



Toegankelijkheid van toekomstig woonzorg aanbod voor ouderen onder druk



18 augustus 2021
Eindnotitie
Stuurgroep Zorgvastgoed
Rotterdam

In opdracht van het ministerie van VWS en ConForte
Opdrachtnemer: Jeroen van Breda Vriesman, kwartiermaker (&samhoud)

Contact voor vragen: Irene Krijgsman, adviseur (&samhoud)

Voorzitter stuurgroep Zorgvastgoed: Marti Paardekooper

Deze notitie wordt aangeboden namens de stuurgroep Zorgvastgoed

Namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, T. van Uum <i>Directeur Langdurige Zorg</i>	Namens het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, B. van Delden <i>Plaatsvervangend Directeur-Generaal</i>
Namens Zilveren Kruis Zorgkantoor, M. Paardekooper <i>Directeur Zorginkoop Langdurige Zorg</i>	Namens de leden van brancheorganisatie ConForte, • Aafje, Guy Buck (bestuurder) • Laurens, Hans Huizer (bestuurder) • Humanitas, Ellis Kastelein (bestuurder) H.J. van den Berg <i>Portefeuillehouder Vastgoed ConForte, Bestuurder Lelie zorggroep</i>
Namens de gemeente Rotterdam, J. Janse <i>Directeur Welzijn, Zorg en Jeugdhulp</i>	Namens de woningbouwcorporaties Rotterdam, • Woonbron, Richard Sitton (bestuurder) H. Najja <i>Bestuurder SOR</i>
Namens de kwartiermaker van de stuurgroep, J. van Breda Vriesman <i>Partner &samhoud</i>	

Inleiding

Voor u ligt de notitie ‘financiering zorgvastgoed ouderen’ die tot stand is gekomen in opdracht van de samenwerkende partijen: zorgaanbieders Rotterdam, woningbouwcorporaties Rotterdam, gemeente Rotterdam, het zorgkantoor Zilveren Kruis en de ministeries van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). In 2019 heeft (onderzoeks)bureau BDO in kaart gebracht dat er in de regio Rotterdam in de komende jaren circa 1 miljard euro aan investeringen noodzakelijk is om te voldoen aan de toenemende vraag naar verpleegzorg. Deze 1 miljard euro betreft zowel de noodzakelijke uitbreiding van plaatsen als gevolg van vergrijzing als ook het instandhouden/herbouw van plaatsen om te voorkomen dat plaatsen wegvallen.

Om te voorkomen dat de toegankelijkheid van verpleegzorg in de toekomst ernstig onder druk komt te staan, dient er *nu* geanticipeerd te worden op de naderende piek met ouderen die zware zorg nodig hebben. De huidige zorgaanbieders en woningbouwcorporaties zijn niet in staat om tijdig te anticiperen op het toekomstig aanbod. Het ontbreekt aan de financiële slagkracht om de uitbreiding voor te financieren.

Vanuit een gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel voor dit (financierings)probleem, hebben de samenwerkende partijen een opdracht geformuleerd met als doel om de oorzaken, gevolgen en oplossingsmogelijkheden voor dit vraagstuk te onderzoeken. Jeroen van Breda Vriesman is aangesteld om als kwartiermaker dit onderzoek te begeleiden om tot een oplossingsrichting te komen, die ook buiten de regio Rotterdam kan worden (her)gebruikt. In 2020-2021 heeft dit onderzoek plaatsgevonden aan de hand van literatuuronderzoek en interviews met de relevante stakeholders uit het veld en potentiële financiers. Het unieke van de werkwijze is dat *alle* bovengenoemde stakeholders (m.u.v. de mogelijke financiers) gedurende dit onderzoek verenigd waren in de stuurgroep ‘Zorgvastgoed’ en periodiek bij elkaar kwamen om de thematiek en de oplossing te bespreken en een ieders rol daarin te verkennen.

Het onderzoek

Het onderzoek heeft zich gericht op de *financieringsvraag*. Hoe kan financiering tot stand komen om de toegankelijkheid van verpleegzorg voor ouderen in de toekomst te garanderen? Daarbij heeft Rotterdam concreet als casus gediend, omdat de omvang en de aard van de financieringsvraag al gekwantificeerd was. Echter, deze problematiek speelt ook in andere (grootstedelijke) gebieden. De insteek van het onderzoek is dan ook geweest om naast een oplossing voor Rotterdam ook te kijken welke elementen van die oplossing kunnen bijdragen aan een *generieke* oplossingsrichting, waarmee dezelfde problematiek landelijk aangepakt kan worden. Vanuit dit landelijk perspectief zijn de ministeries van VWS en BZK vertegenwoordigd om ook de doorvertaling te maken naar de mogelijkheden elders in het land. Het behalen van de aantallen extra verpleegzorg plaatsen voor ouderen is natuurlijk niet alleen afhankelijk van financiering. Het raakt ook aan vragen naar de beschikbaarheid van zorgpersoneel en bouwlocaties en daarnaast is het belangrijk om goed na te denken welk type vastgoed er gebouwd moet worden. Deze punten zijn in dit onderzoek buiten scope gebleven.

Belangrijk en urgent

Het goed kunnen verzorgen van ouderen die zware zorg nodig hebben is vanzelfsprekend belangrijk. Het hebben van voldoende woonplekken waar deze zorg geleverd kan worden is daarmee evenzo belangrijk. Echter door de demografische ontwikkeling tot, in ieder geval 2050, komen we plekken tekort waar onze ouderen kunnen wonen en zware zorg kunnen krijgen. Mede door Corona is er op dit moment geen tekort aan woonplekken maar toch is het probleem nu ook al urgent. De groei van het aantal ouderen gecombineerd met de lange doorlooptijden die bij de ontwikkeling van vastgoed nu eenmaal gelden, maken actie noodzakelijk. De urgentie heeft ertoe geleid dat partijen uit het veld en de overheid in overleg zijn (bijvoorbeeld door de Taskforce Wonen

en Zorg die in 2019 opgericht is) om tot afspraken te komen¹⁻². De belangrijkste conclusie uit dit onderzoek in Rotterdam is dat een oplossing *alleen* tot stand kan komen als *alle* betrokken partijen (landelijke en lokale overheid, zorgaanbieders, woningbouwcorporaties en zorgkantoren) gaan samenwerken en op die manier hun verantwoordelijkheid nemen. Alle stuurgroepleden hebben de intentie uitgesproken om ook hun rol te *willen* pakken om tot de oplossing te komen. Op 14 juli 2021 is de kern van deze notitie naar de kabinetsformateur gestuurd om de thematiek bij het volgende kabinet hoog te agenderen. Onze aanbeveling is om een nationaal programma wonen en zorg in te richten en de huisvesting voor ouderen die zware zorg nodig hebben daar een belangrijk onderdeel van te laten zijn. Dit onderzoek kan daarvoor een belangrijke bouwsteen zijn.

Met het aanbieden van dit onderzoek ronden we de eerste fase af. In de tweede fase gaat de stuurgroep Zorgvastgoed met betrokken stakeholders verder aan de slag met de uitwerking van de randvoorwaarden en de noodzakelijke samenwerking om gezamenlijk stappen te zetten. Zo bouwen we vandaag aan de toekomst van morgen.

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/06/02/bouwen-woningen-ouderen-krijgt-hoge-prioriteit>

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/06/02/kamerbrief-over-bestuurlijke-afspraken-wonen-en-zorg>

Inhoudsopgave

Inleiding	p. 3
1. Probleemdefinitie	p. 6
2. De belangrijkste systeemorzaken	p. 7
3. Gebrek aan middelen bij betrokken partijen	p. 8
4. Financiers hebben interesse, maar zien belemmeringen	p. 11
5. Oplossingsrichting	p. 13
Conclusie en vervolg	p. 15
Bijlage: overzicht interviews	p. 17

1. Probleemdefinitie

Door de vergrijzing ontstaat een fors tekort aan verpleegzorg plaatsen. In de periode van 2025-2033 stijgt het aantal ouderen in regio Rotterdam van 80 jaar en ouder met circa 23%. Dit betekent dat daarvoor circa 1.200 *extra* verpleegzorg plaatsen bijgebouwd moeten worden, bovenop de bestaande capaciteit (nu circa 5.750 plaatsen in Rotterdam). Daarbij wordt uitgegaan van *behoud* van de huidige capaciteit en dat is zeker geen vanzelfsprekendheid. Landelijke prognoses laten zien dat de demografische ontwikkeling - met een piek van het aantal ouderen - in ieder geval tot 2050 doorstijgt. In 2020 zijn er in Nederland 824.000 mensen van 80 jaar en ouder, in 2035 zullen dat er naar verwachting 2.2 miljoen zijn.³

Uit een onderzoek van BDO is gebleken dat er in regio Rotterdam iets minder dan 1 miljard euro aan investeringen noodzakelijk is om te voldoen aan de vraag naar verpleegzorg. Het betreft investeringen in *zowel* nieuwbouw (extra plekken) als onderhoud en renovatie om bestaande plekken te behouden. Deze investeringen komen niet of maar gedeeltelijk tot stand. De investeringen zijn in drie categorieën te verdelen:

- Behoud van bestaand vastgoed door achterstallig en grootonderhoud
 - Met een omvang van 137 miljoen euro (15%)
- Renovatie van bestaand vastgoed
 - Met een omvang van 157 miljoen euro (17%)
- Nieuwbouw
 - Met een omvang van 627 miljoen euro (68%)

In de regio Rotterdam is dus 627 miljoen nodig voor nieuwbouw en is 294 miljoen noodzakelijke om bestaand vastgoed te *behouden*.

Met deze investeringen kan voorkomen worden dat ouderen met een zware zorg indicatie *te lang* (noodgedwongen) thuis moeten blijven wonen met alle gevolgen van dien. Op dit moment vindt onderhoud en renovatie maar mondjesmaat plaats en worden er nauwelijks nieuwbouwplannen gemaakt. Dit is een serieus probleem, omdat er vele jaren nodig zijn om vastgoed te ontwikkelen. Er zal zeker verschil zijn tussen de bedragen die nodig zijn per regio. De demografie en de staat van het vastgoed verschilt per regio evenals de financiële kracht van zorgaanbieders en woningbouwcorporaties. Echter, de problematiek wordt ook buiten Rotterdam breed herkend en onderschreven⁴. Daardoor zullen de landelijke bedragen die nodig zijn ook een veelvoud zijn van wat in Rotterdam nodig is. Wij hebben het landelijk beeld niet onderzocht. Daarnaast geeft onderzoek van de ABN AMRO aan dat er ook substantiële investeringen nodig gaan zijn om zorgvastgoed te verduurzamen en om nieuw vastgoed duurzaam te bouwen. Voor financiers zijn dit belangrijke speerpunten richting de klimaatdoelen in 2030, waar bij het verstrekken van leningen steeds meer rekening gehouden wordt⁵.

Een tekort aan woonruimte voor ouderen die intensieve zorg nodig hebben gaat ook over de bredere toegankelijkheid tot de zorg, omdat ouderen met een beperkte financiële ruimte hierdoor *harder* zullen worden getroffen. Deze groep is minder goed in staat zijn om zelf alternatieven te organiseren. Daarnaast zullen ook medewerkers in de zorg in hun dagelijkse werk de moeilijkheden van ontoereikende verpleegzorg gaan ervaren. Dit kan leiden tot het vertrek van medewerkers die onnodig zwaar belast werk moeten verrichten. Voor de cliënten betekent dit onveilige situaties en de kwaliteit van zorg die onnodig achteruit gaat. Gezien de *omvang*, *ernst* en *urgentie* vraagt dit probleem om een structurele oplossing waarbij actie niet lang meer kan wachten.

³ <https://vng.nl/nieuws/oproep-breng-stijgende-zorgvraag-door-vergrijzing-in-beeld>

⁴ <https://www.actiz.nl/aankomende-jaren-toenemend-tekort-aan-verpleeghuisplekken>

⁵ <https://www.ivvd.nl/verduurzamen-zorgvastgoed-kost-tot-2030-ruim-e8-miljard/>

2. De belangrijkste systeemorzaken

Er wordt niet of nauwelijks geïnvesteerd in vastgoed, simpelweg omdat de betrokken partijen in Rotterdam niet de financiële kracht hebben om dit te kunnen doen. Bijna alle zorgaanbieders en woningbouwcorporaties in Rotterdam geven aan dat ze niet kapitaalkrachtig genoeg zijn om nieuw zorgvastgoed te realiseren/financieren. Het is al een grote uitdaging om hun *bestaande* vastgoed in stand te houden, zodat er geen plekken verdwijnen. Daarnaast is niemand echt eigenaar van een probleem wat over een aantal jaren pas concreet wordt. Alhoewel alle spelers zich vanuit hun maatschappelijke rol zeer verantwoordelijk voelen, is nu geen enkele partij (noch de (de)centrale overheid, het zorgkantoor, de woningbouwcorporaties en de zorgaanbieders) verantwoordelijk noch aansprakelijk voor het feit dat er *nu* geen uitbreiding voor de toekomstige capaciteit wordt gerealiseerd. Het zorgkantoor krijgt vanuit de Rijksoverheid alleen middelen (en dat is ook hun taak) om uitkeringen te kunnen doen voor de ouderen die op *dit moment* zijn geïndiceerd en niet voor toekomstige indicaties. Artikel 22 van onze grondwet stelt dat de bevordering van voldoende woongelegenheid ‘voorwerp der zorg’ is van de overheid. Echter deze omschrijving is behoorlijk algemeen en is lastig om een beroep op te doen.

De financiering van vastgoed voor ouderen met een zware indicatie verloopt via de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC). De NHC is op dit moment voldoende om de huidige huisvestingskosten te dekken. De NHC moet door het zorgkantoor rechtstreeks worden uitgekeerd aan de zorgverlener en is integraal onderdeel van de betaling voor geïndiceerde zorg. Door de vergrijzing zijn er in de nabije toekomst veel meer ouderen, maar de NHC wordt alleen betaald voor de *huidige* geïndiceerde ouderen en niet voor de toekomstige ouderen. Waarschijnlijk is bij de ontwikkeling van de NHC systematiek geen rekening gehouden met de vergrijzing in combinatie met marktpartijen die zelf niet de financiële slagkracht hebben om een grootschalige ontwikkeling voor te financieren.

Als de uitbreiding van nieuwe capaciteit lang wordt uitgesteld, dan ontstaat er in de toekomst *wel* een probleem eigenaar die aansprakelijk is voor het feit dat ouderen geen plaats kunnen krijgen in een verpleegzorg locatie. Dat zijn in eerste instantie het zorgkantoor en de zorgaanbieder, omdat zij een zorgplicht hebben. Overigens hebben we dan wel probleem eigenaren, maar dan is het onmogelijk om op korte termijn voldoende vastgoed te realiseren dat geschikt is voor wonen en het verlenen van zware zorg. Bij onvoldoende beschikbare plaatsen ontstaan wachtlijsten en zal de doorstroming van ouderen met een zware indicatie vanuit hun huidige woning niet mogelijk zijn. In deze situatie zal ook de gemeente op meerdere manieren de gevolgen ervaren, omdat vooral ouderen met een lage SES zelf geen alternatieven kunnen organiseren. Bij een tekort aan vastgoed in de toekomst zal er dan met kunst- en vliegwerk gebouwd moeten worden en dit zal tegen hogere kosten en waarschijnlijk met een lagere kwaliteit gepaard gaan. Dit veroorzaakt een onnodig zware druk op de toekomstige financierbaarheid van ons zorgstelsel.

3. Gebrek aan middelen bij betrokken partijen

Zoals aangegeven hebben bijna alle huidige partijen (in Rotterdam) niet de middelen om te investeren in *nieuw* zorgvastgoed. De rode draad is dus gebrek aan middelen om te kunnen investeren, echter de oorzaak en daarmee ook de oplossing verschilt per partij. We staan per partij stil bij de belemmeringen tot investeringen:

Zorgaanbieders

De zorgaanbieders in Rotterdam hebben zeer grote moeite om met hun over het algemeen zwakke kapitaalspositie hun bestaande vastgoed te renoveren (daar komt ook nog een uitdaging op het gebied van duurzaamheid bij). De drie hoofdoorzaken zijn:

- **1. Transitiekosten bij systeemveranderingen:** met de overgang in 2015 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet Langdurige Zorg (WLZ) zijn de criteria voor toetreding tot de WLZ strenger geworden (met als doel om mensen langer thuis te laten wonen)⁶. Een gevolg was dat *verzorgingshuizen* vanaf dat moment niet meer voldeden om cliënten met een zwaardere indicatie huisvesting te bieden. De noodzakelijke transitiekosten voor het ombouwen van *verzorgingshuizen* naar *verpleeghuizen* werden binnen het systeem maar ten dele vergoed via de NHC en drukken bij een aantal zorgaanbieders of woningbouwcorporaties zwaar op de financiële huishouding. De impact verschilt per aanbieder, zo zal een aanbieder met meer verzorgingshuizen een grotere uitdaging hebben dan een aanbieder met meer verpleeghuizen. In 2017 is het kwaliteitskader Verpleeghuiscare opgesteld om de kwaliteit van de verpleeghuiscare te verbeteren. Om hieraan te kunnen voldoen is een bedrag van 2.1 miljard euro beschikbaar gesteld (de kwaliteitsmiddelen)⁷, maar deze middelen zijn bedoeld voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en niet voor het verbouwen van vastgoed.
- **2. Tekortkoming op de zorgexploitatie:** In de interviews is het beeld naar voren gekomen dat de NHC-component in principe voldoende is om vastgoed mee te exploiteren. De zorgcomponent werd (zeker voor 2017) door aanbieders als krap ervaren, waardoor er in de praktijk *kruissubsidie* is ontstaan tussen de NHC- en de zorgcomponent. Zelfs met deze kruissubsidie is er ingeteerd op de reserves en hiermee zijn de beschikbare buffers voor verbouwingen of renovatie vaak te klein. Renovatie via externe financiering zoals banken en/of het Waarborg Fonds Zorg (WFZ) is vaak niet of zeer beperkt mogelijk wegens onvoldoende solvabiliteit en rentabiliteit van de instelling. De weg van financieel herstel is weliswaar ingeslagen, maar de achterstand is groot en de aanbieders geven aan tijd nodig te hebben om deze achterstand in te halen. Daar komt nog bij dat verbouwingen en renovaties door duurzaamheidseisen vaak ingrijpender en daarmee ook kostbaarder zijn.
- **3. Beslissingen uit het verleden die nog een lange wissel trekken op de toekomst:** diverse beslissingen van bestuurders uit het verleden kunnen ook mede oorzaak zijn van de huidige financiële krapte bij instellingen. Hier is een breed scala van oorzaken in de interviews naar voren gekomen:
 - het vastleggen van zeer lange rente looptijden tegen (nu) zeer hoge rentes met daardoor zeer hoge financieringslasten op vastgoed;
 - het tekenen van te hoge en niet marktconforme huurcontracten met corporaties;
 - het laat en/of onvoldoende ingrijpen in een verlieslatende bedrijfsvoering waardoor de beschikbare reserves zijn verdwenen en de toch al grote problemen nog lastiger op te lossen zijn.

Volgens BDO is 40% van het zorgvastgoed in Rotterdam in *eigendom* van de zorginstellingen. In een aantal gevallen zou het mogelijk zijn om bestaand vastgoed te verkopen om daarmee de reserves aan te vullen. Dat geldt dan vooral voor vastgoed met een overwaarde. Nog afgezien dat hiermee broodnodige plekken worden onttrokken uit het systeem, zijn deze locaties vaak ook gebruikt als hypotheckair onderpand voor de overige

⁶ <https://www.zorgvisie.nl/ouderen-krijgen-vaker-lichtere-indicatie-verpleeghuis/>

⁷ <https://www.zorgvisie.nl/blog/worden-de-kwaliteitsmiddelen-in-de-verpleeghuissector-een-zeepbel/>

leningen en zal de financier de vrijgekomen ruimte (deels) opeisen, zodat deze niet aan vastgoed besteed kan worden.

Woningbouwcorporaties

Woningbouwcorporaties met een grote zorg/ouderen portefeuille (in Rotterdam is met name de Stichting Ouderenhuisvestering Rotterdam, (SOR) een zeer belangrijke speler) zijn door een aantal oorzaken in de problemen gekomen en daardoor onvoldoende in staat om het bestaande vastgoed te renoveren, laat staan uitbreiden. Dit veroorzaakt weer een probleem bij de zorginstellingen die het vastgoed vaak met langlopende contracten hebben gehuurd en problemen hebben met de exploitatie, omdat het vastgoed niet of onvoldoende geschikt is. Volgens BDO is het merendeel van het Rotterdamse zorgvastgoed (60%) eigendom van een woningbouwcorporatie die het vervolgens weer verhuurt aan een zorgaanbieder. De belangrijkste oorzaken voor de investeringsbeperking van deze woningbouwcorporaties zijn:

- **1. Verandering regime:**
- i.) In het kabinet Rutte I is – in het kader van bezuinigen en hervormen – de focus binnen de Woningwet door de minister gelegd op betaalbare zelfstandige woningen. Het gevolg is dat de Autoriteit Woningcorporaties (Aw) en Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW) zorgvastgoed anders zijn gaan classificeren dan betaalbare zelfstandige woningen, waardoor in de praktijk de investeringsruimte van de corporaties met veel zorgvastgoed sterk is verminderd⁸. De realisatie van nieuwbouw maar ook renovatie is hierdoor nauwelijks of moeilijk mogelijk.
- ii.) De wijzigingen in het regime voor woningbouwcorporaties resulteren ook in beperkingen wat er met zorg vastgoed mag gebeuren, die in de praktijk lastig werken. Zo is de ‘plint’ (de onderste verdieping) in een gebouw moeilijk aan ouderen te verhuren en mogen corporaties die niet verhuren aan zorgverleners (bijvoorbeeld een fysiotherapeut of huisarts), met als gevolg leegstand en gemiste huuropbrengsten. Deze ruimte zou (niet-DAEB) commercieel verhuurd kunnen worden aan bijvoorbeeld dienstverleners met zorgtaken.
- iii.) De scherpere eisen van het ministerie van BZK heeft in een aantal gevallen (in bijvoorbeeld het geval van de SOR) geleid tot strenger in- en extern toezicht. Dat betekende dat van de een op de andere dag de corporatie onder curatele werd gesteld en dat investeringen in vastgoed maar mondjesmaat mogelijk zijn. Naast de strengere regelgeving van het ministerie van BZK is daar ook de perceptie dat zorgvastgoed ‘risicovol’ is. Deze perceptie maakt dat het komen tot ruimere oplossingen voor deze situatie lastig is en dit vormt een probleem op zich. Er is een beleidswijziging nodig om de onnodige negatieve consequenties bij woningcorporaties in deze markt te mitigeren. Deze verandering zal niet eenvoudig zijn, omdat zowel beleidsmakers als toezichthouders zorgvastgoed nu als ‘risicovol’ classificeren.
- **2. Beslissingen uit het verleden die nog een lange wissel trekken op de toekomst:** een aantal in het verleden genomen beslissingen kunnen net als bij de zorginstellingen nog lang een wissel trekken op de toekomst. Voorbeelden zijn langlopende (hoge) rente (derivaten) verplichtingen die lastig te veranderen zijn. Of huurcontracten die omlaag moeten worden bijgesteld, omdat het vastgoed niet of gedeeltelijk voldoet aan de eisen die de zorginstelling als huurder stelt.

Kortom, woningbouwcorporaties geven aan dat ruimte voor investeringen (al verschilt dat behoorlijk per corporatie) zeer beperkt is. Dit heeft grote gevolgen voor Rotterdam, omdat een groot gedeelte van het zorgvastgoed in eigendom is van corporaties. Een aantal zorginstellingen ervaart dit als een groot probleem, omdat zij als huurders langlopende huurcontracten hebben met vastgoed wat eigenlijk niet meer voldoet aan de eisen/wensen van deze tijd en er onvoldoende middelen zijn om dit probleem op te lossen.

Zorgkantoor

⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2015/03/17/woningwet-2015-in-vogelvlucht>

Het zorgkantoor keert aan de zorgaanbieders op basis van de indicaties van hun cliënten geld uit. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en dat betekent dat er voldoende en passende zorg moet zijn ingekocht voor de geïndiceerden in de desbetreffende regio. Het zorgkantoor heeft niet de opdracht om vastgoed voor te financieren voor het in de toekomst te verwachten aanbod. Het zorgkantoor heeft ook niet de middelen of de financiële positie om garanties te kunnen geven voor de bouw van vastgoed. Los van het feit dat dit niet de taak is van het zorgkantoor is de financiering van vastgoed een onderwerp wat niet past bij de concessieperiode, omdat het zorgkantoor daarmee verplichtingen zou aangaan die ver buiten de concessie periode liggen.

Gemeente Rotterdam

De gemeente heeft een rol in het tot stand brengen van voldoende levensloopbestendige (sociale) woningbouw *zonder* intramurale zorgfunctie (en ook daar zijn vaak nijpende tekorten). Voor de financiering van woonruimte *met* een zorgcomponent heeft de gemeente geen wettelijke opdracht. De gemeente zal wel in de toekomst de problemen gaan ervaren als er een tekort is aan deze woonruimte, bijvoorbeeld doordat ouderen met een zware indicatie gedwongen worden om langer in hun bestaande (sociale) woning te blijven wonen, met alle gevolgen van dien.

Centrale overheid

Het ministerie van VWS stelt via de NHC voldoende middelen ter beschikking om zorgvastgoed te kunnen exploiteren. Zoals eerder gesteld is door zorgaanbieders een deel van dit geld gebruikt om zorg te verlenen die kennelijk niet uit de lopende begroting kon worden bekostigd. De overheid stelt tot op heden geen middelen ter beschikking voor de voorfinanciering van zorgvastgoed wat nodig is als gevolg van vergrijzing.

Kortom, om verschillende redenen is het voor de huidige partijen niet mogelijk om te investeren in *nieuw* vastgoed. Sterker nog, het in stand houden van het bestaand vastgoed vormt in de regio Rotterdam al een grote uitdaging. De verwachting is wel dat de zorgaanbieders hun eigen vastgoed in de komende jaren weer kunnen renoveren, zodat bestaande plekken niet verloren gaan.

4. Financiers hebben interesse, maar zien belemmeringen

Institutionele beleggers en banken (hierna samen te noemen financiers) zijn tot op heden terughoudend om (in Rotterdam) te investeren in nieuw te bouwen zorgvastgoed, terwijl ze *wel* aangeven deze markt interessant te vinden. In dit hoofdstuk gaan we verder in op de belemmeringen die financiers ervaren en wat de financieringsbereidheid zou kunnen verhogen.

Financiers ervaren belemmeringen:

- Met name de institutionele beleggers hebben alleen interesse in grotere projecten om de kosten van hun belegging of lening zo laag mogelijk te houden. Deze partijen hebben aangegeven vanaf een omvang van circa 500 miljoen euro interesse te hebben in het ontwikkelen/financieren van zorgvastgoed. Alhoewel de financieringsbehoefte in de regio Rotterdam dus wel degelijk interessant is voor de financiers, wordt deze vraag door de zorgaanbieders en corporaties niet gebundeld, waardoor er veel relatief kleine projecten zijn en de grens van 500 miljoen euro bij lange na niet wordt gehaald.
- De financiering van zorgvastgoed loopt vele jaren. Alhoewel de huidige NHC voldoende ruimte biedt voor de rente, aflossing en onderhoud is dat geen garantie voor de toekomstige NHC vergoeding. Zowel de hoogte van de NHC als ook het gehele stelsel zou kunnen veranderen en daarmee zouden de rente en aflossingsverplichtingen in gevaar kunnen komen. Daarnaast wordt de NHC als onderdeel van de indicatie overgemaakt aan de zorgaanbieder en daarmee heeft de financier nog niet de garantie dat het NHC gedeelte ook daadwerkelijk gebruikt wordt om de financieringsverplichtingen na te komen.
- Een (overheids)garantie zou de financiers kunnen helpen om ondanks de genoemde onzekerheden toch te financieren. Echter het Waarborgfonds Zorg (WFZ) die garanties afgeeft voor zorgvastgoed heeft een werkwijze en statuten die het feitelijk onmogelijk maken om deze garanties te geven. De huidige werkwijze laat het alleen toe dat garanties kunnen worden gegeven aan organisaties met een gezonde financiële positie. Zowel een beroep doen op het WFZ als het veranderen van de criteria waaronder garanties gegeven worden, worden door het WFZ (om meerdere redenen) als *niet* kansrijk ingeschat.
- Banken zien over het algemeen zwakke financiële posities bij veel aanbieders van verpleegzorg en ook bij woningbouwcorporaties. Dit is de voornaamste reden waarom ze terughoudend zijn om financieringslijnen uit te breiden, ook voor vastgoed. Op bestaande leningen zal als gevolg van aangescherpt ECB beleid de actuele waarde van vastgoed een grotere rol gaan spelen, waarbij duurzaamheid een belangrijke factor wordt. Aangezien veel zorgvastgoed dringend onderhoud behoeft en zeker nog niet duurzaam is, zal dit waarschijnlijk gaan leiden tot een zeer terughoudende financieringsbereidheid van banken.

Het wegnemen van de belemmeringen:

Als de bovengenoemde belemmeringen weggenomen kunnen worden, dan zijn financiers bereid om in te stappen. Op basis van onze inventarisatie lijkt dit ook daadwerkelijk mogelijk:

- **Schaal** is cruciaal voor met name institutionele beleggers. Banken zijn bereid om binnen hun (stringente) risico kaders ook kleinere projecten te financieren (op basis van onze inventarisatie is het aannemelijk dat banken tegen lagere kosten zullen financieren dan institutionele partijen). Om de schaal die de regio Rotterdam heeft ook om te zetten in *schaalvoordelen*, zullen de zorgaanbieders moeten gaan samenwerken en de vraag naar (nieuw te bouwen) zorgvastgoed moeten bundelen. Dit is zeker niet vanzelfsprekend en is ook niet de huidige werkwijze. Veel zorgaanbieders en hun cliënten koesteren hun eigen identiteit en die komt ook tot uiting in het vastgoed. In de afgelopen Covid periode hebben de aanbieders laten zien dat samenwerking op vele terreinen wel degelijk mogelijk is. De zorgaanbieders en woningbouwcorporaties zouden (nieuw te ontwikkelen) zorgvastgoed (deels) kunnen bundelen in een nader uit te werken samenwerkingsverband dat ook eigenaar wordt van het vastgoed. Op die manier kunnen kennis en schaal worden gedeeld en leiden tot kennis- en

schaal/kosten voordelen. Het is zeer belangrijk dat bij de uitwerking hiervan voldoende aandacht moet worden gegeven aan wat voor soort vastgoed gebouwd wordt. Daar zouden de zorgaanbieders en hun cliënten een grote stem in moeten hebben. Het voordeel voor de financiers is dat er dan met één juridische/governance structuur gewerkt wordt. Financiers hebben aangegeven dit een aantrekkelijk perspectief te vinden en willen graag betrokken worden bij verdere uitwerking.

- **Verlagen van de risico's** is voor financiers randvoorwaardelijk om te kunnen financieren. Zoals aangegeven is de NHC op zichzelf ruim genoeg, maar moet de NHC door het zorgkantoor als onderdeel van de indicatie rechtstreeks worden overgemaakt aan zorgaanbieder. Als de zorg- en woonfunctie gescheiden betaald zouden mogen worden, creëert dat de mogelijkheid om de NHC (deels) rechtstreeks naar de eigenaar van het vastgoed over te maken en dat vermindert het risico voor de financiers aanzienlijk. Datzelfde geldt overigens ook voor woningbouwcorporaties met veel zorgvastgoed. Het scheiden van deze geldstroom verdient nog verdere uitwerking, omdat de definitie van vastgoed/onderhoud/inventaris/ingebouwde technologie zeer duidelijk moet zijn. Daarnaast is een belangrijk risico de mogelijke veranderlijkheid van de NHC (als de bijdrage zou worden verlaagd en of dat de NHC verdwijnt of wordt veranderd). Aangezien vastgoed financieringen lang lopen, willen financiers hiervoor garanties. Deze garantie zou kunnen worden verlaagd als de overheid garandeert dat het NHC systeem lange tijd stabiel blijft. Ter indicatie, bij een garantie moet rekening worden gehouden met 25% van het uitstaande financieringsbedrag. Binnen de NHC lijkt voldoende ruimte om een marktconforme vergoeding te betalen voor een garantie, ook omdat deze deels wordt vergoed door lagere financieringslasten. In de praktijk lijkt het geven van een vermogensgarantie haalbaarder dan het geven van een systeemzekerheid over de NHC. Beleidsmakers kunnen moeilijk beloftes doen over de grenzen van kabinetsperiodes heen. Omdat het hier een garantie betreft die voor een belangrijk gedeelte gevraagd wordt voor stabiel overheidsbeleid, lijkt ook de overheid de aangewezen partij om deze garantie te geven. De gemeente Rotterdam en het ministerie van VWS (in overleg met ministerie van Financiën) verkennen de mogelijkheid om te komen met een garantie. Waarbij het voor de gemeente Rotterdam randvoorwaardelijk is dat de centrale overheid mee doet. Voor de centrale overheid is het belangrijk dat een garantie niet kan worden uitgelegd als oneigenlijke staatssteun. Er zal moeten worden onderzocht of en hoe garanties het beste kunnen worden vormgegeven.

5. Oplossingsrichting

Indien de betrokken partijen gaan samenwerken en het kabinet een aantal cruciale randvoorwaarden schept, dan is een oplossing op basis van de uit de NHC beschikbaar gestelde middelen goed mogelijk. Hieronder volgt een uitwerking van het commitment dat gevraagd wordt van de verschillende betrokken partijen:

Samenwerking over eigen grenzen heen

Nieuw te bouwen zorgvastgoed

De huidige zorgaanbieders moeten over de grenzen van hun organisatie heen gaan samenwerken om nieuwbouw te realiseren die nodig is voor de extra vraag die op ons afkomt. Aangezien de extra capaciteit die nodig is zo dringend noodzakelijk is, zijn de aanbieders bereid om met elkaar een aparte 'entiteit' op te zetten om daarmee de schaal te bereiken die nodig is om daadwerkelijk schaal/kennisvoordelen te bereiken. Deze 'entiteit' zal de eigenaar van het vastgoed worden en een maatschappelijke insteek (zonder winstoogmerk) moeten krijgen. *Nieuw* zorgvastgoed wordt binnen de entiteit ontwikkeld, het *bestaande* vastgoed kan in eigendom blijven van de zorgaanbieder (desgewenst zou ook bestaand vastgoed tegen marktconforme voorwaarden kunnen worden overgedragen). Bij voorkeur gaan woningbouwcorporaties en zorginstellingen samenwerken en bundelen ze hun kennis om de entiteit tot een succes te maken. De exacte juridische vorm van deze entiteit is nader te bepalen, maar het construct moet fungeren als een rechtspersoon die zelfstandig het eigendom, de financiering en onderhoudsverplichtingen op zich neemt. Een aantal belangrijke kenmerken van deze nieuw op te richten entiteit zijn:

- De entiteit organiseert schaal en realiseert schaalvoordelen. Zo kan nieuw vastgoed op grote schaal gebouwd worden voor *gunstiger* voorwaarden dan als de individuele zorgaanbieder dit zelf moet organiseren.
- In zekere zin komt met de oprichting van de entiteit een scheiding van wonen en zorg tot stand omdat de zorgaanbieders niet meer zelf eigenaar zijn van het nieuw te bouwen vastgoed, wel moeten zij grote invloed krijgen op wat er waar bebouwd wordt. Alhoewel dit gevoelig ligt, zijn er ook voordelen. De zorginstellingen richten zich op het verlenen van zorg en niet op vastgoed(ontwikkeling). De entiteit krijgt rechtstreeks (een deel van) de NHC component overgemaakt vanuit het zorgkantoor. In een vervolgonderzoek kan verder bekeken worden of dit de *gehele* NHC betreft. Eventueel zou ook een deel naar de zorgaanbieder kunnen gaan, zodat er niet onnodige reserves worden opgebouwd bij de vastgoed entiteit wat ook aan zorg zou kunnen worden besteed. We spreken daarom nu over het '(afgesproken gedeelte van) de NHC'. Hoe groot die percentages moeten zijn en waarvoor die precies besteed worden, dient dan verder uitgezocht te worden en kan per locatie of regio verschillen.
- De entiteit draagt zorg voor alternatieve aanwendbaarheid van het vastgoed *na* de piek van ouderen. Het is daarom van belang om er voor te zorgen dat er voldoende eigen vermogen wordt opgebouwd in de entiteit om een eventuele ombouw naar een nieuwe bestemming te kunnen financieren in de situatie dat er onvoldoende vraag is (dit voorkomt leegstand gedurende een langere periode). De verwachtingen zijn wel dat de omvang van het aantal ouderen tot 2050 ongeveer op gelijk niveau zal blijft en daarna niet sterk afneemt.
- In de entiteit krijgen ouderen voorrang die afhankelijk zijn van de overheid (lage SES). Voor de hogere inkomens zal de vrije markt gestimuleerd moeten worden om zelf naar oplossingen te zoeken.
- De aangesloten zorgaanbieders verplichten zich om eventuele leegstand door onderlinge samenwerking te voorkomen. Zorgvastgoed voor ouderen heeft op die manier een relatief laag leegstand risico: de toekomstige vraag van ouderen met een zware indicatie laat zich redelijk goed voorspellen.
- De entiteit heeft een ledenraad die bestaat uit de zorgaanbieders en woningbouwcorporaties en zij krijgen in de governance een prominente plek. Ze krijgen (in ieder geval) stem bij/over:

- De hoeveelheid, locatie en het soort van vastgoed dat gerealiseerd wordt (de zorgaanbieders bieden in ruil daarvoor minimale leegstand).
- Infrastructuur van het pand waarin de identiteit en werkwijze van aanbieders goed tot uitdrukking komt: dit betreft een mix tussen identiteit en technologie, inventaris etc..
- De directie van de entiteit is statutair onafhankelijk en rapporteert aan een raad van toezicht. Hun opdracht is om aan de ene kant met de beschikbare middelen en garanties zo efficiënt mogelijk om te gaan en aan de andere kant vastgoed te ontwikkelen en te onderhouden wat in lijn is met de vraag van de ledenraad. De directie is statutair verantwoordelijk voor een gezonde financiële huishouding, inclusief voldoende reserves voor eventuele herbestemming van vastgoed.
- De woningbouwcorporaties moeten betrokken zijn bij de op- en inrichting van de entiteit en hun expertise hierbij inzetten.
- De governance van de entiteit is ingericht naar de standaarden die ook voldoen aan de eisen die financiers stellen (institutionele beleggers/banken).

Deze lijst van kenmerken is *niet* uitputtend en zal in een volgende fase verdere uitwerking en aanvulling behoeven maar schetst de contouren van de denkrichting in de oplossing.

De gemeente verkent of zij de entiteit kan ondersteunen met zowel kapitaal en is bereid om te helpen met het op zo kort mogelijke termijn beschikbaar krijgen/stellen van bouwlocaties en de benodigde vergunningen. Dit laatste is cruciaal aangezien dit in de praktijk vaak vele jaren duurt. Het zorgkantoor is bereid om (het afgesproken deel van) de NHC component rechtstreeks over te maken voor de geïndiceerde naar de nieuwe entiteit (dit is overigens *nu* wettelijk nog niet mogelijk). Vanuit het ministerie van VWS moet het juridisch mogelijk gemaakt worden om de NHC component over te kunnen maken aan degene die zorgvastgoed beschikbaar stelt, waardoor scheiden van wonen en zorg eenvoudiger wordt.

Daarnaast is een garantie een noodzakelijke voorwaarde om financiers te betrekken bij dit investeringsvraagstuk. Dit betreft een op- en ook weer afbouwende garantie van maximaal 25% van de uitstaande financiering. Deze garantie zou lager kunnen worden als de NHC meerjarig zou worden gegarandeerd.

Instandhouding van bestaand zorgvastgoed

De zorgaanbieders geven aan dat het bestaande vastgoed wat zij nu zelf in eigendom hebben, op termijn zal worden gerenoveerd en dat de huidige beschikbare capaciteit daarmee niet verloren gaat. Er is in Rotterdam een grote afhankelijkheid bij het bestaande vastgoed van de woningbouwcorporaties en die zijn bereid om dit vastgoed te renoveren, zonder dat ook daar capaciteit wordt onttrokken (het alternatief is locaties verkopen of te verhuren aan andere doelgroepen waar het rendement veel aantrekkelijker is om daarmee hun financiële positie te verbeteren en dan is de kans groot dat er *wel* capaciteit verloren gaat). Het verruimen van het regime voor zorgvastgoed voor woningbouwcorporaties is hier randvoorwaardelijk, omdat binnen de huidige regelgeving deze toezegging niet haalbaar is. Voor Rotterdam is dit een cruciaal onderdeel van de oplossing. Het ministerie van BZK moet daarvoor de beleidsruimte vergroten en een wijziging in de risicoclassificatie van zorgvastgoed - en de daaraan verbonden vereiste normen voor financiële ratio's – doorvoeren.

Conclusie en vervolg

In regio Rotterdam is in kaart gebracht dat er iets minder dan 1 miljard euro aan investeringen nodig is om voldoende zorgvastgoed (verpleegzorg plaatsen) te garanderen voor ouderen met een zware zorgindicatie in de toekomst. Op landelijke schaal speelt dit probleem in meerdere regio's. Doordat dit probleem zich in de toekomst voordoet, lijkt er nu niets aan de hand, echter door de lange doorlooptijden die het realiseren van vastgoed nu eenmaal met zich mee brengt is het nu de hoogste tijd om te handelen. Het probleem wordt 'behapbaarder' als *alle* betrokken partijen een rol op zich nemen. De rol van de overheid is echter cruciaal. Zonder haar aandeel in de oplossing is het onmogelijk voor de betrokken partijen om de benodigde financiering te verkrijgen. In het kort zijn dit de stappen die de partijen moeten zetten:

- **Het ministerie van BZK:**
 - Het verruimen van het regime voor woningcorporaties, waarin investering in en renovatie van zorgvastgoed expliciet wordt benoemd als een volkshuisvestelijke taak. Dit vraagt om een vergroting van de beleidsruimte voor woningbouwcorporaties om daadwerkelijk te investeren in zorgvastgoed en om een wijziging in de risicoclassificatie van zorgvastgoed en de daaraan verbonden vereiste normen voor financiële ratio's.
- **Het ministerie van VWS:**
 - Een garantie van 25% van de financiering voor nieuw te bouwen vastgoed. Deze garantie kan lager worden als de NHC meerjarig zou worden gegarandeerd. Daarnaast moet het wettelijk mogelijk worden voor de zorgkantoren om de NHC component (deels) rechtstreeks over te maken naar de eigenaar van het vastgoed.
- **De zorgaanbieders:**
 - De huidige zorgaanbieders gaan over de grenzen van hun organisatie heen samenwerken om nieuwbouw te realiseren en leegstand te voorkomen.
 - De aanbieders geven aan dat het bestaande vastgoed (wat zij nu zelf in eigendom hebben) zal worden gerenoveerd en dat daarbij de huidige capaciteit niet verloren gaat.
- **De woningbouwcorporaties:**
 - De woningbouwcorporaties zijn betrokken bij de 'nieuwe entiteit' door hun expertise in te zetten om nieuwbouw te realiseren.
 - Indien het aan te passen regime voor de woningbouwcorporaties met een zorgcomponent investeringen toelaat, dan is er de bereidheid om daadwerkelijke investeringen in zorgvastgoed te doen, zonder dat daarbij capaciteit verloren gaat.
- **Het zorgkantoor Rotterdam:**
 - Indien het wettelijk mogelijk wordt gemaakt, dan zal het zorgkantoor (het afgesproken gedeelte van) de NHC rechtstreeks overmaken naar de nieuwe entiteit.
- **De gemeente Rotterdam:**
 - Ondersteuning bij het beschikbaar stellen/krijgen van bouwlocaties en het zo snel mogelijk verlenen van de benodigde vergunningen.
 - De gemeente heeft aangegeven te verkennen of ze een deel van de vermogensgarantie op zich kunnen nemen voor de nieuwe entiteit, het is dan wel een voorwaarde dat de Rijksoverheid ook een rol pakt op dit stuk.

De betrokken partijen in Rotterdam hebben de bereidheid uitgesproken om zich in te zetten voor de bovengenoemde punten. Daarmee wordt het construct van de oplossing voor financiers ook interessant. In eerste verkennende gesprekken met toonaangevende financiers geven ze aan dat ze interesse hebben om verder te verkennen welke bijdragen ze kunnen leveren door zowel het verder uitwerken van deze oplossing als het verschaffen van financiering.

Met deze beweging is een noodzakelijke koers ingezet om *nu* tot actie te komen. Als er namelijk *geen* oplossing tot stand gaat komen, dan zal de rekening uiteindelijk in de toekomst vele malen hoger zijn. Het realiseren van voldoende zorgvastgoed is mogelijk binnen de huidige financiële middelen die de NHC biedt en door samenwerking te organiseren. Als er te laat begonnen wordt met het realiseren van extra capaciteit is het maar zeer de vraag om dat zo blijft.

Kortom, samen bouwen we aan de toekomst van morgen.

Bijlage

Overzicht van stakeholders die in 2020-2021 zijn geïnterviewd aangaande de thematiek van zorgvastgoed voor ouderen

Stuurgroep leden Zorgvastgoed

Marti Paardekooper (voorzitter stuurgroep)	Zorgkantoor Zilveren Kruis	Directeur Zorginkoop Langdurige Zorg
Anno Pomp	Ministerie van VWS	Coördinator Strategie Langdurige Zorg
Theo van Uum	Ministerie van VWS	Directeur Langdurige Zorg
Jaap Janse	Gemeente Rotterdam	Directeur Welzijn, Zorg en Jeugdhulp
Bert van Delden	Ministerie van BZK	Plaatsvervangend Directeur-Generaal Ruimte en Wonen
Hendrik Jan van den Berg	Lelie Zorggroep	Voorzitter RvB
Gijsbert van Herk	Stichting Humanitas	(voormalig
Ellis Kastelein	Stichting Humanitas	Lid RvB
Guy Buck	Aafje	Voorzitter RvB
Hans Huizer	Laurens	Voorzitter RvB
Hassan Najja	SOR	Directeur-Bestuurder
Richard Sitton	Woonbron	Voorzitter RvB

Zorgaanbieders Rotterdam

Henk Mohlmann	Sonneburgh	Bestuurder a.i.
---------------	------------	-----------------

Woningbouwcorporaties Rotterdam

Peter van Lieshout	Havensteder	Projectdirecteur
Stefan Kusters	SOR	Adviseur Portefeuillemanagement en Waardesturing
Alfred van den Bosch	Wooncompas	Directeur-Bestuurder

Financiers

Gert Dijkstra	APG	Senior Managing Director
Michel van Schaik	Rabobank	Directeur Gezondheidszorg
Chris van Limbach	PGGM	Managing Director Advies Vermogensbeheer

Gemeente Rotterdam

Sven de Langen	Gemeente Rotterdam	Wethouder Volksgezondheid, Zorg, Ouderen en Sport
Irene Wiezer	Gemeente Rotterdam	Senior Beleidsadviseur WMO
Gert-Jan van der Hout	Gemeente Rotterdam	Senior Beleidsadviseur
Jaap Janse	Gemeente Rotterdam	Directeur Welzijn, Zorg en Jeugdhulp
Joost Daams	Gemeente Rotterdam	Business Controller

Stakeholders overig

Charlotte van der Ziel	Zilveren Kruis	Zorginhoudelijk Kwaliteitsadviseur V&V en langdurige GGZ
Martijn van Ekeveld	NZA	Manager Langdurige Zorg
Gerhard Verschoor	NZA	Public Health Advisor
Frans Schaepkens	Waarborgfonds Zorg	Directeur-Bestuurder
Dirk Holtkamp	Waarborgfonds Zorg	Senior Adviseur/Secretaris Raad van Toezicht
Martin van Rijn	Aedes	Voorzitter
Gert-Anne van Pruissen	Ministerie van VWS	Adviseur Openbare Financien
Kevin Klop	Ministerie van BZK	Coördinerend Beleidsmedewerker Wonen
Peter Stein	Ministerie van BZK	Interim-Afdelingshoofd Huurbeleid en Aandachtsgroepen
Cees van Boven	Woonzorg Nederland	Bestuursvoorzitter