxionContinu		Zorgspectrum		ZgDV	
	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020
Jaarrekening	gemiddelde											
a Bedrijfsopbrengsten (omzet)	84,3	81,2	165,54	161,87	15,87	14,98	137,64	132,16	85,59	80,17	17,02	16,74
Bedrijfslasten												
b Personeel en overig	-78,6	-75,8	-155,21	-152,29	-14,90	-13,56	-125,95	-120,94	-80,26	-76,04	-16,62	-16,40
c Afschrijving	-3,9	-3,9	-6,29	-6,94	-0,79	-0,81	-9,21	-8,89	-2,87	-2,57	-0,27	-0,28
d Totaal bedrijfslasten	-82,5	-79,7	-161,5	-159,2	-15,7	-14,4	-135,2	-129,8	-83,1	-78,6	-16,9	-16,7
e Bedrijfsresultaat	1,9	1,4	4,04	2,63	0,18	0,61	2,47	2,33	2,46	1,56	0,12	0,06
f Financiële baten en lasten	-0,6	-0,7	-0,69	-0,72	-0,14	-0,20	-1,89	-2,27	-0,29	-0,39	-0,01	0,00
g Netto resultaat	1,3	0,7	3,35	1,91	0,04	0,41	0,58	0,07	2,17	1,16	0,11	0,06
Balans												
h Activa												
i Immaterieel vast	0,1	0,2	0,44	0,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,21	0,00	0,00
j Materieel vast	45,6	45,7	72,09	67,50	13,74	14,08	116,79	121,71	23,98	23,90	1,20	1,23
Totaal vaste activa	45,7	45,8	72,53	68,08	13,74	14,08	116,79	121,71	24,13	24,11	1,20	1,23
k Totaal vlottende activa	17,0	16,0	26,83	26,18	3,19	2,76	26,84	27,07	23,62	19,88	4,46	4,19
l Totaal activa	62,7	61,9	99,4	94,3	16,9	16,8	143,6	148,8	47,7	44,0	5,7	5,4
Passiva												
m Eigen vermogen	25,5	23,5	47,69	44,34	8,36	8,31	50,17	45,62	18,19	16,02	3,14	3,02
n Voorzieningen	1,2	1,6	2,28	1,62	0,74	0,36	0,44	4,59	2,28	1,09	0,37	0,25
o Langlopende schulden	19,5	21,4	12,44	15,14	5,50	5,99	67,19	72,02	12,30	14,04	0,00	0,00
p Kortlopende schulden	16,4	15,4	36,96	33,17	2,34	2,19	25,82	26,56	14,97	12,84	2,16	2,15
q Totaal passiva	62,7	61,9	99,36	94,26	16,93	16,85	143,63	148,78	47,75	43,99	5,66	5,42
Ratio's												
Netto resultaat (g/a)	1,49%	0,89%	2,02%	1,18%	0,26%	2,76%	0,42%	0,05%	2,54%	1,45%	0,67%	0,34%
Solvabiliteit (m/l)	41%	38%	48%	47%	49%	49%	35%	31%	38%	36%	55%	56%
Debt Ratio ((n+o+p)/q)	59%	62%	52%	53%	51%	51%	65%	69%	62%	64%	45%	44%
Debt to Equity Ratio ((n+o+p)/m)	1,46 x	1,64 x	1,08 x	1,13 x	1,03 x	1,03 x	1,86 x	2,26 x	1,62 x	1,75 x	0,81 x	0,79 x
LTV (o/i)	43%	47%	17%	22%	40%	43%	58%	59%	51%	59%	0%	0%
ROA (g/i)	2,75%	1,58%	4,65%	2,83%	0,30%	2,93%	0,50%	0,05%	9,07%	4,87%	9,57%	4,64%

BIJLAGE 2: ONDERBOUWING SCENARIO'S

Uitgangspunten scenario's

		Basis (0)	Verzwaren zorg (1)	Algehele groei (2)	Leveringsvorm VPT (3)
a	Bedrijfsopbrengsten (omzet)	Inkomsten cliënten en vastgoed blijft gelijk dus tarieven indexeren met 2,5% t/m 2030, conform nhc index. Gemiddelde van 2020 en 2021 indexeren.	Inkomsten cliënten worden hoger door schrappen zzp4. Berekening o.b.v. gemiddeld aantal cliënten conform verdeling ABF. Verzwaren vindt plaats vanaf 2022. Gem. omzet 2020/2021 wordt met 5,5mio verhoogd.	Er vindt groei plaats met 56 plaatsen conform gemiddelde uitbreiding met de data van ABF. Inkomsten in zzp-verdeling conform basisscenario (zzp 4-9). Vanwege de geleidelijke stijging wordt de investering halvewege de periode geplaatst (2025). Tot 2026 basisscenario, daarna groei in aantal plaatsen (+56)	ZZP 4 wordt afgeschaald en vervangen door VPT. Dat betekent dat 111 plaatsen niet meer intramuraal zijn en geen vastgoedopbrengsten levert. VPT levert wel inkomsten voor zorglevering en personeel. Inkomsten -1,55mio
b	Personeel en overig	Kosten indexeren t/m 2030 met 2,5% conform index nhc. Gemiddelde van 2020 en 2021 indexeren.	Er wordt voor ca. 5,5mio extra gedeclareerd in dit scenario. Waarvan uitgegaan wordt dat 95% gebruikt wordt voor personele en overige kosten.	Er vindt groei plaats met 56 plaatsen waarvoor ook personele en overige kosten worden gemaakt. De lasten groeien met 95% van de totale inkomsten.	Inkomsten dalen met 95% van 1,55mio.
c	Afschrijving	Afschrijving continueren. Niet uitgaan van bijzonder waardeverminderingen, of andere investering. Verhouding van afgelopen jaren doorzetten t/m 2030 door gemiddelde afschrijving door te zetten. Waarde activa daalt.	Afschrijving wordt gecontinueerd. Uit de berekening blijkt geen extra investeringscapaciteit. De vastgoedopbrengsten zijn nagenoeg gelijk met het basisscenario.	Er wordt geïnvesteerd in dit scenario met ruim €3mio. Dit wordt geactiveerd en over 30 jaar afgeschreven.	Afstoot vastgoed vindt direct plaats (theoretisch concept). In praktijk allerlei overwegingen in huur/eigendom en portefeuille waarom dit in de praktijk niet opgaat. Afstoten 111 plaatsen*65m2 gemiddeld = 7215m². veronderstellen snel schakelen vanuit flexibiliteit, dus dan moet het huur zijn. exploitatielast komt overeen met 111 zzp 4 plaatsen. Door huur geen sprake van afschrijving.
d	Totaal bedrijfslasten	<i>Uitkomst b+c</i>	<i>Uitkomst b+c</i>	<i>Uitkomst b+c</i>	<i>Uitkomst b+c</i>
e	Bedrijfsresultaat	<i>Uitkomst a+d</i>	<i>Uitkomst a+d</i>	<i>Uitkomst a+d</i>	<i>Uitkomst a+d</i>
f	Financiële baten en lasten	Doordat geen wijzigingen in investeringen plaatsvinden, geen noodzaak tot aanvullende financieringen. Daarom gemiddelde doorzetten niet	Ongewijzigd. Er wordt niet van uitgegaan dat investeringeng gedaan worden.	Financiële lasten stijgen als gevolg van (70%) externe financiering.	Zie c. afschrijving, geen mutatie in financiële lasten.
g	Netto resultaat	<i>Uitkomst e+f</i>	<i>Uitkomst e+f</i>	<i>Uitkomst e+f</i>	<i>Uitkomst e+f</i>
h	Immaterieel vast	Ongewijzigd, wordt alleen in bijzondere gevallen (bv overname andere instelling op de balans opgenomen). Gemiddelde van 2020 en 2021 doorzetten.	Gelijk aan basisscenario.	Gelijk aan basisscenario.	Gelijk aan basisscenario.
i	Materieel vast	Wijzigd door afschrijving. Er wordt niet <i>meer of minder</i> geïnvesteerd in vastgoed dan wordt afgeschreven. Post daalt daardoor met afschrijving (c). Verondersteld wordt dat alleen klein onderhoud uitgevoerd wordt en dus geen zaken geactiveerd	Gelijk aan basisscenario. Er wordt niet geïnvesteerd.	Er wordt €3mio geactiveerd.	Zie c. afschrijving, geen mutatie in materiële activa.
j	Totaal vaste activa	<i>Uitkomst h=i</i>	<i>Uitkomst h=i</i>	<i>Uitkomst h=i</i>	<i>Uitkomst h=i</i>
k	Totaal vlottende activa	Gemiddelde van 2020 en 2021 doorgezet met indexatie 2,5%.	Gemiddelde van 2020 en 2021 doorgezet met indexatie 2,5%.	Mindering van 30% van investering, daarna 2,5% jaarlijks indexeren	Gemiddelde van 2020 en 2021 doorgezet met indexatie 2,5%.
l	Totaal activa	<i>Uitkomst j+k</i>	<i>Uitkomst j+k</i>	<i>Uitkomst j+k</i>	<i>Uitkomst j+k</i>
m	Eigen vermogen	<i>Uitkomst q-(n+o+p)</i>	<i>Uitkomst q-(n+o+p)</i>	<i>Uitkomst q-(n+o+p)</i>	<i>Uitkomst q-(n+o+p)</i>
n	Voorzieningen	Onveranderd, aangenomen wordt dat geen aanvullende voorzieningen getroffen worden dus balanspost eind 2021 blijft	Gelijk aan basisscenario.	Gelijk aan basisscenario.	Gelijk aan basisscenario.
o	Langlopende schulden	Nemen af als gevolg van aflossing op bestaande lening op vastgoed. Afname is verschil tussen 2021 en 2030	Nemen af als gevolg van aflossing op bestaande lening op vastgoed. Afname is verschil tussen 2021 en 2030	Stijgen met 70% van investering, in jaar van investering. Daarna middels lineaire aflossing in 30 jaar afgelost.	Vanwege huur/lease constructie, geen wijziging in langlopende schulden.
p	Kortlopende schulden	Gemiddelde van 2020 en 2021 doorgezet met indexatie 2,5%. Er is geen reden om aan te nemen dat de kortlopende verplichtingen wijzigen bij het continueren van de bedrijfsvoering binnen gelijke omstandigheden.	Gelijk aan basisscenario.	Gelijk aan basisscenario.	Gelijk aan basisscenario.
q	Totaal passiva	<i>Uitkomst n+m+o+p</i>	<i>Uitkomst n+m+o+p</i>	<i>Uitkomst n+m+o+p</i>	<i>Uitkomst n+m+o+p</i>

BIJLAGE 3: DOORREKENING ZORG EN VASTGOEDKOSTEN SCENARIO'S

1 Scenario 1 - Zorgverzwaring

basis bij verdeling nulscenario (verhouding 2050 met zzp 4 intramuraal

	aantal cliënte	% aandeel op	Aantal cliënten	gemiddelde instelling
ZZP 4	44000	13,4%	111	
ZZP 5	175000	53,2%	441	
ZZP 6	74000	22,5%	186	
ZZP 7	30000	9,1%	76	
ZZP 8	4000	1,2%	10	
ZZP 9	2000	0,6%	5	
	329000	100%	829	

Bestuurlijke afspraken scenario (verhouding 2050 met o.a. zzp 4 extramuraal)

	aantal cliënte	% aandeel op	Aantal cliënten	gemiddelde instelling
ZZP 4	0	0,0%	0	
ZZP 5	141000	59,5%	493	
ZZP 6	60000	25,3%	210	
ZZP 7	30000	12,7%	105	
ZZP 8	4000	1,7%	14	
ZZP 9	2000	0,8%	7	
	237000	100%	829	

Cliënten*	zzp	100% tarief	totaal	3% leegstands	zorgtarief	100% tarief	totaal	3% leegstandsnorm
111	ZZP 4vv excl.bh incl.db	€ 13.443	€ 1.490.410	€	134	€ 48.976	€ 5.429.902	
441	ZZP 5vv excl.bh incl.db	€ 13.720	€ 6.050.091	€	261	€ 95.294	€ 42.020.687	
186	ZZP 6vv excl.bh incl.db	€ 13.691	€ 2.552.879	€	238	€ 86.771	€ 16.179.579	
76	ZZP 7vv excl.bh incl.db	€ 14.082	€ 1.064.474	€	314	€ 114.548	€ 8.658.989	
10	ZZP 8vv excl.bh incl.db	€ 14.859	€ 149.766	€	417	€ 152.074	€ 1.532.754	
5	ZZP 9bvv excl.bh incl.db	€ 13.859	€ 69.843	€	223	€ 81.424	€ 410.338	
829		€ 83.654	€ 11.377.463	€ 11.036.139		€ 579.087	€ 74.232.249	€ 72.005.282

Cliënten*	zzp	100% tarief	totaal	3% leegstands	zorgtarief	100% tarief	totaal	3% leegstandsnorm
0	ZZP 4vv excl.bh incl.db	€ 13.443	€ -	€	134	€ 48.976	€ -	
493	ZZP 5vv excl.bh incl.db	€ 13.720	€ 6.766.911	€	261	€ 95.294	€ 46.999.341	
210	ZZP 6vv excl.bh incl.db	€ 13.691	€ 2.873.408	€	238	€ 86.771	€ 18.211.021	
105	ZZP 7vv excl.bh incl.db	€ 14.082	€ 1.477.687	€	314	€ 114.548	€ 12.020.285	
14	ZZP 8vv excl.bh incl.db	€ 14.859	€ 207.903	€	417	€ 152.074	€ 2.127.747	
7	ZZP 9bvv excl.bh incl.db	€ 13.859	€ 96.955	€	223	€ 81.424	€ 569.626	
829		€ 83.654	€ 11.422.865	€ 11.080.179		€ 579.087	€ 79.928.019	€ 77.530.179

0,40%

7,67%

*naar rato van scenario ABF bestuurlijke afspraken, scenario zonder zzp 4.

Gemiddelde nhc+nic/vastgoedinkomsten per cliënt	€ 13,366 / cliënt
Gemiddelde loon en personele inkomsten per cliënt	€ 93,523 / cliënt
Gemiddelde totale inkomsten per cliënt	€ 106,888 / cliënt

2 Scenario 2 - Productiviteit

Verdeling/ratio zzp cliënten o.b.v. ABF onderzoek

Nulscenario 2030

	aantal cliënte	% aandeel op	Aantal cliënten	2030
ZZP 4	44000	13,4%	7	7
ZZP 5	175000	53,2%	30	30
ZZP 6	74000	22,5%	12	12
ZZP 7	30000	9,1%	5	5
ZZP 8	4000	1,2%	1	1
ZZP 9	2000	0,6%	1	1
	329000	100%	56	56

Cliënten*	zzp	100% tarief	totaal	3% leegstands	zorgtarief	100% tarief	totaal	3% leegstandsnorm
7	ZZP 4vv excl.bh incl.db	€ 13.443	€ 94.101	€	134	€ 48.976	€ 342.830	
30	ZZP 5vv excl.bh incl.db	€ 13.720	€ 411.611	€	261	€ 95.294	€ 2.858.826	
12	ZZP 6vv excl.bh incl.db	€ 13.691	€ 164.294	€	238	€ 86.771	€ 1.041.257	
5	ZZP 7vv excl.bh incl.db	€ 14.082	€ 70.409	€	314	€ 114.548	€ 572.740	
1	ZZP 8vv excl.bh incl.db	€ 14.859	€ 14.859	€	417	€ 152.074	€ 152.074	
1	ZZP 9bvv excl.bh incl.db	€ 13.859	€ 13.859	€	223	€ 81.424	€ 81.424	
56		€ 83.654	€ 769.132	€ 746.058		€ 579.087	€ 5.049.151	€ 4.897.676

* naar rato verdeeld conform ABF, en gemiddelde groei 2030

Gemiddelde nhc+nic/vastgoedinkomsten per cliënt	€ 13,442 / cliënt
Gemiddelde loon en personele inkomsten per cliënt	€ 88,241 / cliënt
Gemiddelde totale inkomsten per cliënt	€ 101,683 / cliënt

3 Scenario 3 - Kostenreductie

Verdeling/ratio zzp cliënten o.b.v. ABF onderzoek - Vervanging zzp 4 door VPT

Basis is dus gelijk als bij 1 voor verschilmeting. Zzp vervangen. Aanmtallen zzp 4 vervangen door vpt. Zzp 5 en hoger blijven gelijk.

	aantal cliënte	% aandeel o	Aantal cliënten 2030	Cliënten*	zzp/VPT	100% tarief	totaal	3% leegstands	zorgtarief	100% tarief	totaal	3% leegstandsnorm
VPT	44000	13%	111	111	VPT 4VV excl.BH incl.DB en	€ 1.580	€ 175.223	€	127	€ 46.340	€ 5.137.728	
ZZP 5	175000	53%	441	441	ZZP 5vv excl.bh incl.db	€ 13.720	€ 6.050.091	€	261	€ 95.294	€ 42.020.687	
ZZP 6	74000	22%	186	186	ZZP 6vv excl.bh incl.db	€ 13.691	€ 2.552.879	€	238	€ 86.771	€ 16.179.579	
ZZP 7	30000	9%	76	76	ZZP 7vv excl.bh incl.db	€ 14.082	€ 1.064.474	€	314	€ 114.548	€ 8.658.989	
ZZP 8	4000	1%	10	10	ZZP 8vv excl.bh incl.db	€ 14.859	€ 149.766	€	417	€ 152.074	€ 1.532.754	
ZZP 9	2000	1%	5	5	ZZP 9vv excl.bh incl.db	€ 13.859	€ 69.843	€	223	€ 81.424	€ 410.338	
	0	329000	100%	829		€ 71.792	€ 10.062.276	€ 9.760.407		€ 576.452	€ 73.940.075	€ 71.721.873

obv gemiddelde instelling

Gemiddelde nhc+nic/vastgoedinkomsten per cliënt	€ 11.774 / cliënt
Gemiddelde loon en personele inkomsten per cliënt	€ 86.516 / cliënt
Gemiddelde totale inkomsten per cliënt	€ 98.290 / cliënt

**BIJLAGE 4:
VASTGOEDEXPLOITATIE
UITBREIDING 56 CLIËNTEN**

BIJLAGE 5: INVESTERINGSKOSTEN SCENARIO 2

Investeringskostenoverzicht t.b.v. algehele groei

Aantal organisaties		1063	in 2021	
investeringskosten per cliënt	€	236.502	prijspeil feb 2023 voor NHC en NIC	
Bouwkosten per m2 BVO	€	2.036	NHC	Bouwkosten Utrecht
Terrein	€	73		
Grondkosten (aankoop utrecht)	€	297	/m ² BVO	
inrichtingskosten domotica, inventaris			NIC	
25%	€	601	bijkomende kosten en onvoorzie	
investeringskosten	€	3.007	excl. btw	
investeringskosten incl. btw	€	3.638	incl. btw	
65 m ² per cliënt	€	236.502	incl. btw	
Oppervlakte voor investering		65	m ²	
Aantal cliënten		56	in 2030 extra te huisvesten	
totaaloppervlakte nieuwbouw		3608	m ²	
totaalinvestering	€	13.126.637	incl. btw	
Instandhoudingskosten		35	/ m ² BVO / jaar	
Dotatie instandhouding	€	126.270	/jaar	
ratio		0,96%	van totaalinvestering	
NHC norm		0,80%	van nieuwbouwwaarde	
Reservering instandhouding	€	105.013		
gem. agrarische grondprijs		€ 86.100	per hectare	
		€ 8,61	/m ²	
gem. grond utrecht		€ 202,17	/ m ²	prijspeil 2019, cpi 1995=100
		€ 244,63	/ m ²	
		€ 281,32	/ m ²	schatting indexatie, incl. belasting
2laags gebouw TBO		1804	m ²	
terrein		2000	m ²	
totaal kavel		3804	m ²	

BIJLAGE 6: SCENARIO'S

jaar	Scenario		Basisscenario gemiddelde zorgorganisatie									B	Scenario 1 - Verzwaring zorg										1										
	jaarrekeningen	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	jaarrekeningen	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030									
Jaarrekening																																	
a Bedrijfsopbrengsten (omzet)	81,2	84,3	84,8	86,9	89,1	91,3	93,6	96,0	98,4	100,8	103,4	81,2	84,3	90,7	92,9	95,3	97,6	100,1	102,6	105,2	107,8	110,5	81,2	84,3	90,7	92,9	95,3	97,6	100,1	102,6	105,2	107,8	110,5
Bedrijfslasten																																	
b Personeel en overig	-75,8	-78,6	-79,1	-81,1	-83,2	-85,2	-87,4	-89,5	-91,8	-94,1	-96,4	-75,8	-78,6	-84,7	-86,8	-89,0	-91,2	-93,5	-95,8	-98,2	-100,7	-103,2	-75,8	-78,6	-84,7	-86,8	-89,0	-91,2	-93,5	-95,8	-98,2	-100,7	-103,2
c Afschrijving	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9
d Totaal bedrijfslasten	-79,7	-82,5	-83,0	-85,0	-87,0	-89,1	-91,3	-93,4	-95,7	-98,0	-100,3	-79,7	-82,5	-88,6	-90,7	-92,9	-95,1	-97,4	-99,7	-102,1	-104,6	-107,1	-79,7	-82,5	-88,6	-90,7	-92,9	-95,1	-97,4	-99,7	-102,1	-104,6	-107,1
e Bedrijfsresultaat	1,4	1,9	1,8	1,9	2,1	2,2	2,4	2,5	2,7	2,9	3,0	1,4	1,9	2,1	2,2	2,4	2,5	2,7	2,9	3,0	3,2	3,4	1,4	1,9	2,1	2,2	2,4	2,5	2,7	2,9	3,0	3,2	3,4
f Financiële baten en lasten	-0,72	-0,60	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,72	-0,60	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,72	-0,60	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	
g Netto resultaat	0,72	1,25	1,13	1,27	1,41	1,56	1,72	1,87	2,03	2,20	2,37	0,72	1,25	1,42	1,57	1,72	1,88	2,04	2,20	2,37	2,55	2,72	0,72	1,25	1,42	1,57	1,72	1,88	2,04	2,20	2,37	2,55	2,72
Balans																																	
Activa																																	
h Immaterieel vast	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
i Materieel vast	45,7	45,6	41,7	37,8	33,9	30,1	26,2	22,3	18,4	14,5	10,6	45,7	45,6	41,7	37,8	33,9	30,1	26,2	22,3	18,4	14,5	10,6	45,7	45,6	41,7	37,8	33,9	30,1	26,2	22,3	18,4	14,5	10,6
j Totaal vaste activa	45,8	45,7	41,9	38,0	34,1	30,2	26,3	22,4	18,5	14,6	10,7	45,8	45,7	41,9	38,0	34,1	30,2	26,3	22,4	18,5	14,6	10,7	45,8	45,7	41,9	38,0	34,1	30,2	26,3	22,4	18,5	14,6	10,7
k Totaal vlottende activa	16,0	17,0	16,9	17,3	17,8	18,2	18,7	19,1	19,6	20,1	20,6	16,0	17,0	16,9	17,3	17,8	18,2	18,7	19,1	19,6	20,1	20,6	16,0	17,0	16,9	17,3	17,8	18,2	18,7	19,1	19,6	20,1	20,6
l Totaal activa	61,9	62,7	58,8	55,3	51,9	48,4	45,0	41,5	38,1	34,7	31,3	61,9	62,7	58,8	55,3	51,9	48,4	45,0	41,5	38,1	34,7	31,3	61,9	62,7	58,8	55,3	51,9	48,4	45,0	41,5	38,1	34,7	31,3
Passiva																																	
m Eigen vermogen	23,5	25,5	23,7	21,8	19,9	17,9	16,0	14,1	12,2	10,2	8,3	23,5	25,5	23,7	21,8	19,9	17,9	16,0	14,1	12,2	10,2	8,3	23,5	25,5	23,7	21,8	19,9	17,9	16,0	14,1	12,2	10,2	8,3
n Voorzieningen	1,6	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,6	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,6	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
o Langlopende schulden	21,4	19,5	17,5	15,6	13,6	11,7	9,7	7,8	5,8	3,9	1,9	21,4	19,5	17,5	15,6	13,6	11,7	9,7	7,8	5,8	3,9	1,9	21,4	19,5	17,5	15,6	13,6	11,7	9,7	7,8	5,8	3,9	1,9
p Kortlopende schulden	15,4	16,4	16,3	16,7	17,1	17,6	18,0	18,5	18,9	19,4	19,9	15,4	16,4	16,3	16,7	17,1	17,6	18,0	18,5	18,9	19,4	19,9	15,4	16,4	16,3	16,7	17,1	17,6	18,0	18,5	18,9	19,4	19,9
q Totaal passiva	61,9	62,7	58,8	55,3	51,9	48,4	45,0	41,5	38,1	34,7	31,3	61,9	62,7	58,8	55,3	51,9	48,4	45,0	41,5	38,1	34,7	31,3	61,9	62,7	58,8	55,3	51,9	48,4	45,0	41,5	38,1	34,7	31,3
Ratio's																																	
Netto resultaat (g/a)	0,89%	1,49%	1,33%	1,46%	1,59%	1,71%	1,83%	1,95%	2,07%	2,18%	2,29%	0,89%	1,49%	1,56%	1,69%	1,81%	1,92%	2,04%	2,15%	2,26%	2,36%	2,46%	0,89%	1,49%	1,56%	1,69%	1,81%	1,92%	2,04%	2,15%	2,26%	2,36%	2,46%
Solvabiliteit (m/l)	38%	41%	40%	39%	38%	37%	36%	34%	32%	29%	27%	38%	41%	40%	39%	38%	37%	36%	34%	32%	29%	27%	38%	41%	40%	39%	38%	37%	36%	34%	32%	29%	27%
Debt Ratio ((n+o+p)/q)	62%	59%	60%	61%	62%	63%	64%	66%	68%	71%	73%	62%	59%	60%	61%	62%	63%	64%	66%	68%	71%	73%	62%	59%	60%	61%	62%	63%	64%	66%	68%	71%	73%
Debt to Equity Ratio ((n+o+p)/m)	1,64 x	1,46 x	1,48 x	1,54 x	1,61 x	1,70 x	1,81 x	1,95 x	2,14 x	2,39 x	2,77 x	1,64 x	1,46 x	1,48 x	1,54 x	1,61 x	1,70 x	1,81 x	1,95 x	2,14 x	2,39 x	2,77 x	1,64 x	1,46 x	1,48 x	1,54 x	1,61 x	1,70 x	1,81 x	1,95 x	2,14 x	2,39 x	2,77 x
LTV (o/i)	47%	43%	42%	41%	40%	39%	37%	35%	32%	27%	18%	47%	43%	42%	41%	40%	39%	37%	35%	32%	27%	18%	47%	43%	42%	41%	40%	39%	37%	35%	32%	27%	18%
ROA (g/i)	1,58%	2,75%	2,70%	3,35%	4,16%	5,20%	6,56%	8,41%	11,06%	15,17%	22,34%	1,58%	2,75%	3,40%	4,14%	5,07%	6,25%	7,79%	9,89%	12,91%	17,57%	25,71%	1,58%	2,75%	3,40%	4,14%	5,07%	6,25%	7,79%	9,89%	12,91%	17,57%	25,71%

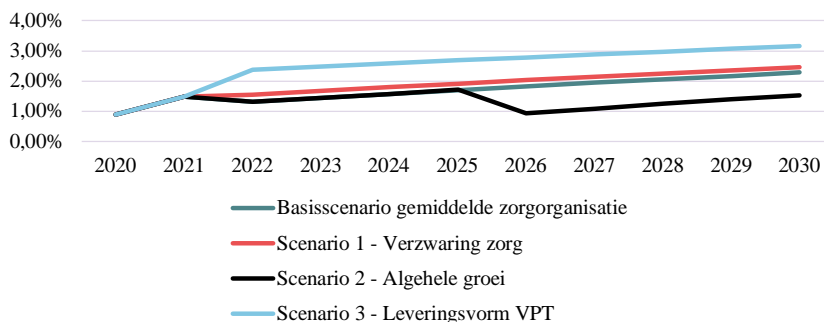
		Scenario 2 - Algehele groei										2	Scenario 3 - Leveringsvorm VPT										3				
		jaarrekeningen		Strategie: Productiviteitsverbetering											jaarrekeningen		Strategie: Kostenreductie										
jaar		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030			
Jaarrekening																											
a	Bedrijfsopbrengsten (omzet)	81,2	84,3	84,8	86,9	89,1	91,3	100,2	102,7	105,2	107,9	110,6		81,2	84,3	83,2	85,3	87,4	89,6	91,9	94,2	96,5	98,9	101,4			
Bedrijfslasten																											
b	Personeel en overig	-75,8	-78,6	-79,1	-81,1	-83,2	-85,2	-93,6	-95,9	-98,3	-100,8	-103,3		-75,8	-78,6	-77,6	-79,6	-81,6	-83,6	-85,7	-87,8	-90,0	-92,3	-94,6			
c	Afschrijving	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-3,9	-4,4	-4,4	-4,4	-4,4	-4,4		-3,9	-3,9	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0			
d	Totaal bedrijfslasten	-79,7	-82,5	-83,0	-85,0	-87,0	-89,1	-98,0	-100,3	-102,7	-105,2	-107,7		-79,7	-82,5	-80,6	-82,5	-84,5	-86,6	-88,6	-90,8	-93,0	-95,2	-97,5			
e	Bedrijfsresultaat	1,4	1,9	1,8	1,9	2,1	2,2	2,2	2,4	2,5	2,7	2,9		1,4	1,9	2,6	2,8	2,9	3,1	3,2	3,4	3,5	3,7	3,9			
f	Financiële baten en lasten	-0,72	-0,60	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-1,25	-1,23	-1,21	-1,19	-1,17		-0,72	-0,60	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66	-0,66			
g	Netto resultaat	0,72	1,25	1,13	1,27	1,41	1,56	0,94	1,13	1,32	1,51	1,71		0,72	1,25	1,98	2,12	2,27	2,41	2,57	2,72	2,88	3,04	3,21			
Balans																											
Activa																											
h	Immaterieel vast	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1			
i	Materieel vast	45,7	45,6	41,7	37,8	33,9	30,1	40,9	36,5	32,1	27,7	23,3		45,7	45,6	42,7	39,7	36,8	33,8	30,9	27,9	24,9	22,0	19,0			
j	Totaal vaste activa	45,8	45,7	41,9	38,0	34,1	30,2	41,0	36,6	32,2	27,8	23,4		45,8	45,7	42,8	39,9	36,9	33,9	31,0	28,0	25,1	22,1	19,2			
k	Totaal vlottende activa	16,0	17,0	16,9	17,3	17,8	18,2	14,1	14,5	15,2	16,4	18,1		16,0	17,0	16,9	17,3	17,8	18,2	18,7	19,1	19,6	20,1	20,6			
l	Totaal activa	61,9	62,7	58,8	55,3	51,9	48,4	55,1	51,1	47,4	44,2	41,5		61,9	62,7	59,7	57,2	54,7	52,2	49,7	47,2	44,7	42,2	39,8			
Passiva																											
m	Eigen vermogen	23,5	25,5	23,7	21,8	19,9	17,9	13,5	11,5	9,9	8,2	6,9		23,5	25,5	24,7	23,7	22,7	21,7	20,7	19,7	18,7	17,7	16,8			
n	Voorzieningen	1,6	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2		1,6	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2			
o	Langlopende schulden	21,4	19,5	17,5	15,6	13,6	11,7	22,3	19,9	17,3	15,4	13,4		21,4	19,5	17,5	15,6	13,6	11,7	9,7	7,8	5,8	3,9	1,9			
p	Kortlopende schulden	15,4	16,4	16,3	16,7	17,1	17,6	18,0	18,5	18,9	19,4	19,9		15,4	16,4	16,3	16,7	17,1	17,6	18,0	18,5	18,9	19,4	19,9			
q	Totaal passiva	61,9	62,7	58,8	55,3	51,9	48,4	55,1	51,1	47,4	44,2	41,5		61,9	62,7	59,7	57,2	54,7	52,2	49,7	47,2	44,7	42,2	39,8			
Ratio's		2										3															
	Netto resultaat (g/a)	0,89%	1,49%	1,33%	1,46%	1,59%	1,71%	0,94%	1,10%	1,25%	1,40%	1,55%		0,89%	1,49%	2,38%	2,49%	2,59%	2,69%	2,79%	2,89%	2,98%	3,07%	3,16%			
	Solvabiliteit (m/l)	38%	41%	40%	39%	38%	37%	25%	23%	21%	18%	17%		38%	41%	41%	41%	41%	42%	42%	42%	42%	42%	42%			
	Debt Ratio ((n+o+p)/q)	62%	59%	60%	61%	62%	63%	75%	77%	79%	82%	83%		62%	59%	59%	59%	59%	58%	58%	58%	58%	58%	58%			
	Debt to Equity Ratio ((n+o+p)/m)	1,64 x	1,46 x	1,48 x	1,54 x	1,61 x	1,70 x	3,07 x	3,44 x	3,78 x	4,41 x	4,98 x		1,64 x	1,46 x	1,42 x	1,42 x	1,41 x	1,41 x	1,40 x	1,39 x	1,39 x	1,38 x	1,37 x			
	LTV (o/i)	47%	43%	42%	41%	40%	39%	55%	55%	54%	56%	58%		47%	43%	41%	39%	37%	35%	32%	28%	23%	18%	10%			
	ROA (g/i)	1,58%	2,75%	2,70%	3,35%	4,16%	5,20%	2,30%	3,09%	4,11%	5,46%	7,34%		1,58%	2,75%	4,65%	5,35%	6,17%	7,14%	8,32%	9,75%	11,54%	13,83%	16,85%			

BIJLAGE 7: UITKOMSTEN SCENARIO'S

Netto resultaat (g/a)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Basisscenario gemiddelde zorgorganisatie	0,89%	1,49%	1,33%	1,46%	1,59%	1,71%	1,83%	1,95%	2,07%	2,18%	2,29%
Scenario 1 - Verzwaring zorg	0,89%	1,49%	1,56%	1,69%	1,81%	1,92%	2,04%	2,15%	2,26%	2,36%	2,46%
Scenario 2 - Algehele groei	0,89%	1,49%	1,33%	1,46%	1,59%	1,71%	0,94%	1,10%	1,25%	1,40%	1,55%
Scenario 3 - Leveringsvorm VPT	0,89%	1,49%	2,38%	2,49%	2,59%	2,69%	2,79%	2,89%	2,98%	3,07%	3,16%

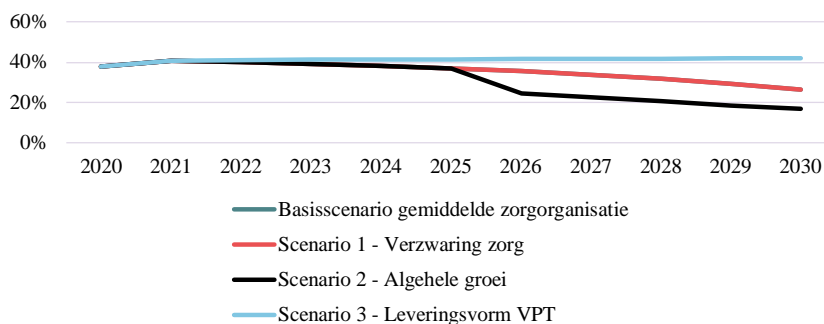
Netto resultaat



Solvabiliteit (m/l)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Basisscenario gemiddelde zorgorganisatie	38%	41%	40%	39%	38%	37%	36%	34%	32%	29%	27%
Scenario 1 - Verzwaring zorg	38%	41%	40%	39%	38%	37%	36%	34%	32%	29%	27%
Scenario 2 - Algehele groei	38%	41%	40%	39%	38%	37%	25%	23%	21%	18%	17%
Scenario 3 - Leveringsvorm VPT	38%	41%	41%	41%	41%	42%	42%	42%	42%	42%	42%

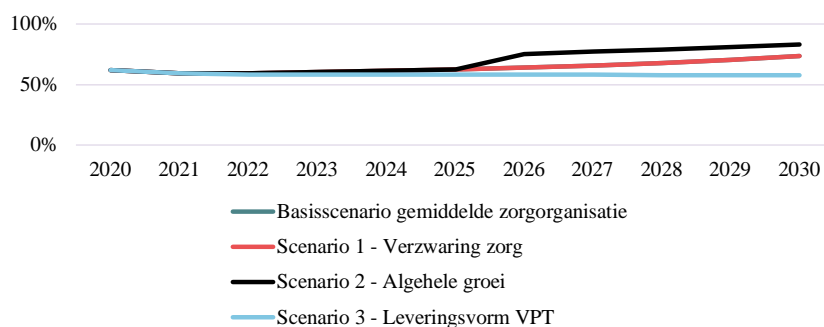
Solvabiliteit



Debt Ratio ((n+o+p)/q)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Basisscenario gemiddelde zorgorganisatie	62%	59%	60%	61%	62%	63%	64%	66%	68%	71%	73%
Scenario 1 - Verzwaring zorg	62%	59%	60%	61%	62%	63%	64%	66%	68%	71%	73%
Scenario 2 - Algehele groei	62%	59%	60%	61%	62%	63%	75%	77%	79%	82%	83%
Scenario 3 - Leveringsvorm VPT	62%	59%	59%	59%	59%	58%	58%	58%	58%	58%	58%

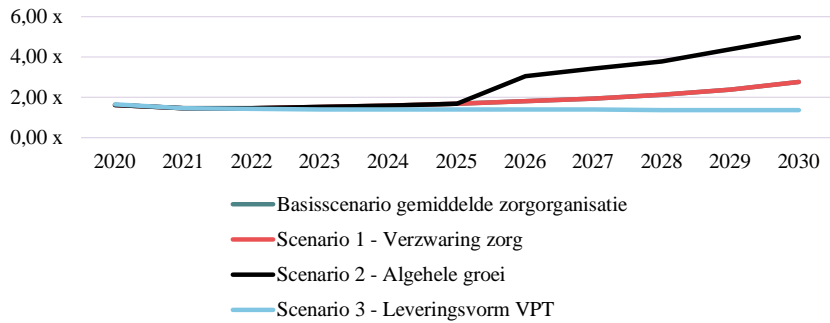
Debt ratio



Debt to Equity Ratio ((n+o+p)/m)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Basisscenario gemiddelde zorgorganisatie	1,64 x	1,46 x	1,48 x	1,54 x	1,61 x	1,70 x	1,81 x	1,95 x	2,14 x	2,39 x	2,77 x
Scenario 1 - Verzwaring zorg	1,64 x	1,46 x	1,48 x	1,54 x	1,61 x	1,70 x	1,81 x	1,95 x	2,14 x	2,39 x	2,77 x
Scenario 2 - Algehele groei	1,64 x	1,46 x	1,48 x	1,54 x	1,61 x	1,70 x	3,07 x	3,44 x	3,78 x	4,41 x	4,98 x
Scenario 3 - Leveringsvorm VPT	1,64 x	1,46 x	1,42 x	1,42 x	1,41 x	1,41 x	1,40 x	1,39 x	1,39 x	1,38 x	1,37 x

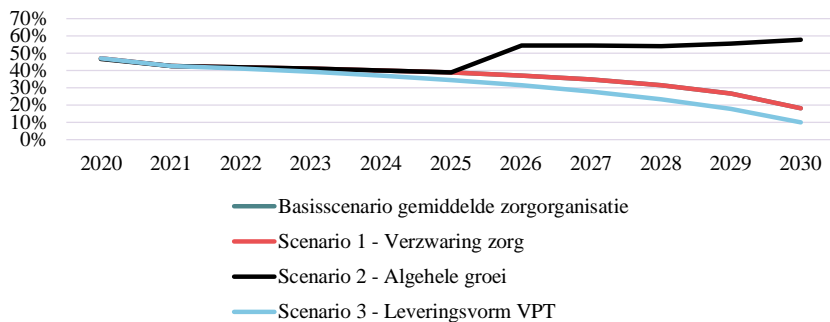
Debt equity ratio



LTV (o/i)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Basisscenario gemiddelde zorgorganisatie	47%	43%	42%	41%	40%	39%	37%	35%	32%	27%	18%
Scenario 1 - Verzwaring zorg	47%	43%	42%	41%	40%	39%	37%	35%	32%	27%	18%
Scenario 2 - Algehele groei	47%	43%	42%	41%	40%	39%	55%	55%	54%	56%	58%
Scenario 3 - Leveringsvorm VPT	47%	43%	41%	39%	37%	35%	32%	28%	23%	18%	10%

LTV



ROA (g/i)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Basisscenario gemiddelde zorgorganisatie	1,58%	2,75%	2,70%	3,35%	4,16%	5,20%	6,56%	8,41%	11,06%	15,17%	22,34%
Scenario 1 - Verzwaring zorg	1,58%	2,75%	3,40%	4,14%	5,07%	6,25%	7,79%	9,89%	12,91%	17,57%	25,71%
Scenario 2 - Algehele groei	1,58%	2,75%	2,70%	3,35%	4,16%	5,20%	2,30%	3,09%	4,11%	5,46%	7,34%
Scenario 3 - Leveringsvorm VPT	1,58%	2,75%	4,65%	5,35%	6,17%	7,14%	8,32%	9,75%	11,54%	13,83%	16,85%

ROA

