CENTRAAL FONDS VOLKSHUISVESTING

Themaonderzoek Zorgvastgoed

Baarn

2015

Inhoud **Pag.**

	Managementsamenvatting	**3**
	Inleiding	3
	Overall beeld	3
	Bevindingen thema onderzoek	3
1.	**Aanleiding en opzet thema onderzoek zorgvastgoed**	**5**
1.1	Aanleiding	5
1.2	Opzet	5
1.3	Dataverzameling en selectie	5
1.4	Gesprekspartners	5
1.5	Definities	6
2	**Omgevingsanalyse**	**7**
2.1.	Nieuw wettelijk kader	7
2.2	Meer risico's door andere bekostiging van zorgvastgoed	9
2.2.1	Prestatiebekostiging: leegstand wordt niet vergoed	9
2.2.2	Extramuralisering: meer leegstand en lagere huuropbrengsten	9
2.2.3	Decentralisatie van AWBZ-taken: onzekerheid over vergoedingen	10
2.3	Effecten	11
2.3.1	Aanbieders lichte intramurale zorg onder druk	11
2.3.2	Groeiende vraag naar (extramurale) beschutte woonvormen	11
2.4	Corporaties en intramuraal zorgvastgoed	12
2.4.1	Marktaandeel	12
2.4.2	Prototcol uitbreiding garantiestructuur	12
3	**Woningcorporaties en zorgvastgoed**	**13**
3.1	Zorgcomplexen en aanleunwoningen in de sector (fase 1)	13
3.2	Corporaties met relatief veel belang bij zorgcomplexen (fase 2)	14
3.2.1	Beleid voor zorgvastgoed	15
3.2.2	Risico's rond zorgvastgoed	18
3.2.3	Financiële impact tot nog toe	19
4	**Klankbordgroep**	**21**

Managementsamenvatting

Inleiding
In deze samenvatting treft u een overall beeld met de conclusies van het themaonderzoek naar zorgvastgoed bij corporaties aan. Daarna volgen meer concrete bevindingen en aanbevelingen voor bestuurders en raden van commissarissen van woningcorporaties. Aansluitend volgt de wijze waarop CFV in het extern toezicht op woningcorporaties opvolging zal geven aan het thema zorgvastgoed.

Overall beeld
Corporaties met zorgvastgoed kunnen door wijzigingen in de wet- en regelgeving voor de langdurige zorg te maken krijgen met hogere risico's rond dit vastgoed. De hogere risico's betreffen met name de (van oorsprong) intramurale zorgcomplexen die corporaties verhuren aan zorginstellingen die in deze complexen cliënten huisvesten met een relatief lage zorgbehoefte. Dit wordt hieronder nader uitgewerkt. In mindere mate kunnen de risico's daarnaast ook toenemen bij:

- aanleunwoningen;
- woonzorgcomplexen waarin wonen en zorg geheel gescheiden zijn;
- zorgcomplexen waarin cliënten met een zwaardere zorgbehoefte zijn gehuisvest.

De toename van de risico's bij de zorgcomplexen is het gevolg van veranderingen in wet- en regelgeving voor de zorg. Nieuwe cliënten met een relatief lage zorgbehoefte blijven langer zelfstandig wonen. Deze extramuralisering verlaagt op nationaal niveau en op korte termijn de vraag naar intramurale verzorging. Min of meer gelijktijdig krijgen zorginstellingen daarnaast te maken met prestatiebekostiging en met groeiende onzekerheid over inkomsten doordat een aantal voormalige AWBZ-taken is gedecentraliseerd naar gemeenten en zorgverzekeraars. Het is mogelijk dat individuele zorginstellingen hierdoor in financiële problemen komen. Ter voorkoming van deze problemen kunnen ze inzetten op bezuinigingen en/ of het aantrekken van andere cliëntgroepen, zoals cliënten met een zwaardere zorgbehoefte, of extramurale cliënten die beschut willen wonen. De mogelijkheden hiertoe hangen mede af van de marktomstandigheden en (voor de zwaardere zorg) van de door het zorgkantoor afgegeven budgetten.

Voor de meeste extramurale cliënten geldt dat ze minder huur en vergoedingen voor bijkomende woonservices kunnen en willen afdragen, dan dat de zorginstelling voorheen ontving aan overheidsvergoedingen voor cliënten met een lichte zorgbehoefte. De Raad voor leefomgeving en infrastructuur (Rli) verwacht een groeiende vraag naar (extramurale) beschutte woonvormen. Met een overgang op andere cliëntgroepen kan nodeloze kapitaalvernietiging worden voorkomen.

Corporaties die zorgcomplexen verhuren aan zorginstellingen kunnen te maken krijgen met de dynamiek die de bezuinigingen in de intramurale zorg teweeg brengt. Zo kunnen corporaties worden geconfronteerd met:

- faillissement of andere financiële problemen van de hurende zorginstelling(en);
- voortijdige opzegging of het niet verlengen van huurcontracten voor zorgcomplexen;
- verzoeken tot verlagen van de huurprijs voor complexen of bijstellen van andere bepalingen uit het huurcontract, zoals verschuiving van het leegstandsrisico naar de corporatie;
- noodzakelijke herontwikkeling van de complexen zodat deze geschikt worden voor andere zorgzwaarten dan wel particuliere verhuur.

In de meest extreme situatie kan de bedrijfswaarde van één of meer complexen nagenoeg geheel verloren gaan en/ of kan de operationele kasstroom sterk krimpen. Dat kan leiden tot aantasting van het maatschappelijk gebonden vermogen en/ of liquiditeit van de betreffende corporatie. De mate waarin corporaties in staat zijn verliezen op zorgcomplexen zelf op te vangen, verschilt sterk per individuele corporatie. In het algemeen zal dit gemakkelijker zijn naarmate de zorgcomplexen een kleiner deel vormen van de waarde van de totale vastgoedportefeuille en de kasstromen van de corporatie gezonder zijn. Bij een beperkt aantal corporaties kan de continuïteit onder druk komen.

Voor de corporatiesector als geheel lijkt het risico dat de zorgcomplexen en ander zorgvastgoedvormen beperkt. De belangrijkste reden hiervoor is dat de zorgcomplexen verdeeld zijn over een groot aantal verschillende corporaties en de meesten van hen naast de zorgcomplexen ook nog veel ander bezit hebben. Voor aanleunwoningen en woonzorgcomplexen geldt daarnaast dat zij minder gevoelig zijn voor de veranderingen in de langdurige zorg.

Bevindingen thema onderzoek
De eerste fase van het themaonderzoek was gericht op de inventarisatie van zorgvastgoed bij corporaties. Uit deze inventarisatie blijkt dat ongeveer tweederde van alle corporaties zorgcomplexen bezitten. Bij de meesten vormen deze zorgcomplexen een betrekkelijk klein deel van het totale bezit, maar dat geldt niet voor iedereen. Voor de totale sector vormen de woongelegenheden in zorgcomplexen krap 4% van alle woongelegenheden. De geschatte waarde van de zorgcomplexen bedraagt krap 5% van de totale volkshuisvestelijke exploitatiewaarde van de verhuurportefeuille van de sector.

Uit de eerste fase blijkt tevens dat ruim de helft van alle corporaties met zorgcomplexen aangeeft te beschikken over een risicoanalyse voor het zorgvastgoed te beschikken. De kwaliteit van deze risicoanalyses is in deze fase niet onderzocht. Risicoanalyses zijn vooral aanwezig bij corporaties waar de zorgcomplexen een groter deel van het totale bezit vormen. Risico's kunnen zich echter ook voordoen bij corporaties waar de zorgcomplexen slechts een klein deel van het totale bezit vormen. Ook voor hen is het belangrijk oog te hebben voor de risico's die de veranderingen in de zorgwetgeving kunnen brengen en maatregelen nemen om risico's te beheersen en te verzachten. Verliezen die ontstaan bij zorgvastgoed, gaan immers wel ten koste van het maatschappelijk gebonden vermogen dat bestemd is voor de volkshuisvesting.

In de tweede fase van het themaonderzoek zijn 56 corporaties geënquêteerd met elk tenminste 6% woongelegenheden in zorgcomplexen en 6% jaarhuur uit zorgcomplexen. Deze fase is gericht op het verkrijgen van inzicht in risico's die corporaties zien en beheersmaatregelen die zij nemen. Veel van deze 56 corporaties geven aan dat ze voor het zorgvastgoed beschikken over een risicoanalyse en/ of maatregelen hebben genomen en/ of beleid hebben vastgesteld dan wel van plan zijn beleid te gaan formuleren. Ook is zorgvastgoed bij tweederde van hen onderdeel van de informatie voor de reguliere managementcyclus.

Toch lijkt er bij een aantal van hen wel verbeteringen mogelijk op dit vlak. Bij meerdere corporaties blijkt het beleid en/ of de risicoanalyse voor het zorgvastgoed alleen vastgesteld door het bestuur, maar niet goedgekeurd door de raad van commissarissen. Ook blijkt er bij sommigen wel specifiek beleid voor zorgvastgoed te zijn geformuleerd, maar geen beleidsdoelen.

Bij éénderde van deze corporaties is zorgvastgoed verder geen onderwerp in de informatievoorziening voor de reguliere managementcyclus. Dit vergroot de kans dat zorgvastgoed te weinig of te laat onder de aandacht van het management komt.

Van de 56 corporaties uit de tweede fase van het thema onderzoek blijken er sinds 2012 slechts veertien, vanwege de veranderingen in de zorg, verlies te hebben genomen op hun zorgvastgoed. Voor deze 14 samen gaat het om ongeveer 9% extra afwaardering op de bedrijfswaarde van hun zorgcomplexen. De onderlinge verschillen zijn evenwel groot. De overige 42 corporaties namen nog geen extra verliezen in verband met veranderingen in de zorg. CFV gaat ervan uit dat er in de toekomst nog extra verliezen kunnen volgen. Door de veranderingen in de wet- en regelgeving voor de zorg is de dynamiek hoog en de toekomst onzeker. In hoeverre de waardering van het zorgvastgoed betrouwbaar is, is onbekend.

Aanbevelingen aan bestuurders en leden van raden van toezicht:

- Ken de ontwikkelingen in de wetgeving voor de zorg en de gevolgen voor uw vastgoed. Wees u ervan bewust dat hierdoor een grotere dynamiek ontstaat binnen zowel de intramurale als de extramurale zorg.
- Ontwikkel een visie op de lokale/ regionale zorgmarkt en bepaal welke rol u wilt en kunt spelen op deze markt. Stem uw rol en visie af met de gemeenten, zorginstellingen, zorgkantoor, borger van financiering en andere corporaties. Veranker de afspraken met de gemeente over het zorgvastgoed in de prestatieafspraken.
- Stel een risicoanalyse op voor uw zorgvastgoed.
- Vertaal uw visie op de lokale/ regionale zorgmarkt en de bevindingen uit uw risicoanalyse naar uw portefeuillemanagement (zowel op strategisch niveau als complexniveau), naar uw liquiditeitsbegroting en vermogenspositie. Beperk de contractrisico's. Ontwikkel een stresstest en fall back scenario's, waaronder voldoende ruimte in de operationele kasstroom.
- Zorg voor besluitvorming door het bestuur en de raad van commissarissen. Zorg voor voldoende countervailing powers in dit besluitvormingsproces, bijvoorbeeld via externe validatie.
- Veranker de voortgang op acties rond de gewijzigde zorgbeleidsdoelstellingen expliciet (via kpi's) in de planning- en controlcyclus.
- Ga zorgvuldig en kritisch om met de waardering van het zorgvastgoed.
  Een realistische en goed onderbouwde waardering van het zorgvastgoed is relevant.

Opvolging thema zorgvastgoed in extern toezicht

Corporaties met relatief veel zorgvastgoed kennen een verhoogd risico ten aanzien van liquiditeit en solvabiliteit. De governance en het risicobeheer van deze corporaties dienen van uitstekende kwaliteit te zijn om de risico's te beheersen.
CFV zal hier in 2015 extra aandacht aan besteden door een verdiepend onderzoek uit te voeren onder de circa vijftien corporaties die naar verwachting het meeste risico lopen vanwege veranderingen in de zorg. Daarbij wordt getoetst of deze corporaties de risico's goed geanalyseerd hebben en toereikende maatregelen hebben getroffen. Afhankelijk van bevindingen in het toezicht kan dit leiden tot interventies.
Bij de overige corporaties zal binnen het reguliere toezichtproces aandacht zijn voor de risico's van zorgvastgoed.

1 Aanleiding en opzet themaonderzoek

1.1 Aanleiding

Door veranderingen in de wet- en regelgeving voor de bekostiging van de langdurige zorg nemen de financiële risico's voor (intramurale) zorginstellingen toe. Woningcorporaties die zorgvastgoed verhuren aan dergelijke instellingen kunnen hierdoor direct of indirect financieel worden geraakt. Als financieel toezichthouder op woningcorporaties wil CFV:

- dat corporaties zich bewust zijn van deze financiële risico's en zelf maatregelen nemen om deze te beheersen. Dit is in het belang van de betreffende corporaties, maar ook voor de hele sector. Via de solidariteit in het stelsel ondervinden alle corporaties nadeel indien een corporatie een beroep doet op saneringssteun;
- corporaties traceren waarbij zorgvastgoed een risico kan vormen voor de continuïteit en/ of gerede twijfel bestaat over voldoende risicobewustzijn en te nemen beheersmaatregelen. CFV gaat deze corporaties nader onderzoeken.

De belangrijkste wijzigingen in de bekostiging van zorgvastgoed voor langdurige zorg zijn:

1. De overgang op prestatiebekostiging voor zorg en huisvesting van zorgbehoevende cliënten in een zorgcomplex.
2. Extramuralisering (scheiden van wonen en zorg, waardoor cliënten met een lage zorgbehoefte niet meer in aanmerking komen voor vergoeding van verblijf in een verzorgingshuis).
3. Decentralisatie van AWBZ-taken richting gemeenten en zorgverzekeraar.

In hoofdstuk 2 omgevingsanalyse leest u meer over deze veranderingen in de wet- en regelgeving en de mogelijke effecten hiervan.

1.2 Opzet

Het themaonderzoek zorgvastgoed omvat drie fasen met elk een eigen doel:

1. Het doel van de eerste fase is inventariseren welke corporaties zorgvastgoed exploiteren en in welke mate. Ook is in deze fase nagegaan in hoeverre woningcorporaties een risico-inventarisatie hebben opgesteld naar aanleiding van de veranderde wetgeving.
2. Het doel van de tweede fase is om voor corporaties met relatief veel zorgvastgoed inzichtelijk te krijgen:
   a. welke risico's deze corporaties signaleren als gevolg van de veranderende wetgeving voor de zorg;
   b. welke beheersmaatregelen deze corporaties nemen of hebben genomen;
   c. wat bij benadering de omvang is van de mogelijke verliezen die deze corporaties inmiddels hebben genomen in verband met veranderde wetgeving;
   d. bij welke corporaties er aanleiding is om ze te selecteren voor de derde fase van het themaonderzoek.
3. In de derde fase van het onderzoek wordt een selectie van corporaties onderzocht voor wie CFV verwacht dat het zorgvastgoed een potentieel risico is voor de continuïteit van de corporatie dan wel waar CFV meer diepgaand kennis wil nemen van de wijze waarop zij in hun managementcyclus de aandacht borgen voor risico's en beheersmaatregelen. Deze risicogerichte aanpak vormt een opmaat naar het structureel meenemen van de risico's van zorgvastgoed in het continue toezicht van CFV.

In hoofdstuk 3 van dit rapport vindt u de uitkomsten over de eerste en tweede fase van het themaonderzoek.

Dit rapport vormt de afsluiting van de eerste twee fasen uit het thema onderzoek.

1.3 Dataverzameling en selectie

Voor de eerste en tweede fase hebben corporaties informatie aangeleverd via enquêtes die corporaties op de CFV-website konden invullen. De eerste inventariserende fase is in het najaar van 2014 uitgezet onder alle corporaties. Voor de tweede fase zijn 56 corporaties bevraagd in de periode november tot en met december 2014.

De 56 corporaties die in de tweede fase zijn bevraagd, zijn geselecteerd op basis van het criterium dat zij:

- tenminste 6% woongelegenheden in zorgcomplexen hebben én;
- tenminste 6% van hun jaarhuur ontvangen uit zorgcomplexen.

Het criterium stelt zorgcomplexen centraal omdat de financiële risico's bij dit type zorgvastgoed groter zijn dan bij aanleunwoningen en woonzorgcomplexen. Overigens is er binnen het themaonderzoek wel enige aandacht voor deze twee laatste typen.

1.4 Gesprekspartners

In het kader van dit themaonderzoek sprak CFV met de corporaties Woonzorg en WoonFriesland. Daarnaast sprak CFV met de vereniging van woningcorporaties Aedes, de brancheorganisatie voor Zorgondernemers Actiz, het Aedes-Actiz kenniscentrum Wonen-Zorg, het Waarborgfond Sociale Woningbouw (WSW), het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), het ministerie van Binnenlandse Zaken en het aanjaagteam langer zelfstandig wonen.

De belangrijkste gespreksonderwerpen waren:
- ervaringen van de gesprekspartners met de gevolgen van de veranderende wetgeving in de zorg;
- doelen en uitwerking van het themaonderzoek en de zienswijze van de gesprekspartners hierop;
- uitkomsten van deze rapportage en de visie van de gesprekspartners hierop.

CFV dankt alle betrokkenen voor hun inspirerende en waardevolle inbreng. De verantwoording voor de definitieve uitwerking van het onderzoek en de rapportage ligt geheel bij CFV.

In hoofdstuk 4 vindt u een overzicht van de belangrijke zaken die CFV opvielen tijdens een klankbordgroepbijeenkomst met externen.

1.5 Definities

Tijdens het themaonderzoek zijn definities voor zorgvastgoed enigszins aangescherpt. Een eerste reden hiervoor vormden de vragen die corporaties over de definities stelden tijdens de eerste fase. De tweede reden is het besluit om in fase 2 niet alleen vragen te stellen over zorgcomplexen en aanleunwoningen maar ook over woonzorgcomplexen. Hieronder treft u de aangescherpte definities aan:

Zorgvastgoed:
Vastgoed waaronder zowel zorgcomplexen, aanleunwoningen en woonzorgcomplexen vallen.

Zorgcomplexen:
Complexen die de corporatie verhuurt aan zorgorganisaties die zijn toegelaten volgens de Wet Toegelaten Zorginstellingen (WTZi).
De complexen dienen bovendien oorspronkelijk bedoelt te zijn voor intramurale zorg. Ze kunnen nu geheel of gedeeltelijk zijn geëxtramuraliseerd (zelfstandige wooneenheden met scheiden wonen en zorg). Zorgorganisaties zetten dit vastgoed in voor zorgverlening aan hun cliënten die er kort- of langdurend verblijven (=wonen).
De woongelegenheden binnen een complex kunnen zowel zelfstandige woningen als onzelfstandige wooneenheden zijn. In het totaal aantal woongelegenheden van een zorgcomplex dienen nabijgelegen aanleunwoningen te worden meegerekend, indien zij verhuurd zijn aan dezelfde zorgorganisatie die ook het zorgcomplex huurt.
Onder zorgcomplexen vallen bijvoorbeeld ook:
- Zorgcomplexen gehuurd door regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW) en gehandicaptenorganisaties.
- Twee of meer eengezinswoningen die zijn samengevoegd en voldoen aan bovenstaande definitie van zorgcomplex. Uitgangspunt hierbij is dat deze woningen niet zonder (grote) investeringen weer kunnen worden verhuurd.
- Een complex waarbij (een deel van) de woongelegenheden rechtstreeks door de corporatie aan de individuele huurders worden verhuurd. Voorwaarde hierbij is wel dat het complex oorspronkelijk bedoeld was voor intramurale zorg en dat er binnen het complex zorg wordt verleend door een zorgorganisatie die is toegelaten volgens de Wet Toegelaten Zorginstellingen (WTZi).

Aanleunwoningen:
Woningen die gebouwd zijn in de directe buurt van een zorgcomplex met de mogelijkheid tot gebruik van voorzieningen van dit zorgcomplex. Het betreft woningen waarvoor de verhuurbaarheid afhangt van de nabijheid van het zorgcomplex. Zie ook de definitie van zorgcomplex. Het gaat *niet* om woningen die de zorginstelling verhuurt.

Woonzorgcomplex:
Een groep woongelegenheden voor ouderen en mensen met een beperking die hier beschut kunnen wonen en zo nodig ook begeleiding en ondersteuning krijgen. Dit wordt ook wel woonzorgcentrum of een serviceflat genoemd. Van het begin af aan is in de woonzorgcomplexen de vergoeding voor wonen, zorg en service contractueel gescheiden. Er zijn veelal algemene voorzieningen en gemeenschappelijke ruimtes aanwezig, bijvoorbeeld receptie, commerciële ruimtes, recreatieruimte of tuin.
Onder de woonzorgcomplexen vallen bijvoorbeeld ook de particuliere woonzorginitiatieven voor ouderen (Herbergiers) en Thomashuizen.

2 Omgevingsanalyse

De toenemende risico's bij verhuur van zorgvastgoed door de corporatiesector zijn een gevolg van veranderingen op het beleidsterrein van de langdurige zorg (hervorming langdurige zorg). Deze veranderingen leiden tot:

- Minder vraag naar intramurale zorgplaatsen in zorgcomplexen door rijksbezuinigingen.
- Inkomstenverlies bij intramurale zorgaanbieders en (in het ergste geval) faillissement van de aanbieders die zich niet tijdig weten aan te passen.
- Verhoudingsgewijs lagere huurinkomsten uit extramurale woonruimtes waar wel meer vraag naar is.

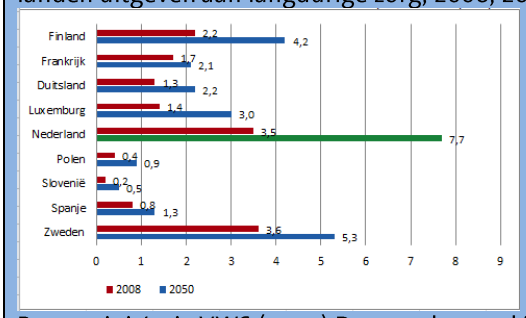
In deze omgevingsanalyse leest u relevante achtergrondinformatie over

- de veranderingen op het beleidsterrein van de langdurige zorg;
- de effecten van deze veranderingen;
- de (historisch) gegroeide betrokkenheid van corporaties bij zorgvastgoed;

Paragraaf 2.1 schetst het nieuwe wettelijke kader dat op 1 januari 2015 inging. Minstens zo relevant zijn recente beleidswijzigingen in de bekostiging van zorgvastgoed en langdurige zorg (paragraaf 2.2). In paragraaf 2.3 treft u informatie over de mogelijke effecten van de hervorming in de langdurige zorg. Paragraaf 2.4 geeft een ruwe schatting van het aandeel intramuraal zorgvastgoed dat in bezit is van corporaties (paragraaf 2.2). In paragraaf 2.3 treft u informatie over de mogelijke effecten van de hervorming in de langdurige zorg.

Waarom hervorming langdurige zorg?
De hoge kosten en vergrijzing vormen een belangrijke reden voor de veranderingen op het beleidsterrein van de langdurige zorg.
In vergelijking met andere landen geeft Nederland relatief veel uit aan langdurige zorg. Zonder wijzigingen zou dit verschil in 2050 nog veel groter zijn (Grafiek 1).
Een tweede belangrijke reden is dat veel zorgbehoevenden er de voorkeur aan geven lang(er) zelfstandig thuis te blijven wonen.

Grafiek 1 % van Bruto Binnenlands Product dat landen uitgeven aan langdurige zorg, 2008, 2050.



Bron: ministerie VWS (2012) De zorg: hoeveel is het ons extra waard?

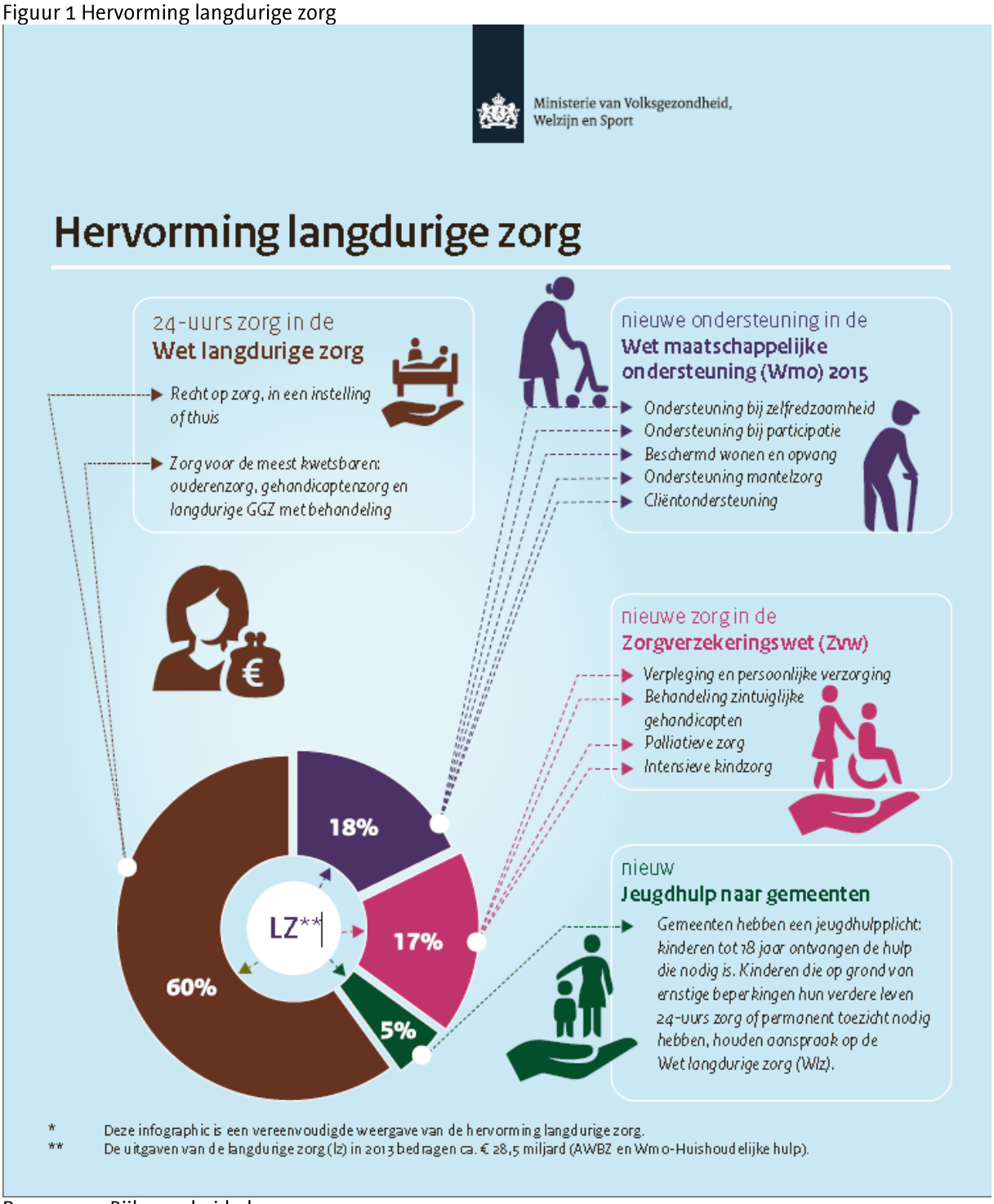
2.1. Nieuw wettelijk kader

Sinds 1 januari 2015 geldt een nieuw wettelijk kader voor de bekostiging van de langdurige zorg en de betrokkenheid van diverse partijen hierbij. Dit nieuwe kader vervangt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) uit 1968. Vanuit de AWBZ werden de kosten vergoed van alle zware geneeskundige risico's die niet vielen onder de zorgverzekeringswet.

Voor het themaonderzoek zorgvastgoed zijn de volgende wijzigingen het meest relevant (zie ook figuur 1):

- De nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) is voortaan de basis voor de bekostiging van de zorg voor mensen die langdurig én 24 uur per dag intensieve zorg en toezicht dichtbij nodig hebben. Dit zijn met name:
  - ouderen met een blijvende somatische of psychogeriatrische beperking;
  - mensen met een blijvende verstandelijke, lichamelijke en/ of zintuiglijke beperking;
  - de meest kwetsbaren onder de mensen met een psychische stoornis.
- De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) stelt gemeenten verantwoordelijk voor de bekostiging van:
  - ondersteuning thuis (Vooral individuele begeleiding en groepsbegeleiding (c.q. dagbesteding);
  - beschermd wonen voor mensen met een psychische stoornis.
- De Zorgverzekeringswet (Zvw) maakt zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de bekostiging van verpleging en verzorging thuis.

Figuur 1 Hervorming langdurige zorg



Bron: www.Rijksoverheid.nl

2.2 Meer risico's door andere bekostiging van zorgvastgoed

In samenhang met en deels ook vooruitlopend op het nieuwe wettelijke kader zijn diverse beleidswijzigingen doorgevoerd, die de bekostiging van zorgvastgoed beïnvloeden:

1. Invoering van prestatiebekostiging voor zorg en huisvesting van intramurale cliënten, waardoor leegstand niet meer wordt vergoed.
2. Extramuralisering ofwel het scheiden van wonen en zorg. Dit vergroot de kans op leegstand in zorgcomplexen, omdat nieuwe cliënten met een lichte zorgbehoefte deze zorg voortaan thuis ontvangen. Ze hoeven hiervoor niet meer te verblijven (wonen) in een zorginstelling.
3. Decentralisatie van een aantal AWBZ-taken naar gemeenten en zorgverzekeraars waardoor zorgorganisaties minder zekerheid hebben over de zorginkoop door partijen.

Deze beleidswijzigingen vergroten in eerste instantie de financiële risico's voor (intramurale) zorgorganisaties. Negatieve financiële effecten bij deze zorginstellingen kunnen echter doorwerken op de corporaties die zorgcomplexen aan hen verhuren.

2.2.1 Prestatiebekostiging: leegstand wordt niet vergoed

Door de invoering van prestatiebekostiging voor zorg en huisvesting komt het leegstandsrisico bij de zorginstelling zelf te liggen, in plaats van bij de overheid. Deze verschuiving is onderdeel van een al langer lopende ontwikkeling in de richting van integrale tarieven voor zorg en huisvesting en vergoedingen op basis van geleverde prestaties:

- Tot 2009 hing de aan zorginstellingen uitgekeerde vergoeding voor zorgverlening direct samen met de capaciteit van de instelling. Sinds 2009 is dit veranderd en hangt de vergoeding af van de zorgzwaartepakketten (ZZP) van hun cliënten. Er zijn meerdere zorgzwaartepakketten. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bepaalt voor welk zorgzwaarpakket een cliënt in aanmerking komt.
  Met de zorgzwaartepakketten is prestatiebekostiging in de zorg geïntroduceerd. Aanvankelijk gaat dit nog samen met een contracteerplicht voor zorgkantoren. Door deze contracteerplicht hebben zorginstellingen aan het begin van het jaar zekerheid over het voor hun beschikbare budget voor zorgverlening. Sinds 2012 is echter de contracteerplicht vervallen en hebben zorginstellingen vooraf minder zekerheid.
- Tussen 2012 en 2018 wordt de vergoeding voor huisvesting die aan zorginstellingen wordt uitgekeerd in toenemende mate gebaseerd op de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Deze NHC vervangt de voorheen gebruikelijke kapitaallastenvergoeding op basis van nacalculatie.
  De introductie van de NHC betekent dat ook de huisvesting van zorginstellingen geleidelijk aan gebaseerd wordt op prestatiebekostiging. In 2018 zal de NHC geheel zijn ingevoerd. De vergoedingen voor de zorgzwaartepakken zijn dan integrale tarieven voor zorg en huisvesting.

2.2.2 Extramuralisering: meer leegstand en lagere huuropbrengsten

Extramuralisering betreft de scheiding tussen wonen en zorg die vanaf 1 januari 2013 is ingegaan voor nieuwe zorgcliënten met een relatief lichte zorgbehoefte (zie ook tabel 1) . Anders dan voorheen krijgen nieuwe cliënten bij indicatiestelling:

- Alleen nog aanspraak op vergoedingen voor zorgfuncties die ook extramuraal geleverd kunnen worden (zoals door de thuiszorg).
- Geen aanspraak meer op verblijf in een zorginstelling. Indien deze nieuw geïndiceerde cliënten zelf toch willen verhuizen naar een zorginstelling dienen ze zelf te betalen voor alles wat het verblijf betreft, dus huisvesting, schoonmaak, onderhoud, maaltijden, wasverzorging en deelname aan georganiseerde activiteiten.

Naar verwachting zal de scheiding van wonen en zorg ertoe leiden dat:

- Een deel van de zorgcliënten langer zelfstandig thuis zal blijven wonen. Hierdoor kan leegstand ontstaan in zorginstellingen.
- Een deel van de zorgcliënten vanwege veiligheid en gezelschap wel in een zorgcomplex wil wonen maar zich dat alleen kan veroorloven indien dit voor hen betaalbaar is. In de praktiijk ligt de huur die zij kunnen opbrengen vaak lager dan de circa € 850,- per maand die zorginstellingen van de overheid ontvangen als vergoeding voor huisvesting van een zorgcliënt.

Tabel 1 Zorgzwaartepakketten en extramuralisatie in de zorgsectoren verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

Verpleging en verzorging		Gehandicapten zorg							Geestelijke gezondheidszorg	
VV1		VG1		LVG1	SGLVG	LG1	1ZG-vis	1ZG-aud	GGZ-C1	GGZ-B1
VV2		VG2		LVG2		LG2	2ZG-vis	2ZG-aud	GGZ-C2	GGZ-B2
VV3		VG3	VG3	LVG3		LG3	3ZG-vis	3ZG-aud	GGZ-C3	GGZ-B3
VV4	VV4	VG4		LVG4		LG4	4ZG-vis		GGZ-C4	GGZ-B4
VV5		VG5		LVG5		LG5			GGZ-C5	GGZ-B5
VV6		VG6				LG6			GGZ-C6	GGZ-B6
VV7		VG7				LG7				GGZ-B7
VV8		Donker blauw: vervalt volledig in de Wlz voor nieuwe cliënten, maar blijft bestaan voor huidige cliënten indien zij al in een instelling verblijven. Licht blauw: blijft bestaan in de Wlz, Geel: verdwijnt per 2015 uit de Wlz (overheveling naar WMO of Jeugdwet).								

Bron: NZA.

2.2.3 Decentralisatie van AWBZ-taken: onzekerheid over vergoedingen

De decentralisatie van een aantal AWBZ-taken naar gemeenten en zorgverzekeraars vergroot de onzekerheid bij zorginstellingen over de vergoedingen die zij ontvangen. Twee zaken zijn van belang:

- De decentralisatie naar gemeenten gaat samen met budgetkortingen en onzekerheid of de gemeente de uitvoering van deze taken wel aan de zorginstelling blijft gunnen die deze taken al jaren uitvoert. Voor 2015 hanteert het ministerie van VWS een korting van 11%.
  Dit betreft bijvoorbeeld dagbesteding voor externe zorgbehoevende cliënten, die de zorginstelling aanbiedt in een deel van hetzelfde complex waar ook inwonende cliënten langdurige zorg ontvangen.
- Doordat de Beleidsregel Zorginfrastructuur vervalt is onduidelijk 'of en door wie er in de toekomst nog betaald wordt voor de meerkosten van extra ruimtes in extramurale woonzorgcomplexen'.
  Op grond van de Beleidsregel infrastructuur uit 2006 kon er tot 2015 AWBZ financiering worden verkregen voor investeringen in en exploitatie van algemene en gemeenschappelijke voorzieningen in extramurale woonzorgcomplexen. De meerkosten van dergelijke ruimtes kunnen behoorlijk oplopen. Dat blijkt uit de vergelijking van de meerkosten van de fysieke zorginfrastructuur in een verzorgingshuis en een regulier appartementencomplex (tabel 2).

Tabel 2 Meerkosten extramurale zorginfrastructuur

Intramuraal	Extramuraal	Meerprijs Per appartement	Kapitaalslast Per jaar	Kapitaalslast Per maand
EXTRA RUIMTEN				
Gangen: 1.50 meter	Gangen: 1.20 meter	€1.500	€97	€8
Receptie, bezoekers wc, garderobe, wachtruimte	Niet aanwezig	€4.200	€273	€23
Gemeenschappelijk ruimten 4 m2 per woning	Niet aanwezig	€10.000	€650	€54
INSTALLATIETECHNIEK				
Brandveiligheidsvoorziening: lift, BMI, ontruiming	Standaard	€1.250	€162	€13
Zusteroproep en spreek-/luisterverbinding	Standaard geen alarm	€1.500	€194	€16
Woningtoegang met elektrische sloten	Standaard	€1.000	€65	€5
	Subtotaal	**€ 19.450**	**€ 1.441**	**€ 119**

Bron: E. OldeBijvank & J. Veuger(2013) Zelforganisatie in een coöperatie.

2.3 Effecten

Verschillende organisaties onderzochten de mogelijke effecten van de hervorming in de langdurige zorg. Zij constateren dat:

- de vraag naar lichte intramurale zorg afneemt en aanbieders van deze zorg zich zullen moeten herpositioneren om de eigen continuïteit zeker te stellen;
- de vraag naar (extramurale) beschutte woonvormen groeit.

U treft hier de bevindingen uit twee studies die het meest belangrijk zijn voor de thematiek van het themaonderzoek Zorgvastgoed.

2.3.1 Aanbieders lichte intramurale zorg onder druk

De Nederlandse Zorg Autoriteit (2014) constateert in zijn 'Monitor en Beleidsbrief Continuïteit van de langdurige zorg':

- De veranderopgave voor de verzorging en verpleging bedraagt 32% en die voor gehandicaptenzorg 11%. De veranderopgave geeft aan welk deel van de in 2012 behaalde productie in de Nederlands intramurale zorg kan wegvallen doordat nieuwe cliënten met een lichte zorgbehoefte geen verblijfsindicatie meer krijgen. De hogere veranderopgave in de verzorging en verpleging is gevolg van de grotere dynamiek met in- en uitstroom van oudere zorgcliënten.
- Zorgaanbieders die tot nog toe sterk gericht zijn op cliënten met een licht zorgzwaartepakket, zullen zich vanwege deze ontwikkelingen moeten herpositioneren voor het behoud van de eigen continuïteit.
  De financiële ruimte bij de zorgaanbieder zelf zal mede bepalen of herpositionering kan slagen. Daarnaast kunnen andere factoren relevant zijn zoals de ligging van de aanbieder en marktconcentratie in de regio, identiteit, houding en visie van de zorgaanbieder, kwaliteit en flexibiliteit van het vastgoed, samenwerking met gemeenten.
- In vijf zorgkantoorregio's[1] is er een verhoogd risico voor de continuïteit van de langdurige zorg. Dat betekent dat de continuïteit van de zorg in deze regio's in het gedrang kan komen, afhankelijk van (mogelijke) faiilissementen van aanbieders en van de vraag of er een doorstart kan worden gemaakt of een overname plaatsvindt of dat andere aanbieders extra plaatsen aanbieden. De vijf regio's zijn:
  - In de zorgkantoorregio's Midden Holland, Amsterdam en Arnhem is het risico verhoogd omdat er relatief veel lichte intramurale zorg verdwijnt en er relatief weinig middelen zijn om de veranderingen te accommoderen.
  - In de zorgkantoorregio's Groningen en Utrecht is het risico verhoogd omdat zich in elk van deze regio's één zorgaanbieder bevindt met risico's. Het betreft zorgaanbieders die voor een hoge veranderopgave staan, een lage solvabiliteit hebben (<15%) en groot zijn (regionaal marktaandeel >10% of € 50 miljoen budget).

2.3.2 Groeiende vraag naar (extramurale) beschutte woonvormen

De Rli bracht in 2014 een breed advies uit aan minister Blok (Wonen en Rijksdienst) en staatssecretaris Van Rijn (VWS) over de veranderingen in de wet- en regelgeving voor de langdurige zorg. Volgens de raad:

- krijgen in de komende vijf jaar jaarlijks 10.000 ouderen, 1.300 gehandicapten en 800 cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) met een lagere zorgindicatie geen toegang meer tot intramuraal verblijf;
- kunnen hierdoor juist kwetsbare mensen in de knel komen omdat betaalbare alternatieven voor thuis wonen met zorg nog slechts beperkt beschikbaar zijn.;
- zal er rond 2020 landelijk een extra tekort zijn van 81.000 plekken voor 'verzorgd wonen'. Dit tekort komt bovenop het anno 2012 al bestaande tekort aan circa 110.000 ouderenwoningen en plekken voor wonen met diensten. Door de demografische ontwikkelingen groeit deze vraag de komende 20 à 25 jaar gestaag door;
- moet er volgens berekeningen zo'n 4 miljoen vierkante meter zorgvastgoed worden gerenoveerd of herbestemd. Als er nu gebouwen sluiten, terwijl de vraag naar geclusterd wonen de komende jaren weer gaat toenemen, is er sprake van kapitaalvernietiging.

In verband met de ontwikkelingen naar intra- en extramurale capaciteit adviseert de Rli het kabinet:

- een heldere visie uit te werken voor de komende tien tot vijftien jaar;
- coalities van zorg- en welzijnsorganisaties en corporaties te koesteren en te stimuleren.

De raad verwacht dat de diversiteit aan woonbehoeften ook binnen de groep ouderen zal toenemen.
Mensen met een beperking en GGZ-cliënten zoeken ook steeds vaker naar een woning op de reguliere markt. Een diverser aanbod van woonconcepten is nodig.
De raad voorziet daarom een complexe investeringsopgave:

- geschikt maken van bestaande woningen voor mensen met een beperking;
- ontwikkelen van nieuwe woonzorgconcepten;
- beter benutten van mogelijkheden van technologie voor langer zelfstandig wonen;

[1] Nederland telt 32 zorgkantoorregio's. Binnen elke regio is een zorgkantoor . Het zorgkantoor koopt zorg in bij aanbieders van zorg. Het zorgkantoor heeft daarbij een wettelijke zorgplicht.

- op peil houden of toevoegen van voorzieningen in de buurt voor behoud of vergroting van de woonkwaliteit;
- innoveren van bestaande zorgprocessen om meer (zwaardere) zorg op maat aan huis mogelijk te maken.

In hun brief van 4 juni 2014 aan de Tweede Kamer reageerden minister Blok en staatssecretaris Van Rijn namens het kabinet op het advies van de Rli. Met de Transitieagenda Langer Zelfstandig Wonen wil het kabinet de zoektocht naar een nieuw evenwicht ondersteunen. Deze transitieagenda zet onder meer in op samenwerking tussen partijen op regionaal niveau. In elk van de 43 Wmo-regio's wordt overleg ingericht tussen betrokken partijen in wisselende samenstelling (zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders, gemeenten, woningcorporaties, cliëntenorganisaties, beroepsorganisaties). Gemeenten en zorgverzekeraars wijzen contactpersonen aan. Herstructurering van zorgvastgoed is één van de vraagstukken die aan de orde komen. Er zal regionaal informatie worden gedeeld over de vastgoedsituatie en de voorziene behoefte aan zorg en ondersteuning en voorzieningen in de wijk als gevolg van langer zelfstandig wonen. Het kabinet verwacht dat de regionale samenwerking niet overal even voortvarend zal verlopen. In verband daarmee stelt het kabinet het 'Aanjaagteam Langer Zelfstandig wonen' in. Het aanjaagteam dient ondermeer regio's aan te spreken met een grote opgave en de noodzaak van regionale afspraken uit te dragen.

2.4 Corporaties en intramuraal zorgvastgoed

2.4.1 Marktaandeel

Welk aandeel van het totaal bestaande intramurale zorgvastgoed in bezit is van corporaties, is niet bekend. Een ruwe, eigen schatting komt uit op circa 40%.

Deze schatting is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
- Volgens het Centraal Bureau voor de Statitistiek (CBS) wonen er op 1 januari 2014 krap 232.600 personen in zorginstellingen.
- Volgens de eigen inventarisatie uit dit themaonderzoek bezitten corporaties eind 2013 ongeveer 94.000 woongelegenheden in (van oorsprong) intramurale zorgcomplexen (hoofdstuk 3).
- Indien elke woongelegenheid bewoond wordt door 1 persoon, dan huisvesten de corporaties 40% van de personen in zorginstellingen.

Deze ruwe schatting kan zowel te hoog als te laag zijn. Te hoog omdat een deel van de woongelegenheden in de (van oorsprong) intramurale zorgcomplexen al verhuurd kan zijn aan extramurale cliënten van zorginstelling die niet meetellen in de CBS-statistiek. Te laag omdat het soms nog voorkomt dat meerdere personen dezelfde woongelegenheid delen.

2.4.2 Prototcol uitbreiding garantiestructuur

In de zomer van 2014 was er in de Tweede Kamer aandacht voor het 'Protocol uitbreiding garantiestructuur sociale woningbouw aangaande verzorginsghuizen in verband met de regeling eenmalige subsidie niet-winstbeogende instellingen'. Verzorgingshuizen kunnen onder de in dit onderzoek gehanteerde definitie van zorgcomplexen.

Minister Blok en staatsecretaris van Rijn schrijven in hun brief van 4 juni 2014 aan de Tweede Kamer over dit protocol:
'Dit protocol is in 1999 ondertekend en komt voort uit de overname van verzorgingshuizen door woningcorporaties die in de jaren '90 plaatsvond. De overeenkomst bevat onder andere een schadeloosstellingregeling voor woningcorporaties in het geval van een gehele of gedeeltelijke door de minister van VWS goedgekeurde (planmatige) of van overheidswege opgelegde sluiting van het verzorgingstehuis. Onder de toenmalige wetgeving, waarin de centrale overheid een sterk plannende rol had, werden op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen dergelijke sluitingsbeslissingen genomen. Inmiddels is deze wijze van centrale planning verlaten. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen, waar de minister op grond van de artikel 18a de bevoegdheid had een sluiting op te leggen, bestaat sinds 1 januari 2006 niet meer.'

3 Woningcorporaties en zorgvastgoed

3.1 Zorgcomplexen en aanleunwoningen in de sector (fase 1)

In deze paragraaf vindt u informatie die 372 corporaties aanleverden tijdens de eerste fase van het thema onderzoek. In deze fase is geïnventariseerd:

- welke corporaties zorgcomplexen en/ of aanleunwoningen exploiteren en in welke mate;
- in hoeverre woningcorporaties een risico-inventarisatie hebben opgesteld naar aanleiding van de veranderde wetgeving.

Driekwart van de corporaties heeft zorgvastgoed

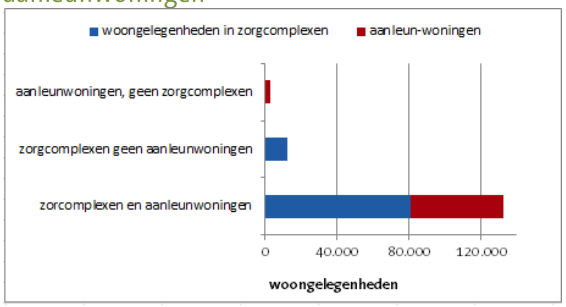
Ongeveer driekwart (291) van alle corporaties bezit zorgcomplexen en/ of aanleunwoningen nabij zorgcomplexen (grafiek 1). De meesten (177) bezitten beide typen zorgvastgoed. De tweede grote groep (88) bezit alleen zorgcomplexen. Een klein aantal heeft alleen aanleunwoningen.

Grafiek 1: Aantal corporaties naar type zorgvastgoed dat ze bezitten

Circa 148.000 woongelegenheden

Binnen de zorgcomplexen van de corporaties is sprake van in totaal bijna 94.000 woongelegenheden. Ook zijn er circa 54.000 aanleunwoningen eigendom van corporaties. Het overgrote deel van deze in totaal circa 148.000 woongelegenheden is eigendom van corporaties die beide typen zorgvastgoed verhuren (grafiek 2).

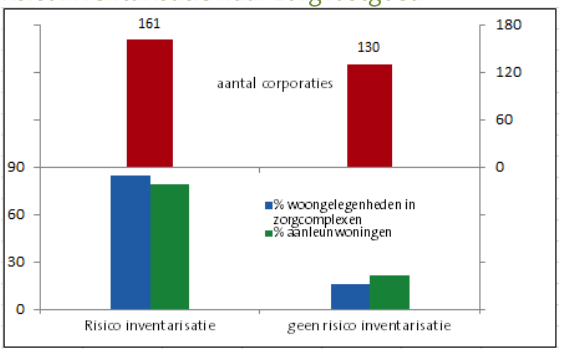
Grafiek 2: Verdeling zorgvastgoed naar corporaties met zorgcomplexen en/of aanleunwoningen



Risicoanalyse s ontbreken nog vaak

Van de 291 corporaties met zorgvastgoed geven er 161 aan te beschikken over een actuele risicoanalyse voor dit zorgvastgoed. Deze 161 corporaties bezitten samen circa 84% van alle woongelegenheden in zorgcomplexen en 79% van de aanleunwoningen. Actueel betekent hierbij dat de risicoanalyse dateert van 2012 of later. Aan de kwaliteit van de risicoanalyse zijn geen eisen gesteld.

Grafiek 3: Corporaties met en zonder risicoinventarisatie naar zorgvastgoed



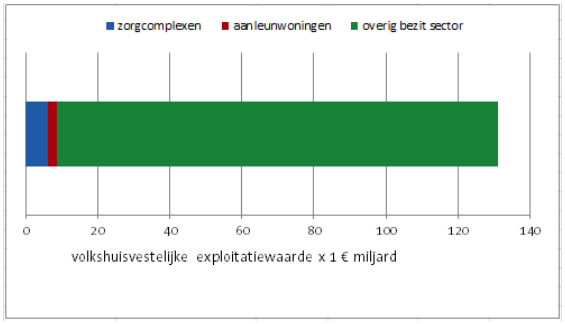
De overige 130 corporaties hebben geen actuele risicoanalyse. Velen van hen hebben relatief weinig belang bij zorgvastgoed. Toch geldt dat niet voor allemaal. Een aantal van hen voldoet dan ook aan het selectiecriterium voor fase 2 en is in die fase nader bevraagd over risico's en beheersmaatregelen.

Financieel belang

CFV schat de volkshuisvestelijke exploitatiewaarde van de aanleunwoningen en zorgcomplexen in de corporatiesector op circa € 8,5 miljard. Dit is ongeveer 7% van de totale volkshuisvestelijke exploitatiewaarde van de sector ultimo 2013 (grafiek 4).

De volkshuisvestelijke exploitatiewaarde is gelijk aan de waarde van te verwachte kasstromen uit de verhuurexploitatie van het bezit. CFV benut deze waarde tot nog toe bij de jaarlijkse financiële beoordeling van corporaties. De hoogte van de volkshuisvestelijke exploitatie bepaalt CFV door gedetailleerde bedrijfswaarde informatie van de corporaties zelf op een aantal punten te uniformeren. Voor het zorgvastgoed is hier gewerkt met een schatting, omdat er geen gedetailleerde bedrijfswaarde informatie is.

Grafiek 4: Volkshuisvestelijke exploitatiewaarde van het zorgvastgoed in de sector



De zorgcomplexen vertegenwoordigen circa € 6 miljard aan volkshuisvestelijke exploitatiewaarde in de schatting. Dit is gemiddeld per woongelegenheid in een zorgcomplex € 64.000,-. Dat is fors meer dan het gemiddelde van bijna € 49.300,- per verhuureenheid in de sector ultimo 2013. De woongelegenheden in zorgcomplexen zijn dus relatief hoog gewaardeerd. Dit kan overigens mede liggen aan extra ruimte die complexen bieden voor gemeenschappelijk gebruik en voorzieningen. De huren die zorginstellingen betalen aan corporaties houden daar rekening mee. De totale jaarhuur voor alle zorgcomplexen in bezit van corporaties bedraagt € 712 miljoen in 2013.

3.2 Corporaties met relatief veel belang bij zorgcomplexen (fase 2)

In deze paragraaf leest u meer over:

- het beleid dat 56 corporaties hebben voor hun zorgvastgoed (§ 3.2.1);
- de risico's die zij zien bij dit zorgvastgoed (§ 3.2.2);
- de financiële effecten die zij inmiddels verwerkten in hun bedrijfswaarde en huurprognose voor het zorgvastgoed (§ 3.2.3).

Deze 56 corporaties namen deel aan fase 2 van het themaonderzoek. Zij zijn hiervoor geselecteerd omdat hun zorgcomplexen goed zijn voor tenminste 6% van hun jaarhuurinkomsten én tenminste 6% van hun woongelegenheden. Zorgcomplexen staan centraal in dit criterium, omdat de financiële risico's bij zorgcomplexen groter zijn dan bij de aanleunwoningen. Wel zijn er in de enquête van fase 2 enkele vragen gesteld over risico's rond aanleunwoningen. Nieuw in fase 2 is bovendien de aandacht voor woonzorgcomplexen.

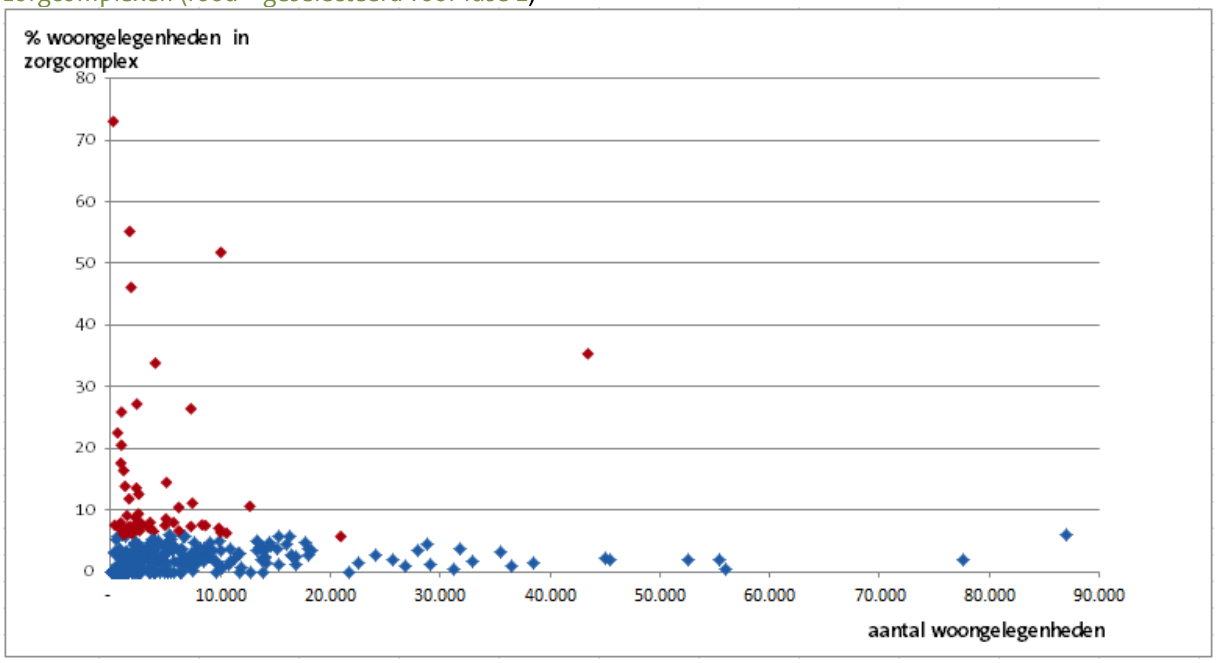
Het zorgvastgoed bij de 56 corporaties

De groep van 56 corporaties omvat kleine én grote corporaties (grafiek 5). Samen bezitten zij ongeveer 44.000 woongelegenheden in circa 900 verschillende zorgcomplexen. Dit is circa 47% van alle woongelegenheden in zorgcomplexen van corporaties. Een deel van deze corporaties bezit daarnaast ook andere vormen van zorgvastgoed:

- 41 corporaties hebben samen ruim 20.000 aanleunwoningen.
- 20 corporaties bezitten samen bijna 5.100 woongelegenheden in woonzorgcomplexen waar scheiding van wonen en zorg van begin af aan is doorgevoerd.

.

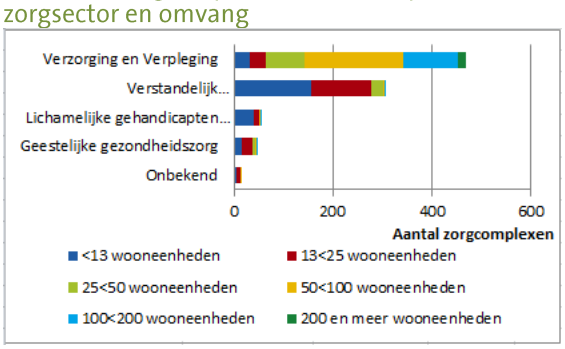
Grafiek 5: Corporaties naar totaal aantal woongelegenheden en percentage woongelegenheden in zorgcomplexen (rood = geselecteerd voor fase 2)



De zorgcomplexen die de 56 corporaties bezitten, worden gehuurd door organisaties uit verschillende zorgsectoren (grafiek 6):

- Ruim 450 complexen zijn in gebruik voor verzorging en verpleging van vooral ouderen die in de complexen wonen. Dit zijn merendeels grote(re) complexen met 50 woongelegenheden en meer.
- Nog eens ruim 300 complexen worden benut voor verzorging en huisvesting van verstandelijk gehandicapten. Dit zijn overwegend kleine complexen met maximaal 25 woongelegenheden.
- De lichamelijke gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg benutten elk circa 50 complexen. Ook dit zijn overwegend kleine complexen van maximaal 25 woongelegenheden.
- Voor een klein aantal complexen is onbekend wat voor zorg er wordt verleend.

Grafiek 6: Zorgcomplexen van 56 corporaties naar zorgsector en omvang



3.2.1 Beleid voor zorgvastgoed

Vaak geen specifiek beleid voor zorgvastgoed

Van de 56 corporaties heeft éénderde deel (19) geen specifiek beleid voor zorgvastgoed (tabel 1). Zij geven hiervoor diverse redenen. Het is bijvoorbeeld onderdeel van het algemene strategisch vastgoedbeleid of er was vanouds geen reden voor apart beleid omdat het risico laag was (de zorginstellingen kregen de kapitaallasten van het vastgoed immers geheel vergoed en de huurbetaling aan corporaties was dus zo goed als zeker). Of apart beleid wordt alleen nodig geacht indien er een ontwikkelopgave is.
Desgevraagd zeggen 13 van de 19 corporaties dat zij binnen twee jaar beleid voor zorgvastgoed willen formuleren. Onder de zes die dit niet van plan zijn, zijn er drie die binnen twee jaar verwachten te fuseren.

Tabel 1 Corporaties en beleid voor zorgvastgoed

	Beleid actualiseren / formuleren in 2 jaar?		Totaal
	Ja	Nee	
Beleid zorgvastgoed	29	8	**37**
Geen beleid zorgvastgoed	13	6	**19**
Totaal	**42**	**14**	**56**

Beleid voor zorgvastgoed soms niet goedgekeurd door de RvC

Tweederde deel (37) van de corporaties heeft wel beleid voor zorgvastgoed. Bij elk van deze 37 corporaties is het beleid vastgesteld door het bestuur. Bij velen is het beleid in 2014 voor het laatst geactualiseerd. Bij een aantal anderen is het beleid al wat ouder, wat overigens goed kan, temeer daar wijzigingen in regelgeving en bekostiging van zorg al enige tijd bekend zijn.
Bij drie corporaties is het beleid niet goedgekeurd door de eigen RvC. Vooral voor de twee bij wie het beleid al minstens een jaar oud is, is dit verwonderlijk.

Waarom specifiek beleid voor zorgvastgoed?
Zorgvastgoed bestaat deels uit gespecialiseerd vastgoed dat niet gemakkelijk is in te zetten voor andere doelgroepen. Door veranderingen in de wetgeving voor zorg neemt de dynamiek in de zorgsector toe evenals de risico's voor gespecialiseerd zorgvastgoed. Dit is reden voor het opstellen van specifiek beleid voor zorgvastgoed.

Met specifiek beleid voor zorgvastgoed formuleert een corporatie haar eigen doelen en afwegingskaders voor het zorgvastgoed. Door het beleid na vaststelling in het bestuur ter goedkeuring voor te leggen aan RvC, wordt geborgd dat ook de interne toezichthouders verantwoording nemen voor dit beleid en er periodiek over geïnformeerd willen worden.

Beleidsdoelen voor zorgvastgoed

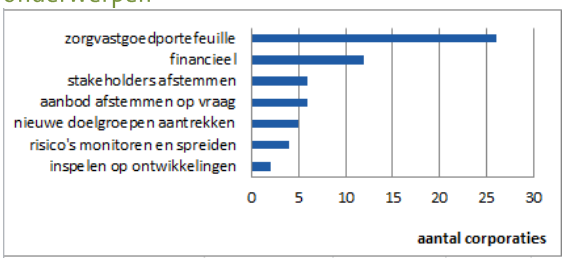
Het is opvallend dat zes van de 37 corporaties die beleid voor zorgvastgoed formuleerden, geen beleidsdoelen hebben voor het zorgvastgoed. Dit is opvallend, want een beleid zonder doelen heeft geen focus.
De 31 overige corporaties met beleid voor zorgvastgoed hebben wel doelen voor het zorgvastgoed, net als twee corporaties die (nog) geen separaat beleid voor zorgvastgoed formuleerden. In totaal zijn er daardoor 33 corporaties met beleidsdoelen voor het zorgvastgoed.

Bij velen (26) zijn de doelen direct gericht op de zorgvastgoedportefeuille (grafiek 7). Deze corporaties willen bijvoorbeeld:

- zorgvastgoed omzetten naar scheiden van wonen en zorg of naar een zwaardere categorie zorg;
- zorgvastgoed afstoten;
- meer levensloopbestendig zorgvastgoed.

Financiële doelen zijn de tweede meest genoemde categorie (12). Deze betreffen vooral het sturen op rendement en de optimalisatie van huurinkomsten uit zorgvastgoed via langdurige contracten en een passende tariefstelling.
Alle andere doelen zijn minder vaak genoemd. Vier corporaties vermelden het monitoren en spreiden van risico's rond zorgvastgoed als een expliciet doel.

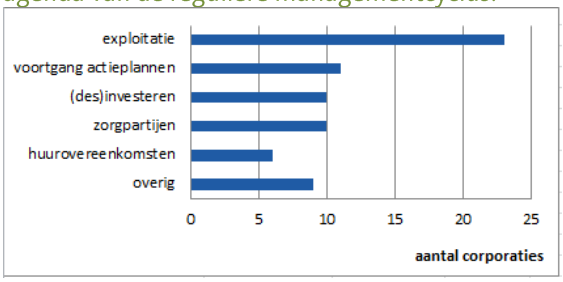
Grafiek 7 Aantal corporaties dat in verband met zorgvastgoed doelen heeft voor genoemde onderwerpen



Zorgvastgoed vaak onderdeel van reguliere managementinformatie

Bij tweederde van de corporaties (38) is zorgvastgoed onderdeel van de informatievoorziening voor de reguliere managementcyclus. Ruim de helft (23) van hen kijkt op zijn minst naar zaken die direct te maken hebben met de exploitatie van dit vastgoed, zoals de ontwikkeling van de kasstromen en bezetting (grafiek 8). Andere onderwerpen zijn de voortgang van eigen beleids- of actieplannen voor het zorgvastgoed, (des)investeringen, de situatie bij zorgpartijen en wijzigingen in huurovereenkomsten.
De voortgang van eigen beleids- of actieplannen komt in dit overzicht op de tweede plaats. Gezien het belang van het volgen van dit soort plannen lijkt dat weinig. Dit kan echter liggen aan de open vraagstelling in de enquête. Waar de ene corporatie invult dat de voortgang van eigen actieplannen wordt gevolgd, vult de andere wellicht in dat de bezetting van het vastgoed wordt gevolgd zonder te expliciteren dat die bezetting relevante informatie geeft over de voortgang van het eigen actieplan.

Grafiek 8 Aspecten van zorgvastgoed op de agenda van de reguliere managementcyclus.



Voor de overige 18 corporaties is zorgvastgoed geen onderdeel van de informatievoorziening voor de reguliere managementcyclus. Hun MT's missen hiermee frequente aandacht voor het zorgvastgoed. Toch beschikken ze vrijwel allemaal over:

- een actuele risicoanalyse voor het zorgvastgoed (12);
- maatregelen om risico's te beheersen of verzachten (10);
- specifiek beleid voor zorgvastgoed (9);
- beleidsdoelen (5).

Het is opmerkelijk dat zorgvastgoed bij deze corporaties geen onderwerp is in de reguliere managementinformatie. Indien het management wil kunnen sturen op het bereiken van gestelde doelen en op het beheersen en verzachten van de risico's, zal het management zich moeten laten informeren over de voortgang. Het is eventueel mogelijk om dit buiten de reguliere managementinformatie om te doen.
Het risico dat een onderwerp naar de achtergrond verdwijnt wordt daarmee echter groter.
Evenals de kans dat er pas na het ontstaan van een acute crisissituatie, oog is voor het onderwerp. In zo'n acute crisissituatie kan het management vaak niet veel meer doen dan reactief handelen terwijl de schade als is opgelopen.

Afstemmen van beleid inzake zorgvastgoed met gemeenten en/ of andere corporaties

In de afgelopen 12 maanden sprak ruim de helft van de corporaties (33) met gemeenten over de afstemming van beleid inzake zorgvastgoed.
Een nog iets groter aantal sprak hierover ook of alleen met andere corporaties (36). Afstemming met gemeenten en andere corporaties over het zorgvastgoed kan helpen bij het terugdringen van risico's. De resultaten van de afstemming met de gemeenten kinnne in prestatieafspraken worden vastgelegd.

Welke risico's dient u te bezien in een risicoanalyse?

- *Contractrisico*:
  Hoe lang lopen contracten nog? Welke ontbindende voorwaarden of anderszins risicovolle clausules bevatten ze?
- *Debiteurenrisico*
  Hoe solvabel en liquide zijn de zorginstellingen die uw vastgoed huren?
- *Liquiditeitsrisico*
  Hoeveel ruimte is er in uw operationele kasstroom om wegvallende huurinkomsten op te vangen?
- *Zorgkantoorrisico*:
  Hoe bepaalt het zorgkantoor de capaciteit voor verschillende typen zorg in uw regio en wat betekent dat voor uw vastgoed?
- *Transformatierisico*:
  Is uw zorgvastgoed ook in te zetten voor andere functies dan de huidige?
- *Veiligheidsrisico*:
  Is de veiligheid van uw vastgoed op orde voor de huidige en/ of toekomstige gebruikers?
- *Marktrisico*:
  Hoe ontwikkelt de vraag naar uw vastgoed zich gezien demografische ontwikkelingen?
- *Waarderingsrisico*:
  Hoe gedegen zijn de uitgangspunten voor de waardebepaling van uw vastgoed?
- *Wetgevingsrisico*:
  Wet- en regelgeving kan veranderen. Ook de huidige wet- en regelgeving kan weer veranderen.

Risicoanalyse s en maatregelen voor zorgvastgoed
Driekwart van de corporaties (42) heeft een actuele risicoanalyse voor het zorgvastgoed. Ook nam tweederde vanwege de risicoanalyse en/ of de veranderingen in de wetgeving voor zorg maatregelen voor dit vastgoed (tabel2). Het valt op dat zeven corporaties de uitkomsten van hun risicoanalyse nog niet bespraken met hun raad van commissarissen. De bestuurder is wel altijd op de hoogte.

Tabel 2 Risicoanalyse s en maatregelen voor zorgvastgoed bij corporaties

		Maatregelen genomen?		Totaal
		Ja	Nee	
Risico-analyse?	ja	29	13	42
	nee	9	5	14
Totaal		38	18	56

De meest voorkomende maatregelen die de corporaties nemen zijn gericht op:
- de hurende zorgpartijen (27 corporaties). Contact met en/ of het financieel monitoren van zorgpartijen geeft corporaties inzicht in de ontwikkelingen bij deze partijen en hun financiële spankracht. Dat helpt bij het inschatten van de toekomstige ontwikkelingen en het verkennen van mogelijkheden om eventuele ongunstige ontwikkelingen af te wenden.
- aanpassen van de eigen investerings- en portfoliostrategie op basis van marktverkenning (22 corporaties). Deze corporaties investeren bijvoorbeeld alleen nog in zorgappartementen die ook verhuurbaar zijn aan reguliere huurders of in vastgoed voor zwaardere zorg waarvoor financiering blijft bestaan via de wet langdurige zorg. Ook zijn er corporaties die over het geheel terughoudender zijn met investeringen in zorgvastgoed.
- onderzoek naar de inzet van het zorgvastgoed voor zwaardere zorg of geheel andere bestemmingen, dan wel verkoop van het zorgvastgoed (17 corporaties).
- vernieuwing van huurovereenkomsten (10 corporaties).
- alert blijven op risico's (10 corporaties). Men zet extra in op het signaleren van knelpunten, actualisatie van risicoanalyse s en/ of rekent verschillende scenario's door.

Waarmee start de risicoanalyse?
- Zorg voor kennis van de zorgorganisaties die bij u huren. Hoe zien zij hun toekomst, welke strategie volgen ze, wat zijn hun huisvestingsplannen en –wensen en hoe is hun financiële positie? Welke zekerheden over zorglevering krijgen zij van het zorgkantoor? En ga na wat dit betekent voor de verhuur van uw zorgvastgoed nu en in de toekomst.
- Ga na hoe de vraag naar en het aanbod van het zorgvastgoed dat u bezit, zich ontwikkelen in de regio?
- Weet welke bescherming de huurcontracten die u heeft met zorginstellingen al dan niet bieden tegen risico's. Bevatten de contracten bijvoorbeeld clausules op grond waarvan ze voortijdig kunnen worden opgezegd door de zorgorganisatie? Valt het einde van de contractduur wel of niet samen met de beoogde exploitatieduur van het zorgvastgoed? Weet dat bij faillissement van de huurder het contract kan eindigen.
- Ken de mogelijkheden en beperkingen van de complexen bij welke u risico's signaleert. Zijn de risico's te verzachten door deze objecten in overleg met de huidige huurder anders in te zetten, al dan niet na transformatie? Kunnen complexen waarvan het huurcontract wordt opgezegd een alternatieve bestemming krijgen en wat moet daarvoor gebeuren? Is verkoop of sloop een optie? Ga na hoe de markt voor het type (voormalige) zorgvastgoed dat u bezit zich ontwikkelen in de regio.
- Stel liquiditeitsscenario's (stresstest) op voor de gevolgen van wegvallende huurinkomsten uit zorgvastgoed en/ of extra investeringen. Stel tevens vermogensscenario's op voor de (af)waardering van uw vastgoed?

Waarom geen maatregelen nemen?
Er kunnen goede redenen zijn om geen extra maatregelen te nemen voor het zorgvastgoed. Van de 18 corporaties die geen maatregelen namen, geven er 13 argumenten die potentieel steekhoudend zijn. Ze achten hun risico's bijvoorbeeld beperkt omdat dit blijkt uit de zelf uitgevoerde risicoanalyse en/ of omdat hun zorgvastgoed al geheel is afgestemd op het scheiden van wonen en zorg (tabel 3). Of deze corporaties ook terecht stellen dat hun risico's beperkt zijn, is binnen fase 2 niet nagegaan.

Tabel 3 Argumenten om geen maatregelen te nemen voor zorgvastgoed

	Aantal corporaties
Risico's beperkt en beheersbaar	13
Financieel gezonde huurders die contracten respecteren	4
Actuele investeringsstrategie is afgestemd op ontwikkelingen	4
Nu geen aanleiding, we monitoren risico's regelmatig	3
Alleen weinig steekhoudende argumenten genoemd	5

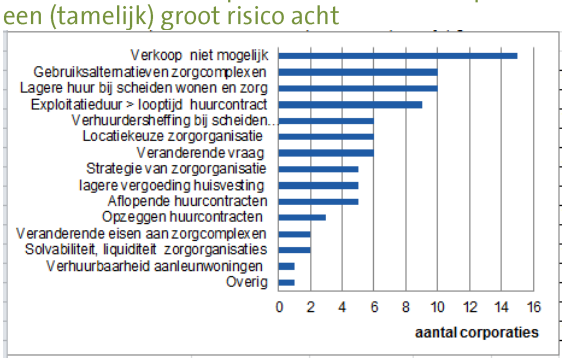
Vijf corporaties geven argumenten die lijken te wijzen op weinig oog voor eigen risico's rond zorgvastgoed. Bij drie van hen spelen bestuurlijke kwesties in de eigen organisatie. Deze bestuurlijke kwesties hebben prioriteit voor hen. Twee anderen leggen het risico geheel bij de huurder. Zij tonen geen besef dat een huurder failliet kan gaan en dat het risico dan alsnog bij de eigen corporatie komt.

3.2.2 Risico's rond zorgvastgoed

Grote diversiteit in risico´s

Ruim de helft van de corporaties (31) beoordeelt tenminste één aspect uit een voorgelegde lijst met 15 risico-aspecten[2] als een (tamelijk) groot risico voor de eigen organisatie. De 'onmogelijkheid tot het verkopen van zorgvastgoed dat zijn functie verliest' wordt het meest genoemd. Op een gedeelde tweede plaats komen 'onvoldoende gebruiksalternatieven voor zorgcomplexen die hun functie verliezen' en 'de lagere huur bij scheiden van wonen en zorg'. Alle andere voorgelegde aspecten worden minder vaak genoemd, maar spelen wel voor één of meer corporaties. De risico's rond zorgvastgoed zijn dus divers.

Grafiek 9: aantal corporaties dat diverse aspecten een (tamelijk) groot risico acht



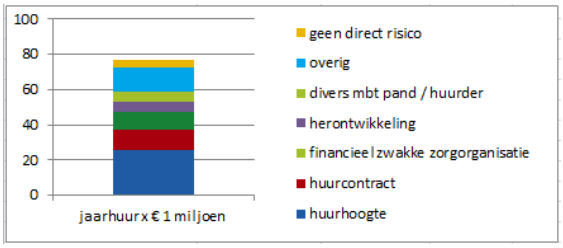
Risicovolle zorgcomplexen

Circa eenvijfde deel van de totale jaarhuur die de bijna 900 zorgcomplexen in 2013 opleverden aan de 56 corporaties, wordt verdiend op complexen met grote risico's. Het gaat om een bedrag van circa € 70 miljoen aan jaarhuur dat verdiend wordt met ruim 110 zorgcomplexen (grafieken 10 en 11). Doordat elke corporatie maximaal drie risicovolle complexen kon opgeven, is het mogelijk dat de jaarhuur van alle risicovolle complexen hoger ligt.

Overigens is het bedrag van circa € 70 miljoen na het aantal van 110 complezen bepaald, na correctie voor het gegeven dat enkele corporaties complexen opgaven waarbij geen direct risico is, gezien de eveneens gegeven motivering. Voor de betreffende corporaties kunnen deze complexen nog wel de meest risicovolle zijn.

[2] Slechts enkele corporaties beoordeelden aanvullend op de vaste lijst met 14 vooraf benoemde, nog een zelf geformuleerd 'overig' aspect.

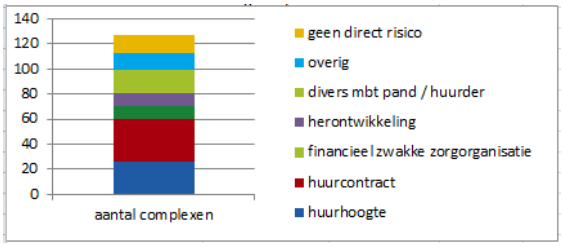
Grafiek 10 Jaarhuur van risicovolle complexen naar risico.



Uit de toelichtingen waarom de complexen risicovol zijn, blijkt dat er diverse redenen zijn. Enkele goed herkenbare redenen zijn (grafiek 10 en 11):

- Het huurcontract:
  Opzegging van het huurcontract of het naderende einde van de looptijd van het huurcontract binnen enkele jaren met onzekerheid over verlenging.
- De huurhoogte:
  De overgang naar het scheiden van wonen en zorg in een bestaand complex leidt vaak tot lagere huurinkomsten. Ook komt het voor dat hurende zorginstellingen vragen om huurverlaging en/ of de corporatie zelf de prijs te hoog acht voor de kwaliteit.
- De financieel zwakke zorgorganisatie:
  Financiële problemen bij de zorgorganisatie die het complex huurt, kunnen gevolgen hebben voor de corporatie.

Grafiek 11 Aantal risicovolle zorgcomplexen naar risico.



Aflopende huurcontracten

Aflopende huurcontracten vormen een risico. Zojuist bleek al dat er zeker 34 zorgcomplexen met een gezamenlijke jaarhuur van € 11 miljoen als risicovol worden gezien door de corporaties die deze complexen bezitten. Tegelijk is duidelijk dat het totale aantal complexen waarvoor het vigerende huurcontract binnen vijf jaar afloopt, veel hoger ligt. De 56 corporaties melden dat dit voor ruim 300 complexen geldt met een totale jaarhuur van circa € 88 miljoen.

Opzegging van het huurcontract kan in beginsel bij elk van deze complexen een risico zijn. Financiële gevolgen zijn er vooral wanneer:

- de beoogde exploitatieduur van het zorgcomplex langer doorloopt dan het vigerende huurcontract
- én het complex na opzegging van dit contract niet goed opnieuw verhuurbaar is of verkoopbaar.

In de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek hadden 17 corporaties te maken met rechtsgeldige huuropzeggingen voor in totaal 39 complexen.

Zorgorganisaties
Zorgorganisaties kunnen risico's genereren voor de corporaties van wie zij zorgcomplexen huren. Het onderzoek levert hiervoor diverse aanwijzingen:
- In de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek is bijna een kwart van de corporaties (13) benaderd met een verzoek tot huurverlaging. Deze verzoeken betroffen in totaal 65 zorgcomplexen. Voor negen van de complexen was ten tijde van het onderzoek inmiddels ingestemd met het verzoek.
- Tien complexen op de eerder besproken lijst met risicovolle complexen hebben een financiëel zwakke huurder.

Het risico dat een corporatie loopt ten aanzien van hurende zorgorganisatie(s) is groter naarmate:
- een zorgorganisatie financieel zwakker wordt en het huurcontract (potentieel) niet meer kan nakomen;
- de zorgorganisatie een groter aandeel heeft in de huurinkomsten van de corporatie.

Wat voor maatregelen nemen?
- Ontwikkel een visie op de lokale/ regionale zorgmarkt en bepaal welke rol u wilt en kunt spelen op deze markt. Stem uw rol en visie af met de gemeenten, zorginstellingen, zorgkantoor, borger van financiering en andere corporaties.
- Vertaal deze visie en de bevindingen uit uw risicoanalyse naar uw portefeuillemanagement (zowel strategisch niveau als complexniveau) en naar uw liquiditeitsbegroting en vermogenspositie. Beperk de contractrisico's. Ontwikkel een stresstest en fall back scenario waaronder voldoende ruimte in de operationele kasstroom.
- Zorg voor besluitvorming door het bestuur en de raad van commissarissen. Zorg voor voldoende countervailing powers in dit besluitvormingsproces, bijvoorbeeld via externe validatie.
- Veranker de voortgang op acties rond de gewijzigde zorgbeleidsdoelstellingen expliciet (via kpi's) in de planning- en controlcyclus.

3.2.3 Financiële impact tot nog toe

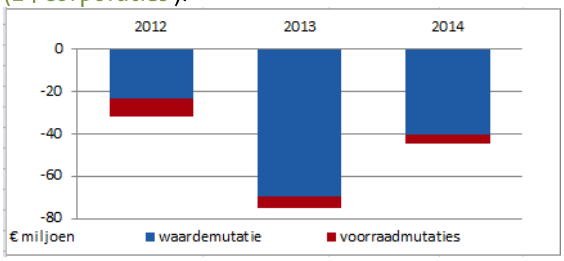
Beperkt afgewaardeerd op zorgcomplexen
In 2013 hadden de 56 corporaties samen circa 44.000 woongelegenheden in zorgcomplexen. Deze zorgcomplexen leverden ongeveer € 346 miljoen aan huurinkomsten op.

De door de 56 corporaties geschatte bedrijfswaarde voor 2013 bedraagt € 3,6 miljard[3].

Veertien van de 56 corporaties hebben in de jaren 2012 tot en met 2014 vanwege de veranderingen in de regelgeving voor de zorg verlies genomen op de zorgcomplexen. Samen waardeerden zij circa € 152 miljoen af op de bedrijfswaarde van hun zorgcomplexen. Gemiddeld is dat ruim 9% van de € 1,6 miljard bedrijfswaarde die deze 14 corporaties in 2013 noteerden voor hun zorgcomplexen. Voor de afzonderlijke corporaties varieert dit percentage evenwel sterk.

De afwaarderingen betreffen hoofdzakelijk waardemutaties en veel minder voorraadmutaties. Afwaardering vanwege waardemutatie betekent dat de bedrijfswaardeverlaging is ingegeven door een (eerder niet voorziene) verkorting van resterende exploitatieduur van complexen en/ of (eerder niet voorziene) bijstellingen in het niveau van inkomsten en uitgaven voor complexen.
Bij voorraadmutatie is de afwaardering het gevolg van het inkrimpen van de zorgcomplexen-portefeuille vanwege sloop, verkoop, renovatie en/ of herbestemming.

Grafiek 12 Afwaardering op zorgcomplexen vanwege veranderingen in de zorg (14 corporaties).



In hoeverre de waardering van het zorgvastgoed betrouwbaar is, is onbekend.

Beperkte huurderving verwacht over algemene ruimtes in woonzorgcomplexen
Naast zorgcomplexen bezitten 20 van de 56 corporaties ook nog 112 woonzorgcomplexen. Anders dan in een zorgcomplex bestaat er in een woonzorgcomplex van begin af aan scheiding tussen wonen en zorg. Wel zijn er binnen woonzorgcomplexen algemene voorzieningen en gemeenschappelijke ruimtes voor bewoners.

Vier van de 20 corporaties met woonzorgcomplexen verwachten dat de verhuurbaarheid van de algemene voorzieningen en gemeenschappelijke ruimtes in de komende vijf jaar onder druk komt. Zij bezitten samen ongeveer eenvijfde deel van de circa 5000

[3]Dit gegeven is niet geschikt om te uniformeren tot de volkshuisvestelijke exploitatiewaarde die CFV benut bij financiële beoordelingen. Uniformering vergt meer toelichting over de opbouw van het gegeven en de samenhang met de rest van de portefeuille.

woongelegenheden die deze 20 corporaties samen hebben in woonzorgcomplexen.

Beperkte huurderving verwacht bij aanleunwoningen

Slechts vijf corporaties met aanleunwoningen verwachten dat de verhuurbaarheid van (een deel van) deze woningen in de komende vijf jaar onder druk komt door het wegvallen van voorzieningen in het nabijgelegen zorgcomplex. Samen verwachten zij deze verhuurbaarheidsproblemen voor 866 aanleunwoningen. Dat is circa 4% van het totaal aantal aanleunwoningen bij de 56 corporaties.

4 Klankbordgroep

CFV heeft zijn conclusies en bevindingen uit dit themaonderzoek zorgvastgoed gepresenteerd aan medewerkers van de corporaties Woonzorg en Woonfriesland, de organisaties Aedes, Actiz, NZA, ILT, WSW, WFZ en het ministerie van Binnenlandse Zaken (directie woningmarkt en aanjaagteam langer zelfstandig wonen).

Tijdens deze bijeenkomst is veel besproken.
De zaken die CFV hieruit vooral opvallen, zijn de volgende:

1. Er verandert momenteel veel tegelijk.
   Dat maakt de toekomst onzeker en risico's moeilijk in te schatten. Het zorgstelsel gaat van een volledig overheidsgereguleerd systeem naar een stelsel met meer marktwerking. Hoe die markt zich gaat ontwikkelen is daarbij nog ongewis, evenals de vraag wat er de komende jaren nog meer zal gaan veranderen in wet- en regelgeving. Misschien zal de extramuralisering bijvoorbeeld ook bij zwaardere zorg worden ingevoerd. Tegelijkertijd is er binnen het corporatiestelsel door de nieuwe woningwet ook verandering.
2. De zorgsector is sterk gericht op de korte termijn. Voor het vastgoed is echter een lange termijn visie belangrijk. Het is belangrijk dat gemeenten en zorgkantoren de regierol goed oppakken.
3. Het is belangrijk dat de waarde van het zorgvastgoed van corporaties realistisch wordt vastgesteld, rekening houdend met hetgeen er nog op de corporatie afkomt. Tegelijkertijd is de waarde van dit vastgoed moeilijk in te schatten en is er actueel een risico op een te hoge waardering van het zorgvastgoed.
   De onzekerheid voor corporaties hangt mede af van de onzekerheid bij zorginstellingen. Het commitment van zorgkantoren gaat vaak niet verder dan één jaar. De Wet langdurige zorg biedt wel de mogelijkheid tot het aangaan van een meerjarig inkoopcontract. Tot op heden maken zorgkantoren hier nog maar beperkt gebruik van.
4. Tussen corporaties verschilt het risicobewustzijn ten aanzien van zorgvastgoed vermoedelijk sterk. Bij grotere corporaties staat het risicomanagement mogelijk op een hoger niveau en corporaties met meer zorgvastgoed hebben waarschijnlijk een beter beeld van de huidige ontwikkelingen dan corporaties met één of twee complexen.
   Een deel van de corporaties denkt waarschijnlijk op grond van lopende huurcontracten geen risico te lopen en dat kan onterecht zijn.