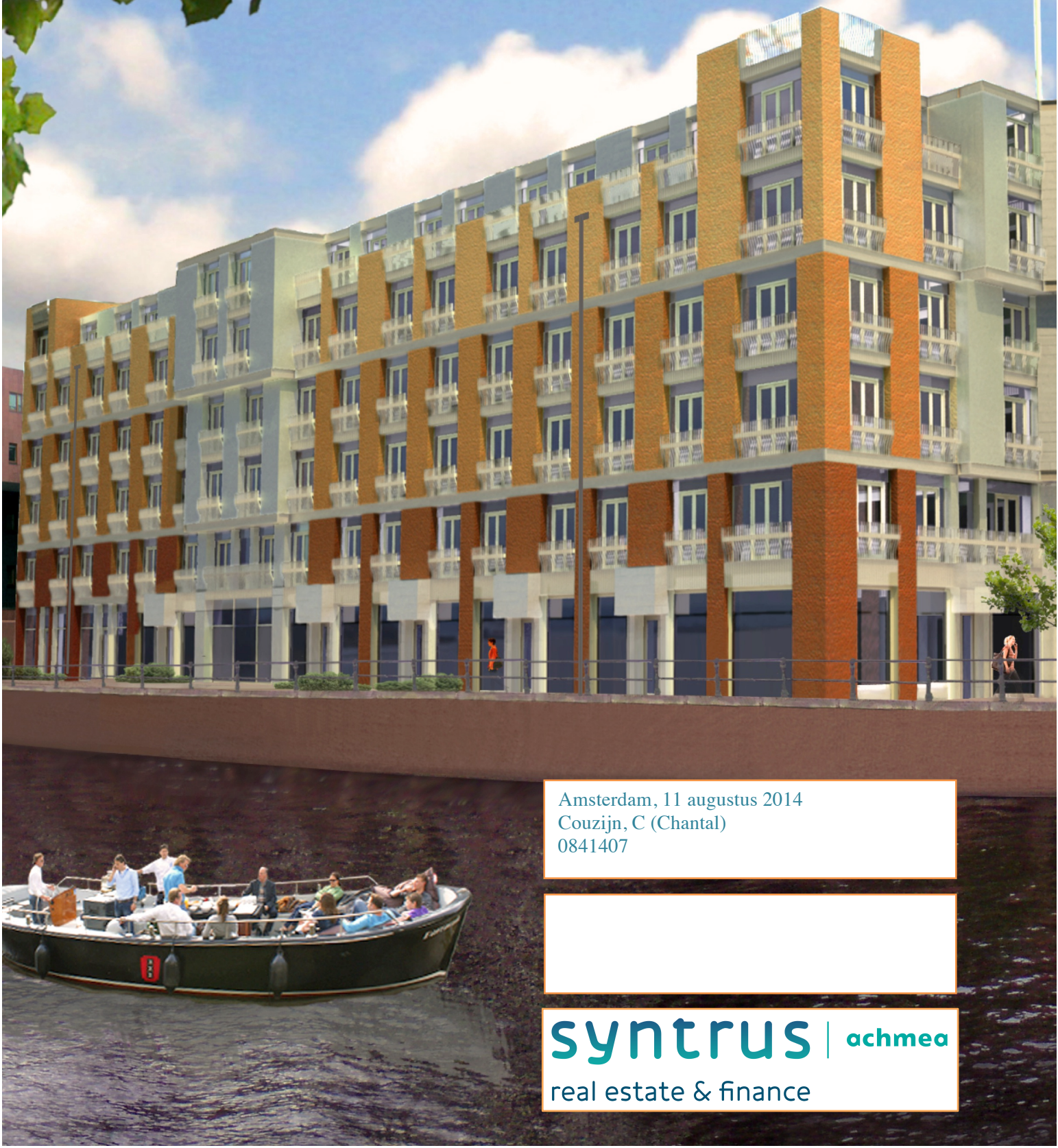


‘De kwalitatieve toetsing van het businessmodel van
zorginstellingen bij het beleggen in zorgvastgoed door de
institutionele belegger.’

2014



Amsterdam, 11 augustus 2014
Couzijn, C (Chantal)
0841407

syntrus | **achmea**
real estate & finance

‘De kwalitatieve toetsing van het businessmodel van zorginstellingen bij het beleggen in zorgvastgoed door de institutionele belegger.’

2014

Organisatie en opleiding

Hogeschool Rotterdam
Instituut Gebouwde Omgeving
Vastgoed & Makelaardij

Auteur

Chantal Couzijn, 0841407

Studiejaar

2013-2014

Stageperiode

Onderwijsperiode 3 en 4

Plaats en datum

Amsterdam, 11 augustus 2014

Opdrachtgever

Syntrus Achmea Real Estate & Finance

Afstudeerbegeleider

Drs. M. Amlal MRE

Docentbegeleider

Drs. C.L. Worms RBA

syntrus | **achmea**
real estate & finance

VOORWOORD

Hierbij presenteer ik u mijn afstudeerscriptie welke heb geschreven in het kader van het afronden van de bacheloropleiding Vastgoed & Makelaardij aan de Hogeschool Rotterdam.

Ik heb dit onderzoek als een ontdekkingsreis ervaren, waarbij de deskundige begeleiding diende als mijn kompas, de ondersteunende literatuur de kaart symboliseerde en waarbij de formules mij uiteindelijk navigeerde naar het beoogde eindresultaat. Tijdens deze reis diende ik soms andere afslagen te nemen dan gepland en hebben vele anderen hun kennis met mij willen delen. Mijn dank hiervoor is groot.

Naar mijn verwachting zullen medestudenten beamen dat het afgelopen half jaar een leerzame en uitdagende ervaring is geweest. Dit geldt ook voor mij. De afgelopen jaren heb ik gedurende mijn studie en stages veel theoretische en praktische kennis en ervaringen mogen opdoen. Met als afsluiting van deze enerverende periode een afstudeeronderzoek voor Syntrus Achmea Real Estate & Finance te Amsterdam. Dit kwalitatieve onderzoek heeft betrekking op de privatisering van zorgorganisaties. De privatisering van de zorg duwt zorgorganisaties de markt op, wat zorgvastgoed een steeds aantrekkelijkere assetclass maakt voor de institutionele belegger. Naar mijn mening biedt de zorgvastgoedmarkt een kans aan institutionele beleggers om te beleggen in een opkomende beleggingscategorie. Graag wil ik middels dit onderzoek de institutionele belegger stimuleren en uitdagen om zich te verdiepen in het beleggen in zorgvastgoed en zich meer te richten op de kwaliteit van zorgorganisaties als huurders.

Daarnaast wil ik direct van de gelegenheid gebruik maken om de personen te bedanken die mij gedurende dit onderzoekstraject hebben gesteund. Dankzij hen heb ik zowel op zakelijk als persoonlijk gebied grote sprongen vooruit kunnen maken. Te beginnen met mijn directe collega's van Syntrus Achmea Real Estate and Finance, die ik wil bedanken voor de gezellige sfeer op de afdeling, hun bereidheid om mij te ondersteunen, interesse in het onderzoek en het bieden van een fijne werkomgeving. In het bijzonder wil ik bedanken Ido Esman (Director Fondsmanagement), Mohammed Amlal (Senior Fondsmanager) en de heer Worms (Lector, Hogeschool Rotterdam). Ik bedank Ido voor zijn algemene ondersteuning en de geboden kans een afstudeerstage bij Syntrus Achmea Real Estate and Finance te mogen vervullen. Mohammed Amlal ben ik ontzettend dankbaar voor zijn sturing, ondersteuning, geruststellende en opbouwende feedback. De heer Worms ben ik zeer dankbaar voor zijn vele uren begeleiding, aanlevering van informatie, adviezen en opbouwende feedback. Bij alle heren kon ik terecht en kreeg ik advies wanneer ik het gevoel had even vast te lopen in het onderzoek. Nogmaals, dankzij hen heb ik deze scriptie daadwerkelijk weten te realiseren.

Graag wil ik Boris van der Gijp (Director Strategy & Research), Erwin Drenth (Fondsmanager van Health Care bij Bouwinvest) en Leon Heddes (Director of Development van Amvest) bedanken voor de aanvullende begeleiding, kennis en toelichting voor het onderzoek.

Daarnaast wil ik graag mijn lieve familie, vriend en huisgenoten bedanken voor al hun liefde en steun de afgelopen maanden. Tot slot wil ik graag mijn dank uitspreken naar mijn lieve ouders en zusje. Uiteraard dank ik met dit voorwoord tevens de docenten en medewerkers aan de Hogeschool Rotterdam.

Chantal Couzijn

Amsterdam, augustus 2014

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	6
INLEIDING	8
1. ONDERZOEKSOPZET	9
1.1. Organisatiebeschrijving	9
1.2. Probleemschets	9
1.3. Doelstelling	10
1.4. Centrale vraagstelling en deelvragen	10
1.5. De te hanteren onderzoeksmethode	10
1.6. Het concrete resultaat van het onderzoek	11
1.6.1. Het gewenste eindresultaat	11
1.6.2. Eindproduct	11
1.7. Leeswijzer	11
2. OMGEVINGSANALYSE	12
2.1. Zorg	12
2.2. Ontwikkelingen in de zorgmarkt	12
2.2.1. Demografische ontwikkelingen	12
2.2.2. Ontwikkeling zorgeconomie	13
2.2.3. Politieke ontwikkelingen	13
2.2.4. Sociaal- culturele ontwikkelingen	14
2.3. De zorgvastgoedmarkt	14
2.3.1. Institutionele belegger	14
2.3.2. Institutionele beleggers en de zorgmarkt	15
Conclusies en kritische reflectie	16
3. STRATEGIE	17
3.1. Wat is een strategie?	17
3.2. Definiëring van strategie	17
3.3. Strategie in zorgorganisaties	18
Conclusies en kritische reflectie	18
4. BUSINESSMODEL	19
4.1. Wat is een businessmodel?	19
4.2. De relatie tussen de strategie en het businessmodel	20
4.3. Het businessmodel toegespitst op zorg	20
4.6. De veranderingen en de relatie tussen een businessmodel van een zorginstelling en vastgoed.	22
Conclusies en kritische reflectie	23
5. RISICO'S VOOR EEN INSTITUTIONELE BELEGGER (MET BETREKKING TOT DE HUURDER)	24
5.1 Risicoprofiel	24
5.1.1 Risico	24
5.1.2 Huurderrisico	24
5.2 Huurderrisico van een zorgorganisatie	25
5.3 Huurderkwaliteit (te beoordelen door de institutionele belegger)	25
5.3.1 Organisatorische variabelen	26
5.3.2 Financiële variabelen	26
Conclusies en kritische reflectie	26

6. TOETSINGSMODEL	28
6.1. Methode	28
6.2. Dataverzameling	28
6.3. De Balanced Scorecard	29
6.4. Kritische Succes factoren	29
6.5.1. De Kritische performance indicatoren van Governance & Compliance	32
6.5.2. Kritische Performance Indicator van ‘KSF2: Financiële parameters’	34
6.5.3. De Kritische performance indicatoren van Strategie	36
6.5.4. De Kritische performance indicatoren van Kwaliteit van zorg	37
6.5.5. De Kritische performance indicatoren van Medewerkers	39
Conclusies en kritische reflectie	40
7. ILLUSTRATIEVE CASUSSEN	42
7.1 Huurder A	42
7.2 Huurder B	42
7.3 Huurder C	43
7.4 Huurder D	43
Overzicht huurders	44
CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	45
BRONNEN	48

SAMENVATTING

De zorgmarkt is onderhevig aan verschillende veranderingen. Deze veranderingen worden beïnvloed door invloeden van buitenaf, welke voornamelijk politiek en demografisch gedreven zijn. De trendmatige ontwikkelingen die zich voordoen zijn bijvoorbeeld de vergrijzing van de bevolking, maar ook de huidige privatisering van de zorgmarkt, waar zorginstellingen zich op dienen aan te passen, wat verschillende noodzakelijke veranderingen in de bedrijfsvoering van zorginstellingen zal inhouden.

De aangepaste en nieuwe bedrijfsvoering zal worden vastgesteld in de strategie en het businessmodel van een zorginstelling. Let wel dat de strategie richting geeft aan de zorginstelling en de beoogde doelstellingen. Om als zorginstelling met de vastgestelde strategie de beoogde doelstellingen te kunnen behalen, dient de zorginstelling in te spelen op haar omgeving. De ene strategie geeft namelijk niet het gewenste effect aan de ene omgeving maar wel aan een andere omgeving. Hierdoor kan worden gesteld dat iedere strategie en zorginstelling uniek is.

Het businessmodel is een format van de strategie en richt zich op de operationalisering van de strategische doelstellingen van de zorginstelling. In de huidige situatie blijkt echter dat het businessmodel van veel zorginstellingen wijzigt. Dit komt omdat de overheid zorginstellingen richting de commerciële markt duwt en zorginstellingen zich dus strategischer en competitiever dienen op te stellen. Een onderdeel van de privatisering is dat de overheid besloten heeft de hand meer op knip te houden richting zorginstellingen. Zorginstellingen dienen hier op een nieuwe en creatieve manier mee om te gaan. Echter, het vastgoed waarvan de zorginstelling nu in bezit is, neemt een groot deel van de balans in en brengt vele risico's met zich mee voor wat betreft de exploitatie van het object. Institutionele beleggers beginnen hier langzaam kansen in te zien en de interesse van beleggers neemt toe. Wanneer een institutionele belegger namelijk het vastgoed van de zorginstelling beheert, betekent dit voor de institutionele belegger het genereren van de huurverplichting en betekent dit voor de zorginstelling dat vrijgekomen gelden niet meer hoeven te worden gereserveerd voor vastgoedkundige risico's, maar kunnen worden geïnvesteerd in de corebusiness van de zorginstelling, namelijk het verlenen van zorg.

Doordat in de zorgvastgoedmarkt sprake is van een relatief 'nieuwe assetclass' bestaan er nog veel onzekerheden in het beleggen van zorgvastgoed. De institutionele belegger zou graag aan de hand van de kwaliteit van de zorginstelling en het businessmodel meer zekerheid willen creëren naar haar klanten, de pensioenfondsen en verzekeringsmaatschappijen, met het oog op stabiele inkomsten. Nu is echter de vraag, hoe kan de kwaliteit van een zorginstelling en haar businessmodel daadwerkelijk getoetst worden. Hiervoor is in dit onderzoek een eerste versie van een toetsingsmodel ontwikkeld, om de kwaliteit van het businessmodel van de zorginstelling te beoordelen.

Het toetsingsmodel, dat op zeven theoretische casussen is getoetst, bestaat uit vijf Kwaliteit Succes Factoren die allen zowel indirect als direct invloed hebben op de toekomstbestendigheid en financiële gegoedheid van de zorginstelling met als doel het continu kunnen voldoen aan de huurverplichting. De Kwaliteit Succes Factoren die in het model worden behandeld zijn: Governance & Compliance, Financiële parameters, Strategie, Kwaliteit van zorg en Medewerkers.

In het model wordt steeds gerefereerd naar de klantwaarde, aangezien de klant, ook wel zorgvrager, de inkomstenbron van de zorginstelling is. Een tevreden klant zal een zorginstelling minder snel verlaten en zal hierdoor de zorginstelling in staat stellen stabielere inkomsten te genereren. De kwaliteit van de zorg zal in het model zowel inhoudelijk getoetst worden als op klanttevredenheid. De medewerkers van

een zorginstelling dragen in het bieden van kwalitatief hoogwaardige zorg een belangrijke rol. De Strategie in het model geeft een weergave van de strategische doelstellingen van een zorginstelling en haar inzicht in de omgeving. Strategie is hierdoor gericht op de huidige omgeving, maar ook sterk toekomst gedreven. De financiële parameters zullen meer zekerheid bieden over de financiële gegoedheid van een onderneming en de toekomstbestendigheid van de zorginstelling.

Het is naar mijn mening ontzettend moeilijk om een realistisch beeld te vormen over het businessmodel van een zorginstelling, wanneer je deze nog niet hebt gezien. Je moet dan ten eerste heel goed in de business zitten, een duidelijke visie hebben van de zorginstelling van nu en de toekomst en daarnaast ook nog eens heel goed in de materie zitten om een voorspelling te kunnen doen over een businessmodel. Naar mijn mening is de kans op foutmarge teveel, doordat er enorm veel aannames zullen moeten worden gedaan. Daarnaast is het onmogelijk gebleken om het businessmodel van zorginstellingen te herleiden uit publieke bronnen, doordat dit te vertrouwelijke informatie bevat. Uiteraard is het wel realistisch dat een institutionele belegger een beeld vormt over het businessmodel. In het eerste gesprek worden vaak eerst in globale lijnen en later met meer detail het businessmodel uitgelegd. De institutionele belegger is dan uiteraard wel in mogelijkheid om kritische vragen te stellen die betrekking hebben op het businessmodel.

Het toetsingsmodel dat is ontwikkelt is een eerste modelversie om een globale indruk te krijgen van de kwaliteit van de huurder en haar businessmodel. Het betreft hier dan ook een ‘door ontwikkel’ model die in de loop der tijd steeds aangevuld en aangepast dient te worden om deze te kunnen toepassen in de praktijk. Het toetsingsmodel is gebaseerd op de methodiek van de Balanced Scorecard, een systematiek om de kwaliteit van een organisatie te diagnosticeren, te toetsen en te voorspellen middels geselecteerde Kritische Succes Factoren. De Kritische Succes Factoren zijn vervolgens weer onderverdeeld in meeteenheden genaamd de Kwaliteit Performance Indicatoren. Het toetsingsmodel is inhoudelijk gebaseerd op de businessmodel theorieën van Osterwalder (2010) en Kemperman (2014). Aan de hand van deze theorieën is een selectie gemaakt van de Kritische Succes Factoren, die invloed hebben op de stabiliteit van inkomsten en de mate waarin de hurende zorginstelling zal kunnen voldoen aan de huurverplichting aan de vermogensbeheerder. Het model geeft inzicht in de financiële gegoedheid van de zorginstelling (middels de solvabiliteit en liquiditeit), de strategische doelstellingen, kwaliteit van de zorg (inhoudelijk zorg en klanttevredenheid) en medewerker.

INLEIDING

De zorgmarkt komt al jaren in aanraking met vele invloeden van buitenaf. Verschillende demografische, economische, politieke en culturele veranderingen beïnvloeden de dynamiek waarin haar spelers zich begeven. Al deze ontwikkelingen vergen van zorginstellingen aanpassingen in hun bedrijfsvoering, iets waar zorginstellingen tot voor kort niet of nauwelijks mee te maken hadden. De veranderde zorgmarkt biedt voor institutionele beleggers vele kansen, zeker door het beleggen in zorgvastgoed. Naast alle kansen die zorgvastgoed kan bieden, brengt deze ook nog onzekerheden mee. Een gebrek aan informatie en instrumenten maakt het moeilijk om de ‘nieuwe assetclass’ te kunnen aansturen en beoordelen.

Het feit dat zorgvastgoed nog in de kinderschoenen staat, creëert bij mij veel nieuwsgierigheid om meer over dit onderwerp te leren. De ‘nieuwheid’ van zorgvastgoed is voor mij niet de enige reden waarom ik zo geïnteresseerd ben in zorgvastgoed.

In mijn vorige studie ben ik afgestudeerd als verpleegkundige en heb ik praktijkervaring opgedaan binnen de zorgsectoren ‘Verpleging, Verzorging en Thuiszorg’ (VVT), Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Ziekenhuiszorg. Hierdoor weet ik als geen ander hoe zorginstellingen op operationeel niveau functioneren. In mijn afstudeerperiode heb ik een toetsingsmodel ontwikkeld om het beoordelen van de kwaliteit van zorginstellingen en hun businessmodellen mogelijk te maken.

De mogelijkheid om mijn verpleegkundige- en vastgoedkundige kennis samen te brengen vergrootte mijn affiniteit en enthousiasme voor het onderzoek. Ik heb nu de unieke mogelijkheid gekregen om vanuit het perspectief van een institutionele belegger mijn ‘andere’ passiegebied, de zorgmarkt en de daarop actieve zorginstellingen, te bekijken.

Tijdens mijn onderzoek diende ik de zorgmarkt en zorginstellingen vanuit een ander perspectief te bekijken, waardoor ik ontzettend veel over dit onderwerp heb geleerd. Ik hoop dat dit onderzoek mijn afstudeerbedrijf Syntrus Achmea Real Estate & Finance van nut zal zijn, het toetsingsmodel zich in de toekomst verder zal ontwikkelen en er door anderen op dit onderzoek kan worden voortgebouwd.

De veranderende wereld in de zorg en de kansen die deze veranderingen brengen voor institutionele partijen om op een maatschappelijk verantwoorde manier goed renderende beleggingen te doen, zijn mijns inziens nader onderzoek zeker waard.

1. ONDERZOEKSOPZET

Dit onderzoek heeft betrekking op de onderwerpen: zorginstellingen, businessmodel en vastgoed. Het is een onderzoek naar de toetsing van businessmodellen van zorginstellingen ter onderbouwing van de beleggingsbeslissingen van institutionele beleggers. De institutionele belegger (vermogensbeheerders, verzekeringsmaatschappijen en vastgoedfondsen) zal middels de toetsing een uitspraak kunnen doen over de kwaliteit een zorginstelling als huurder. Hierdoor kan het rendement-risicoprofiel worden geoptimaliseerd door het genereren van stabiele kasstromen en wordt de kans op leegstand bij het beleggen in zorgvastgoed beperkt. In dit onderzoek zal worden ingegaan op het businessmodel en zal de koppeling worden gelegd naar het toetsen van zorginstellingen. Hierna zal een theoretisch model worden uitgewerkt die verschillende theorieën samenbrengt om daadwerkelijk een toetsing te realiseren. Het behalen van succes kan worden bereikt door inspelen op de omgeving. Klantwaarde speelt een belangrijke rol binnen de toetsing omdat dit vele andere belangen samenbrengt. Hierop wordt verder ingegaan in het hoofdstuk businessmodel. Een succesvol businessmodel uit zich in stabiliteit en structuur in de organisatievoering en stabiliteit in de uiteindelijke resultaten en dus huurstromen. De toenemende interesse van institutionele belegger en kansen in het beleggen in zorgvastgoed, biedt de zorginstelling de mogelijkheid om de risico's van het vastgoed uithanden te geven. Het verplaatsen van de risico's maakt het voor een zorginstelling zich meer te richten op de corebusiness, het verlenen van zorg. Anderzijds maakt passend zorgvastgoed het mogelijk om de zorg ook daadwerkelijk te kunnen bieden, doordat het zorgvastgoed is aangepast aan de specifieke wensen van de zorginstelling. Het stimuleren van zorgvastgoedbeleggingen heeft hierdoor een positieve werking voor zowel de zorgorganisatie als de institutionele belegger.

1.1. Organisatiebeschrijving

In deze paragraaf volgt in een vogelvlucht informatie over de organisatie Syntrus Achmea Real Estate & Finance (Syntrus Achmea RE&F). Syntrus Achmea RE&F staat bekend als één van de grootste vermogensbeheerders van vastgoed en hypotheek in Nederland en is verantwoordelijk voor het beleggen, ontwikkelen en financieren van de beleggingsportefeuille van institutionele beleggers. Een belangrijk aspect is daarbij de combinatie van de financiële en de maatschappelijke meerwaarde van vastgoed. Voor haar opdrachtgevers (pensioen- en verzekeringsmaatschappijen) en huurders streeft de organisatie naar rendement en meerprestatie gecombineerd met kwaliteit, klantgerichtheid en comfort. Dit beoogt de organisatie te behalen door onder meer professionaliteit, betrokkenheid, integriteit en enthousiasme.

Met een totale beleggingsportefeuille van meer dan veertien miljard euro, belegt Syntrus Achmea RE&F circa tien miljard euro in vastgoed en het overige deel in hypotheek. In totaal telt de organisatie elf fondsen. Deze fondsen zijn onderverdeeld in zes Nederlandse vastgoedfondsen in woningen, winkels, kantoren & bedrijfsruimten en zorgvastgoed, twee hypotheekfondsen met de verdeling zakelijk en particulier en tot slot drie internationale vastgoedfondsen in Europa, Noord-Amerika en Azië.

De organisatie is gevestigd in Amsterdam, beschikt over tweehonderdtachtig personeelsleden en heeft als doel 'het creëren van een uitdagende werkomgeving'. De organisatiestructuur kent een platte opbouw en is wegens functionaliteit ondergebracht in verschillende businessunits. Voor de businessunits geldt dat zij verantwoordelijk zijn voor het gehele proces en bijbehorende activiteiten voor de portefeuilles (Syntrus Achmea RE&F, 2013).

1.2. Probleemschets

Zoals al eerder genoemd bevindt de zorgmarkt zich in een transitiefase. De marktverschuivingen bieden de institutionele belegger nieuwe kansen in het beleggen in zorgvastgoed. Doordat de zorgmarkt nog

een relatief jonge markt is bestaan er nog weinig concrete toetsingen en cijfers voor de institutionele belegger over de huurderkwaliteit van zorginstellingen. Meer inzicht in de kwaliteit van de zorginstelling draagt bij aan het optimaliseren van het rendement-risicoprofiel van de institutionele belegger, door het genereren van stabiele huurinkomsten en minimaliseren van leegstandrisico.

1.3. Doelstelling

In tegenstelling tot de algemene vastgoedmarkt is de zorgmarkt minder conjunctuurgevoelig, maar wordt sterk beïnvloed door demografische en politieke ontwikkelingen. Institutionele beleggers tonen steeds meer interesse in zorgvastgoed, door het mogelijk te behalen rendement en de maatschappelijke waarde. Daarnaast beschikken zorgorganisaties door aangescherpte maatregelen over minder besteedbaar kapitaal en bevinden zij zich door de privatisering niet meer in het risicovrije segment (Zorgvisie, 2012). Dit onderzoek is geschreven vanuit het perspectief van de vermogensbeheerder in vastgoed en hypotheek, die beleggingen uitvoert namens institutionele beleggers als pensioen- en verzekeringsmaatschappijen. Het doel van dit onderzoek is het toetsen van het businessmodel van zorginstellingen gericht op de kwaliteit van de huurder. Middels deze kwalitatieve toetsing beoogt de institutionele belegger meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorginstelling met als doel het genereren van stabiele huurverplichtingen en beperken van het leegstandsrisico. Dit draagt bij aan een positief effect op het rendement-risicoprofiel van de institutionele belegger.

1.4. Centrale vraagstelling en deelvragen

De centrale vraagstelling luidt als volgt:

‘Hoe kunnen institutionele beleggers de lange termijn haalbaarheid van het businessmodel van hurende zorginstellingen toetsen ten gunste van het optimaliseren van het rendement-risicoprofiel van een belegging in zorgvastgoed’.

De centrale vraagstelling zal worden beantwoord met behulp van de volgende deelvragen.

1. Wat is de (huidige) situatie van de zorgmarkt en zorgvastgoedmarkt (waar een zorginstelling het businessplan op afstemt)? (Omgevingsanalyse)
- 2a. Businessmodel, in hoeverre kan uit een businessmodel de houdbaarheid en toekomstbestendigheid van een zorginstelling herleid worden?
- 2b. Beleggen, wat is de impact van een businessmodel bij beleggen in zorgvastgoed?
3. Welk invloed heeft het businessmodel van een zorginstelling op het rendement-risicoprofiel van de belegger?
4. Op welke variabelen moet een businessmodel van een zorginstelling getoetst worden vanuit het perspectief van de belegging?

1.5. De te hanteren onderzoeksmethode

Dit onderzoek is grotendeels kwalitatief van karakter. Gedurende het onderzoek zal er gebruik worden gemaakt van de deductieve onderzoeksmethode, die gebaseerd zal zijn op een uitgebreide literatuurstudie, welke is verweven in de hoofdstukken. Deze methode is opgebouwd uit een logische denkwijze waarbij gebruik wordt gemaakt van redeneringen en aannames tot het formuleren van een uiteindelijke conclusie. Er zal informatie verworven worden via eerdere onderzoeken van Syntrus Achmea RE&F, andere instanties en bedrijven en overige externe bronnen ter kennisverbreding.

1.6. Het concrete resultaat van het onderzoek

1.6.1. Het gewenste eindresultaat

Het gewenste eindresultaat is bereikt, wanneer er een effectief en betrouwbaar toetsingsmodel is ontworpen dat antwoord geeft op de centrale vraag en in de praktijk kan worden toegepast. De centrale vraag zal beantwoord worden met behulp van de deelvragen. In dit onderzoek zullen de resultaten op een juist onderbouwde wijze tegen elkaar afgewogen worden.

1.6.2. Eindproduct

Het uiteindelijke toetsingsmodel zal bestaan uit een combinatie van de ‘bestaande’ solvabiliteitstoets ontwikkeld door Syntrus Achmea Real Estate and Finance – deze meet de financiële gegoedheid van een zorginstelling - en een kwalitatief toetsingsaspect, die in dit onderzoek wordt vormgegeven. Het uiteindelijke toetsingsmodel is gebaseerd op de Canvas methode van Alexander Osterwalder. Osterwalder stelt dat het businessmodel een ontwerp is van de strategie, toepasbaar in de organisatie. Het businessmodel beschrijft de grondgedachte van hoe een organisatie waarde creëert, levert en behoudt (Osterwalder, Pigneur, 2010).

Het model zal naar verwachting bestaan uit vijf Kritische Succes Factoren (KSF), welke zullen worden gemeten met Key Performance Indicators (KPI's). De KPI's zijn de belangrijkste variabelen voor het beoordelen van het businessmodel, zij worden samengevoegd tot een model. Aan iedere KPI zal een weging worden toegekend en tot gemiddelde scores worden herrekend. Des te zwaarder de weging, des te meer invloed heeft de variabele op de uiteindelijke beoordeling. Het kwalitatieve aspect zal worden beoordeeld aan de hand van de negen bouwstenen van de Canvas methode. Hoe de kwalitatieve toetsing er precies uit zal zien is nog onbekend, omdat er een methode gecreëerd zal moeten worden die zo min mogelijk ruimte laat voor subjectieve beoordelingen.

1.7. Leeswijzer

In deze paragraaf wordt de hoofdstukindeling van dit afstudeeronderzoek weergegeven naar aanleiding van de bovenstaande onderzoeksopzet. In hoofdstuk twee zal de omgeving van een zorginstelling en de rol van de institutionele belegger worden beschreven. Hoofdstuk drie zal ingaan op strategie, dit is de achterliggende gedachte achter het businessmodel van een zorginstelling. In hoofdstuk vier wordt meer inzicht geboden in de term businessmodel en de rol van het businessmodel in een zorginstelling. Het vijfde hoofdstuk geeft inzicht in het huurderrisico van zorginstellingen voor de institutionele belegger. Hoofdstuk zes brengt alle bovenstaande hoofdstukken samen in een theoretisch toetsingsmodel. In hoofdstuk zeven zal het theoretisch model daadwerkelijk getoetst worden aan de hand van vijf casussen van Syntrus Achmea RE&F. Tot slot zal een aanbeveling en conclusie worden gegeven. Het literatuuronderzoek is opgenomen in de verschillende hoofdstukken.

2. OMGEVINGSANALYSE

Dit hoofdstuk gaat in op de omgeving waarin een zorginstelling acteert (de zorgmarkt) en de vastgoedmarkt. Beide markten zijn aan vele ontwikkelingen onderhevig. In dit onderzoek wordt echter niet gekeken vanuit het perspectief van de zorginstelling, maar vanuit het perspectief van de institutionele belegger. Een institutionele belegger kan een businessmodel van een zorginstelling nooit beoordelen wanneer de omgeving niet begrepen wordt. Het businessmodel hangt af van de strategiebepaling en de strategiebepaling wordt afgestemd op de omgeving waarbinnen de zorginstelling acteert. Tevens zal er stil worden gestaan in welke omgeving institutionele beleggers acteren. Deze omgevingsanalyse is gebaseerd op verschillende onderzoeken van overheidsinstanties en grote vastgoedorganisaties en opgesteld aan de hand van de DESTEP methode.

2.1. Zorg

In deze paragraaf wordt een korte toelichting gegeven op de typen zorg. De zorgmarkt kent verschillende sectoren van zorg. De zorg is onder te verdelen in Cure en Care. De categorie Cure is gericht op genezing en herstel van de gezondheid, daarbij wordt waar nodig medische en verpleegkundige zorg aan de patiënt verleend. Dit is mogelijk in de vorm van onderzoek, behandeling en verpleging. Onder de sector Cure vallen de ziekenhuizen, medische en tandheelkundige praktijken en paramedische en overige praktijken. Om een indruk te geven van de omvang van deze sector, kan deze vergeleken worden met de omvang van de Retail markt.

De Care sector is gericht op het bieden van verpleging, verzorging en begeleiding en dient om de beperkingen en nadelen van chronische aandoeningen zoveel mogelijk te reduceren. De Care markt kent een splitsing tussen de intramurale en extramurale zorg. Tot de intramurale zorg behoren de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en andere tehuizen, tehuizen voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrie, jeugdzorg en maatschappelijke opvang. De extramurale zorg bestaat uit thuiszorg, kinderopvang, maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op ouderen en gehandicapten en maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op de overige doelgroepen. Het begrip zorgvrager heeft betrekking op een individu die hulpbehoevend is of afhankelijk is van gespecialiseerde zorgverleners, zowel medische zorg als verpleegkundige zorg.

2.2. Ontwikkelingen in de zorgmarkt

De zorgmarkt is een ingewikkelde markt die onderhevig is aan vele veranderingen. In deze paragraaf volgen in een notendop de belangrijkste ontwikkelingen van externe factoren in de zorgmarkt.

2.2.1. Demografische ontwikkelingen

In de maatschappij is een aantal demografische veranderingen zichtbaar, namelijk: groei van de algemene bevolking en het aantal eenpersoonshuishoudens en de vergrijzing. (CBS 2012; CBS 2011). Het CBS verwacht dat in 2040 de bevolking met een miljoen inwoners zal toenemen ten opzichte van 2014. De bevolkingstoename is echter ongelijk over het land verspreid. De Randstad, de Brabantse stedenrij, de Veluwe en het gebied Arnhem-Nijmegen tonen een bevolkingstoename in tegenstelling tot de krimp- en anticipeergebieden. Deze toename is deels te verklaren door de vergrijzing die zich momenteel in Nederland afspeelt (CBS, 2012). De sterk vergrijzende delen in Nederland tonen een bevolkingskrimp. Juist daar waar de behoefte aan zorg hoog is en daardoor behoefte is aan arbeidskrachten. Daarnaast wordt door de vergrijzing het aandeel van de Nederlandse bevolking die behoort tot de potentiële beroepsbevolking kleiner. In 2020 staan er nog vier potentiële arbeidskrachten tegenover één 65-plusser, in 2040 is deze verhouding naar verwachting twee op één. Verhoging van de arbeidsparticipatie van ouderen biedt hiervoor onvoldoende compensatie. (PBL, 2013).

De toename van het aantal ouderen heeft onder meer te maken met de toegenomen levensverwachting. Er is niet alleen een toename van het aantal ouderen, maar ouderen blijven ook daadwerkelijk langer leven door een snellere diagnostisering van chronische ziektes en betere behandeling van ziektes en risicofactoren. Daarnaast wordt de bevolking steeds rijker, waardoor de kwaliteit van leven is verbeterd. Door het toenemende percentage chronische ziekten is er steeds meer behoefte aan intensieve zorg (RIVM, 2013). Mogelijk zullen zorguitgaven verder toenemen door vergrijzing, welvaart en prijsstijgingen in de zorgverlening. Veel medische innovaties zijn gericht op kwaliteitsverbetering, een kleiner deel is gericht op verhoging van de productiviteit. Zorguitgaven worden hierdoor steeds duurder (CPB, 2011).

2.2.2. Ontwikkeling zorg economie

De totale zorguitgaven bedroegen in 2012 92,7 miljard euro, waarvan 60% werd besteed aan Cure en 40% aan Care (EIB, 2012; CBS, 2013). Het aandeel van de zorguitgaven ten opzichte van het Bruto Binnenlands Product bedroeg in 2012 15,4% en zal naar verwachting blijven toenemen tot 22% in 2040 (CPB, 2011). In 2012 bedroegen de zorguitgaven per hoofd van de bevolking 5.535 euro. Daarnaast heeft het CBS vastgesteld dat de zorgkosten per regio en zorgsector in Nederland verschillen. In de regio Limburg liggen de zorgkosten per persoon 12% hoger dan in Friesland en zijn de zorgkosten in de GGZ gedaald en ouderen- en gehandicaptenzorg gestegen. In Nederland is 20% van de bevolking verantwoordelijk voor 80% van de zorgkosten (CBS, 2013). De forse stijging van ouderen en zorgkosten heeft geleid tot vele veranderingen in het vergoeden van zorg door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Een van de veranderingen is de invoering van de zorgzwaartepakketten. De zorgzwaartepakketten geven de mate van zorgbehoefte (en benodigde behandelingen) van een zorgvrager aan, waarop de wettelijke vergoeding zal worden afgestemd.

2.2.3. Politieke ontwikkelingen

Nederland streeft naar betaalbare en toegankelijke zorg. De solidariteit in ons zorgstelsel is groot, zowel in de toegankelijkheid van zorg (basisvoorzieningen) als in de financiering daarvan. Deze zorg is ook in de toekomst mogelijk, maar doet wel een groter beroep op de solidariteit (CPB, 2011). Naar verwachting zullen collectieve uitgaven aan AOW en zorg stijgen en de inkomsten houden geen gelijke tred. Deze verslechtering van het begrotingssaldo is op termijn onhoudbaar, waar het overheidsbeleid op zal moeten inspelen. De benodigde aanpassing, het houdbaarheidstekort, is berekend op viereneenhalf procent van het Bruto Binnenlands Product, door stijging van de levensverwachting en doorwerking van de kredietcrisis. De overheid staat voor de keuze hoe zij haar begroting houdbaar maakt, via bezuinigen op andere collectieve uitgaven of het heffen van hogere belastingen en premies, onmiddellijk of uitgesteld. (CPB, 2010)

De VWS-begroting geeft aan dat Nederland nog grote uitdagingen kent in de zorg. De zorgvraag verandert, zoals eerder genoemd in de demografische ontwikkelingen. De forse stijging van de zorguitgaven zet de solidariteit en de vergoeding in de zorg onder druk.

Het kabinet geeft in de Rijksbegroting 2014 aan de ambitie en de plicht te hebben kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en veilige zorg te verlenen die voor de gehele bevolking betaalbaar is, nu en in de toekomst. Het kabinet is met verschillende zorgsectoren overeengekomen de zorguitgaven langs andere lijnen terug te dringen, onder andere door actief te sturen op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, selectieve inkoop en het tegengaan van fraude, verspilling en onnodige bureaucratie.

De grens tussen curatieve en langdurige zorg vervaagt. De Minister en Staatssecretaris van VWS werken aan een nauwe verbinding tussen preventie, curatieve zorg en ondersteuning en langdurige zorg. Het VWS werkt aan het verlagen van zorgkosten met behulp van zorgzwaartepakketten, het stimuleren

om ouderen langer thuis te laten wonen en het stimuleren van ondersteuning in zorg vanuit het sociale netwerk. Het uiteindelijke gewenste resultaat is het bevorderen van extramuralisering van zorg. Bij onder andere deze verandering van structuren en het leggen van verbindingen krijgen gemeenten een groter rol (zoals het uitkeren van Wmo). Daarnaast levert de zorg met al deze hervormingen een substantiële bijdrage aan het verbeteren van de overheidsfinanciën. Er zal structureel 3 miljard euro per jaar meer worden bespaard door het terugdringen van volumegroei in de curatieve zorg en het efficiënter organiseren van langdurige zorg (VWS, 2013-2014).

2.2.4. Sociaal- culturele ontwikkelingen

Naast bovengenoemde veranderingen zijn er ook sociaal culturele veranderingen. In de zorg is een stijgende lijn zichtbaar in de vraag naar zorg en een hogere complexiteit. De bevolking is steeds hoger opgeleid en is zich in de afgelopen jaren individueller gaan gedragen (CBS, 2005). Individualisering geldt niet alleen voor de jongere generatie, maar ook voor de oudere generatie, die minder afhankelijk is en wil zijn (CPB, 2013). Het feit dat ouderen steeds onafhankelijker worden uit zich in veranderingen in het type zorg dat de zorginstelling dient te leveren om te kunnen voldoen aan de behoefte van zorgvragers. De veranderingen in zorg, de veranderingen van de zorgzwaartepakketten en de daardoor veranderende verstrekkingen van vergoedingen, hebben allen invloed op het aanbod van zorgvragers. Naar verwachting zal het aanbod van zorgvragers voor vele zorginstellingen mogelijk verminderen, doordat zorgvragers langer thuis zullen blijven wonen of dat de zorginstelling haar zorgaanbod grootschalig zal moeten aanpassen, afhankelijk van de zorgsectorkeuze. De verwachting van de zorginstelling over 'de vermindering in het aanbod van zorgvragen' is dat dit minder zekerheid geeft over inkomsten van een zorginstelling. De constante inkomsten van zorginstellingen komen onder andere voort uit het feit dat een zorginstelling voor iedere behandeling een wettelijke vergoeding ontvangt.

2.3. De zorgvastgoedmarkt

In de vorige paragraaf werd aangegeven dat de zorgmarkt een hoge mate van dynamiek en complexiteit kent, afwijkend van de algemene en andere vastgoedmarkten. Zo blijkt de zorgmarkt minder conjunctuurgevoelig, maar voornamelijk demografisch en politiek gedreven. In deze paragraaf zullen de algemene vastgoedmarkt en de zorgvastgoedmarkt aan bod komen. Er zal meer informatie worden geboden over de institutionele belegger en zijn doelstellingen. In de conclusie zullen het verband, de invloed en de effecten die beide markten hebben op elkaar worden toegelicht.

2.3.1. Institutionele belegger

Volgens Van Gool kunnen beleggers onderscheiden worden in twee verschillende categorieën; de institutionele belegger en de particuliere belegger.

In de categorie institutionele beleggers behoren pensioenfondsen, verzekeringsmaatschappijen, vermogensbeheerders en beleggingsinstanties. De doelstelling van een institutionele belegger is het beheren van vermogen voor de deelnemers, teneinde in de toekomst uitkeringen (pensioenen, lijfrentes, etc.) te kunnen doen (Van Gool, 2013).

In het verleden waren er weinig tot geen wetenschappelijke cijfers bekend omtrent institutioneel vastgoed. In 1991 kwam hier echter een einde aan, doordat naar deze cijfers jaarlijks onderzoek werd verricht voor een professionele en transparante georiënteerde vastgoedbeleggingsmarkt, nu en in de toekomst. Jones Lang Lasalle stelt dat in de afgelopen twintig jaren vele verschuivingen hebben plaatsgevonden rondom de institutionele belegger. In een notendop volgen de belangrijkste ontwikkelingen; een forse daling in het aantal institutionele beleggers, de geleidelijke verschuiving van

direct naar indirect vastgoed, meer internationale investeringen, een stijgend belang in duurzaamheid, aangescherpte aanvangrendementen en oplopende leegstandspercentages (CBS, 2012).

Uit statistieken van het CBS blijkt dat institutionele beleggers in 2010 in het bezit waren van 129,4 miljard euro aan vastgoedbeleggingen. Dit is in vergelijking met het voorgaande jaar een toename van negentien miljard. Deze is voornamelijk geïnvesteerd in indirect vastgoed. Indirect vastgoed kent een forse toename gekeken naar de afgelopen dertig jaar van 3 procent naar 64 procent. Pensioenfondsen hebben hierin een grote bijdrage waarin een duidelijk beeld zichtbaar is van een stijging in indirect vastgoed en een daling in direct vastgoed. Het belang van direct vastgoed heeft een daling ondervonden van 0,2 procent en bedraagt 3,1 procent. Indirect vastgoed is daarentegen gestegen met een percentage van 0,6, waardoor indirect vastgoed is gestegen naar 5,5 procent. Niet alleen de vastgoedportefeuille geeft verschuivingen weer, ook in de algemene verhoudingen van beleggen heeft vastgoed een groter aandeel gekregen (CBS, 2012). De vastgoedbeleggingen in beleggingsportefeuilles zijn toegenomen van 7,9 naar 8,6 procent. In 2014 bedraagt het beleggingsvolume 5,1 miljard dat een stijging weergeeft van 20 procent. In 2013 waren duidelijke verbeteringen zichtbaar ten opzichte van vorige jaren. Deze opgaande trend zal zich naar verwachting in 2014 verder doorzetten, waardoor men mag spreken van een duurzame en gestage groei. JLL stelt dat in 2014 een verdere stijging van minimaal tien procent mag worden verwacht, die resulteert in een beleggingsvolume van 5,6 miljard. Deze stijgende dynamiek komt door de toegenomen internationale belangstelling vanwege de aantrekkelijke prijsniveaus van Nederlands vastgoed. (JLL, 2013; JLL, 2014)

De vastgoedmarkt kent in 2014 een hogere liquiditeit door positievere signalen in financieringsmogelijkheden (welke afkomstig zijn van zowel traditionele als internationale financiers). Deze positieve financiële signalen zorgen ervoor dat de eerder genoemde gestage groei kan blijven doorgroeien. Dit betekent dat alle vastgoedsectoren een volumestijging zullen ondergaan. Uiteraard geldt wel dat alle vastgoedsectoren zich in verschillende fases van de vastgoedcyclus bevinden, waardoor geboden kansen en uitdagingen en prijsontwikkelingen van elkaar kunnen verschillen (JLL, 2014)

2.3.2. Institutionele beleggers en de zorgmarkt

Het Economisch Instituut voor de Bouw (EIB) concludeert dat er onder institutionele beleggers meer interesse in het beleggen in zorgvastgoed is ontstaan. Enkele oorzaken zijn de toegenomen zorgvraag door vergrijzing en de toegenomen vraag naar vervanging van objecten. Het EIB beschrijft dat de zorgvastgoedmarkt in 2010 is opgelopen naar 52 miljoen m², dit betekent circa 20 miljard euro. In 2030 verwacht het EIB dat dit is gestegen naar circa 40 tot 45 miljard euro, een stijging naar 80 miljard m² gecombineerd met een stijging in zorgvraag en vervangingsvraag. Gezien de demografische ontwikkelingen wordt verwacht dat er een sterke groei zal en blijft plaatsvinden in de care sector. De extramuralisering speelt hierin een belangrijke rol, doordat steeds meer zorg buiten instellingen wordt geboden (EIB, 2012).

Voor institutionele beleggers liggen de kansen in woningen waarbij wonen, service en zorg gecombineerd kunnen worden. Daarnaast wordt er een stijging verwacht in de zorgsectoren care en cure. Cure is gericht op genezing en care op langdurige zorg. De care sector alleen is in omvang (28,1 miljoen m²) vergelijkbaar met de retailmarkt (Syntus Achmea RE&F, 2013).

De veranderende vraag naar zorgvastgoed zal tegenwoordig onder meer moeten voldoen aan de volgende drie belangrijke functies, namelijk een hoge levensloopbestendigheid, een hoge multi-pele aanwendbaarheid en een hoge flexibiliteit van vastgoed. De levensloopbestendigheid van vastgoed biedt de mogelijkheid om wonen en zorg te combineren. Voor de institutionele belegger zijn belangrijke aspecten: de rendementseis, de exit-mogelijkheden en de diversificatie van soorten vastgoed en de alternatieve aanwendbaarheden. Al deze aandachtspunten hebben invloed op de ontwikkeling, het beheer en de exploitatie van het zorgvastgoed.

Wanneer kan worden ingespeeld op de trends binnen de zorgmarkt, gecombineerd met de eisen van een institutionele belegger, zal het beleggen in zorgvastgoed mogelijk kunnen uitlopen tot een maximaal rendement tegen een zo laag mogelijke volatiliteit. Echter, doordat er nog niet veel informatie en cijfers bekend zijn over het beleggen in zorgvastgoed, kan worden geconcludeerd dat beleggen in zorgvastgoed zich nog bevindt in een beginnende fase. Het risico kan mogelijk beperkt worden door het toetsen van de betrouwbaarheid van zorginstellingen in het kunnen voldoen aan hun huurverplichting aan de institutionele belegger op de langere termijn.

Conclusies en kritische reflectie

Demografische, economische, sociaal- culturele en politieke invalshoeken hebben, afhankelijk van de zorgsectorkeuze van de institutionele belegger, invloed op de zorgmarkt. Het hoofdstuk 'omgevingsanalyse' behoort in deze scriptie, omdat het van belang is voor een zorginstelling in welke omgeving zij acteert. Om als zorginstelling in te kunnen spelen op haar marktbehoeften dient zij richting aan te geven middels een strategie. Het opstellen van een strategie is niet mogelijk wanneer een zorginstelling geen idee heeft van de omgeving waarin zij zich bevindt. De strategie die invloed heeft op de ene omgeving, heeft niet per definitie ook het gewenste effect op een andere omgeving. Om als een succesvolle zorginstelling te kunnen opereren, dient men een specifieke strategie op te stellen. Om een zorginstelling te beoordelen is het daarom voor een institutionele belegger van belang om te weten in welke omgeving de zorginstelling opereert. De literatuur die is toegepast in dit hoofdstuk is voornamelijk afkomstig van het Centraal Bureau van de Statistiek, het Centraal Plan Bureau en andere grote commerciële organisaties.

3. STRATEGIE

In dit hoofdstuk zal de definitie en rol van strategie nader worden toegelicht. Dit hoofdstuk biedt theoretische kennis ter ondersteuning van het hoofdstuk 'Businessmodel', doordat strategie tot uitdrukking komt in de vormgeving en inhoud van een business model. Strategie is een term die veelvuldig in het bedrijfsleven wordt gehanteerd, zowel intern, extern als gecombineerd. De invulling van de term 'strategie' is afhankelijk van de persoon die de term toepast en voor welk belang van gebruik (Veldman, 2009). Doordat strategie het uitgangspunt is van een businessmodel, zal er alleen in algemene zin worden ingegaan op het onderwerp strategie.

3.1. Wat is een strategie?

In de Griekse Oudheid werd de drie eenheid Kunst, Filosofie en Strategos gehanteerd. Het begrip 'strategie' is afkomstig van 'Strategos' en betekent 'het positioneren en creëren van een positieve situatie, waarbij in bepaalde termijn de oorlog kan worden gewonnen'. Het is van belang om de positieve situatie te ontwikkelen, voordat de vijand dit heeft gedaan om de oorlog succesvol te kunnen beëindigen. Wanneer men de positionering van de legertroepen vertaalt in het positioneren van de middelen, is hiermee de overeenkomst tussen oorlogvoering en bedrijfsvoering weergegeven.

In de eerste jaren werd 'strategie' omschreven als de manier waarop een organisatie dient in te spelen op concurrentie. Echter, het bedrijfsleven kreeg steeds meer behoefte aan verdere ontwikkeling van het begrip, door de ontwikkeling van nieuwe organisatievormen. Peter Drucker (1954) concludeerde dat een actieve houding van het management nodig is om beoogde doelstellingen te kunnen realiseren.

De wetenschappelijke invulling van 'strategie' kwam tot uiting tijdens de Tweede Industriële Revolutie. Andrew (1980) stelde dat het ontwikkelen van specifieke doelstellingen voor organisatie, afdeling en medewerker, de kans vergroot algemene doelstellingen te behalen doordat alle gezichten dezelfde kant op wijzen. Er mag gesteld worden dat strategie een uitspraak is omtrent de doelstellingen die een organisatie nastreeft, de wegen waarlangs of de wijze waarop dit zal geschieden en de middelen die daarvoor nodig zijn (Keuning, 2007).

3.2. Definiëring van strategie

Bij de definitie van strategie wordt vaak gerefereerd aan de beoogde doelen die men wil bereiken. Strategie is enerzijds de connectie tussen het beleid van de organisatie en de toekomstige 'hoger' gestelde doelen en anderzijds de tactiek en concrete acties. De formulering van een strategie komt tot stand door middel van ideeën, inzichten, kennis, ervaringen en verwachtingen die richting geven in het nastreven van bepaalde doelen. (Veldman, 2009). Veldman definieert strategie als: 'De richting en afbakening van de activiteiten van een organisatie op de lange termijn, hetgeen de organisatie concurrentievoordeel oplevert door de strategische inzet van middelen, om in een veranderende omgeving tegemoet te komen aan de behoefte van de markten en de verwachtingen van belanghebbenden'. Veldman is uitgegaan van acht sleutelconcepten, namelijk; richting, scope, lange termijn, omgeving, competitievoordeel, organisatie, hulpbronnen en belanghebbenden.

- > *Richting* geeft de koers van het bedrijf aan, welke wordt vormgegeven door de visie en missie.
- > *Scope* is de afbakening van de activiteiten van het bedrijf (Wie, Wat en Hoe).
- > De *lange termijn* geeft inzicht wanneer het geïnvesteerde kapitaal weer beschikbaar is voor herinvestering, wat strategische keuzes beïnvloed.
- > De *omgeving* geeft aan hoe een organisatie inspeelt op de omgeving waarin zij acteert.
- > *Competitive Advantage*, ook wel de positionering, richt zich op het behalen van strategisch voordeel dat langere tijd kan worden vastgehouden.

- > *Organisatie* is gericht op de wijze waarop bedrijfsactiviteiten worden gefaciliteerd. Het is onmogelijk om te reageren op marktveranderingen als eigen bedrijfsmogelijkheden het niet toestaan om nieuwe of meer activiteiten uit te voeren.
- > *Hulpbronnen* maken het mogelijk om een bepaalde strategie uit te voeren.
- > *Belanghebbenden* geven de waarde en verwachtingen van stakeholders weer (Veldman, 2009).

3.3. Strategie in zorgorganisaties

Concurrentie is een belangrijk onderdeel binnen het formuleren van een strategie. Een competitieve strategie legt uit hoe een organisatie het ‘beter’ ofwel ‘anders’ kan doen dan de concurrent. Organisaties kunnen zeer goede prestaties behalen, wanneer de organisaties een unieke strategie handhaaft, die onderscheidend, niet duplicerbaar en niet imiteerbaar is. Kortom, de kracht waarmee de zorginstelling haar concurrentievoordeel wil behalen en behouden. Naar mijn mening zijn de concurrentiestrategieën van Porter nog niet toepasbaar op de zorgmarkt. De zorgmarkt bevindt zich op nog in een transitiefase en is nog onderhevig aan vele marktontwikkelingen. Hierdoor kan geconcludeerd worden dat zorginstellingen nog niet in een ‘volwassen’ markt opereren, waarop de strategieën al wel van toepassing zijn. Na de privatisering en het meer voltooiën van de zorgmarkt zullen deze strategieën in de toekomst wellicht wel toegepast kunnen worden door zorginstellingen.

Conclusies en kritische reflectie

Het toepassen van een strategie blijft niet enkel bij het formuleren. Voordat een strategie daadwerkelijk meerwaarde levert aan een organisatie dient deze in een organisatie geïmplementeerd te worden. De effectiviteit van een strategie valt of staat bij de manier hoe de strategie in de organisatie wordt geïmplementeerd. Met dit hoofdstuk is de brug gelegd naar het hoofdstuk ‘Businessmodel’, dat een prominente rol speelt in dit onderzoek, als een van de belangrijkste toetsingspunten voor de belegger. Voordat er kan worden ingegaan op de term ‘businessmodel’ moest eerst de achterliggende gedachte achter de businessmodellen worden toegelicht, daarvoor diende dit hoofdstuk.

In dit hoofdstuk heb ik besloten om voor dit onderzoek gebruik te maken van de strategiedefiniëring van Veldman, welke luidt als volgt: ‘Strategie is de richting en afbakening van de activiteiten van een organisatie op de lange termijn, hetgeen de organisatie concurrentievoordeel oplevert door de strategische inzet van middelen, om in een veranderende omgeving tegemoet te komen aan de behoefte van de markten en de verwachtingen van belanghebbenden’ (Veldman, 2009).

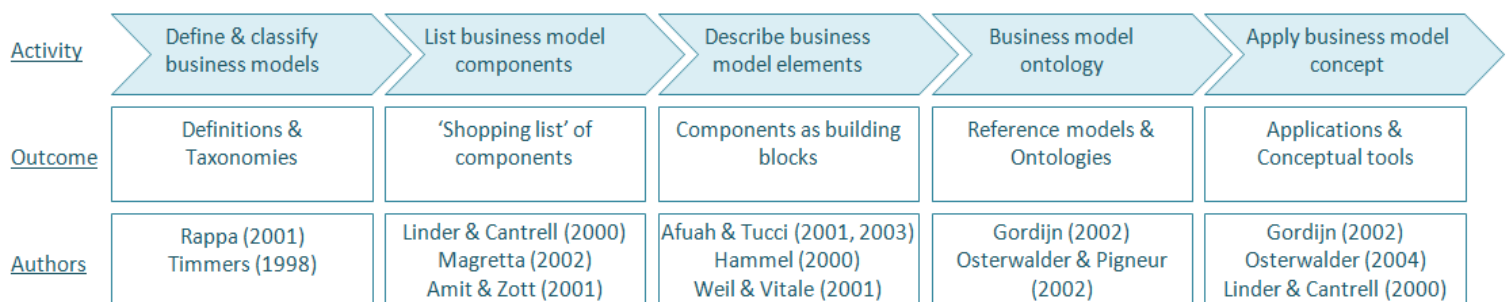
Veldman weerlegt in zijn theorie de verschillende theorieën van grote auteurs. Daarnaast stelt Veldman verschillende sleutelconcepten vast, die naar mijn idee verschillende invalshoeken aan het licht weten te brengen, waaraan een succesvolle strategie dient te voldoen. De strategie speelt in op de omgeving waarin de zorginstelling acteert en geeft dan ook de richting van de organisatie aan. De strategie wordt geoperationaliseerd in het businessmodel van een zorginstelling, welke leidt tot de bedrijfsvoering en de bedrijfsresultaten. Kortom, strategie is de aansturing van het businessmodel en afgestemd op de omgeving waarin zij acteert. Doordat de strategie is afgestemd op de omgeving creëert een zorginstelling haar toekomstbestendigheid, door op een juiste wijze in te spelen op de vele marktontwikkelingen. Omtrent het onderwerp strategie was in de literatuur veel algemene informatie te vinden. Opvallend is dat nog niet veel theorieën zijn gericht op zorginstellingen, hetgeen nogmaals bevestigt dat de zorgmarkt een markt is die onderhevig is aan vele ontwikkelingen, met name de privatisering. Waardoor een zorginstelling meer moet inspelen op het behalen van concurrentievoordeel en de bedrijfsvoering in de toekomst commerciëler zal moeten insteken. In dit hoofdstuk is uitgegaan van de omgeving en haar toekomst zoals aangegeven in het voorgaande hoofdstuk ‘Omgevingsanalyse’. Doordat de omgeving van een zorginstelling onderhevig is aan veranderingen, zal ook de strategie de nodige aanpassingen moeten blijven ondergaan om te kunnen blijven aansluiten bij de omgeving.

4. BUSINESSMODEL

In deze paragraaf zal aandacht worden besteed aan de literatuur over businessmodellen. Er zal informatie worden geboden over de relatie tussen strategie en businessmodellen. Verder zullen de definitie van het businessmodel en belangrijke componenten van een businessmodel worden toegelicht. Tot slot zal er worden stilgestaan bij businessmodellen van zorginstellingen en de relatie met vastgoed.

In de wetenschap heeft het businessmodel een enorme evolutie doorgemaakt tot een specifiekere definiëring en vormgeving. Gordijn (2005) heeft hierover een theorie ontwikkeld, die bestaat uit vijf evolutiefases. Verschillende auteurs hebben aan de evolutie van het businessmodel een bijdrage geleverd. Het begrip ‘businessmodel’ werd steeds vaker in het bedrijfsleven genoemd, gedefinieerd en vormgegeven. De vormgeving bestond eerst uit eenvoudige opsommingen van componenten, welke in de derde fase werden uitgewerkt en inhoudelijk aangescherpt. Nadat er een selectie werd opgesteld van onmisbare componenten voor het businessmodel, werden deze getest en gevalueerd. Tot slot werden de referentiemodellen door het management van verschillende bedrijven toegepast in de praktijk. In onderstaande afbeelding wordt duidelijk inzicht gegeven in de evolutieontwikkelingen en de auteurs die hier een belangrijke bijdrage in hebben geleverd.

Afbeelding 4.1. Evolutiefases van het businessmodel



Bron: Gordijn, 2005

4.1. Wat is een businessmodel?

De term ‘businessmodel’ is een relatief jong begrip in de wetenschap. Toch bestaan er al vele definities die omschrijven wat een businessmodel nu precies inhoudt. Deze paragraaf brengt verschillende definities aan de orde.

Eén van de eerste definities is afkomstig van Timmers (1998), die een businessmodel definieert als: ‘A businessmodel in respect to its architecture for the product, service and information flows, the benefits for the various business actors, and the sources of revenues’. Linder en Cantrell (2000) omschrijven een businessmodel als: ‘The organization’s core logic to create value’. Een soortgelijke omschrijving als Linder en Cantrell geven Petrovic en Kittl aan de term businessmodel. Zij definiëren een businessmodel als de logica achter de actuele processen van het bedrijfssysteem voor het creëren van waarde. (Petrovic en Kittl, 2001). Stahler (2002) herinnert eraan dat een model altijd een eenvoudige weergave is van een complex geheel. Het biedt ondersteuning bij het begrijpen van het fundament van een organisatie en het gewenste toekomstbeeld. Magretta (2002) is van mening dat een businessmodel een verhaal is die uitlegt hoe een organisatie werkt en omschrijft een businessmodel als een systeem dat alle aspecten in een organisatie samenbrengt. Osterwalder en Pigneur (2010) beschrijven een businessmodel als de

grondgedachte hoe een organisatie waarde creëert, levert en behoud. Volgens Kemperman, Geelhoed en Op 't Hoog (2014) kan een businessmodel beschreven worden door antwoord te geven op de vraag: 'Wat biedt de organisatie, waarom, aan wie en op welke manier creëert ze daarmee waarde voor alle betrokkenen?' Een businessmodel maakt inzichtelijk op welke manier een organisatie waarde creëert voor wie.

4.2. De relatie tussen de strategie en het businessmodel

Uit de wetenschappelijke literatuur kan worden herleid dat een businessmodel niet hetzelfde is als strategie, hoewel velen het begrip tot heden door elkaar gebruiken (Magretta, 2002). Magretta geeft aan dat een strategie, in tegenstelling tot een businessmodel gericht is op prestatie en concurrentie. Osterwalder en Pigneur (2010) stellen dat een businessmodel een format is voor een strategie die wordt vertaald naar operationeel niveau. Het businessmodel is een modelschets van de strategische keuze, ofwel de uitvoering hiervan. Naar mijn mening is hier een duidelijk verschil zichtbaar tussen een strategie en een businessmodel. Strategie geeft de gewenste richting aan in de dynamische omgeving en veranderende behoefte en verwachtingen van belanghebbenden en heeft hierdoor een sturende rol. Anders geformuleerd geeft de strategie aan waar een organisatie, binnen welke periode, wil staan. Het geeft dus een richting aan. Het businessmodel houdt zich voornamelijk bezig met de operationalisering van deze strategie en maakt inzichtelijk hoe een organisatie waarde creëert, levert, behoudt en wie de belanghebbenden zijn.

4.3. Het businessmodel toegespitst op zorg

Door de hedendaagse marktontwikkelingen, met name de privatisering, worden zorginstellingen steeds vaker geacht te concurreren. Dit vergt vele veranderingen in de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Dit resulteert in het feit dat zorginstellingen hun bedrijfsvoering commerciëler dienen in te richten.

Er mag worden gesteld dat ieder businessmodel uniek is (Linder en Cantrell). Verschillende bedrijven werken in eenzelfde omgeving en komen in aanraking met dezelfde marktwerkingen. Ondanks dat speelt ieder bedrijf hier anders op in, doordat elk bedrijf een andere strategie hanteert, uiteenlopende doelstellingen en keuzes nastreeft en andere kansen benut.

Volgens Osterwalder en Pigneur (2010) kan geen enkele bedrijf lang overleven zonder klanten. Het centraal stellen van de klantwaarde in het businessmodel, maakt het mogelijk om waarde te creëren, leveren en behouden (Osterwalder & Pigneur, 2010; Kemperman, Geelhoed & Op 't Hoog, 2014).. Een zorginstelling genereert inkomsten uit de AWBZ, Wmo en eventueel voor een gedeelte van het eigen kapitaal van de zorgvrager zelf (inclusief persoonsgebonden budget). Een hoge klantwaarde levert tevreden klanten, of 'zorgvragers'. Een tevreden klant zal minder snel een zorginstelling verlaten en overstappen naar een concurrent op het moment dat de zorg die wordt geleverd aansluit en voldoet aan de verwachtingen en behoeften. De klant in een zorginstelling behouden, betekent dus het behouden van inkomsten. Voordat verder wordt ingegaan op de relatie tussen het businessmodel van een zorginstelling en de institutionele belegger, dient eerst te worden stilgestaan bij de basistheorie van een businessmodel. Volgens Osterwalder (2010) heeft een businessmodel de mogelijkheid nieuwe kansen te ontdekken wanneer deze is ontwikkeld vanuit het klantperspectief. Succesvolle businessmodellen vereisen een diep begrip van klanten, inclusief omgeving, de dagelijkse routines, de zwaktes en de ambities van een bedrijf, ofwel de zorginstelling. Voor een succesvol businessmodel, nu en in de toekomst, doet een bedrijf er verstandig aan zich niet alleen te richten op het bestaande klantensegment, maar tevens op nieuwe, niet eerder bereikte segmenten. Daarnaast dient een succesvol businessmodel toekomstbestendig te zijn en te blijven en zal terugblikken in het verleden weinig bijdrage leveren als gevolg van nieuwe hedendaagse marktontwikkelingen en een andere mentaliteit in de zorgmarkt.

Osterwalder en Pigneur (2010) geven aan dat een businessmodel kan worden beschreven aan de hand van negen bouwstenen. Deze bouwstenen laten de logica zien hoe een bedrijf geld wil verdienen en is gebaseerd op de vier hoofdgebieden van een bedrijf; klanten, aanbod, infrastructuur en financiële levensvatbaarheid. De negen bouwstenen luiden als volgt:

- > Klantsegment. Om een klant te voorzien in haar behoefte dient een bedrijf een duidelijk inzicht te hebben in haar doelgroep en tevens wie deze niet zijn.
- > Waarde propositie. Dit is hetgeen waarom klanten het ene bedrijf verkiezen boven het andere bedrijf. Het bedrijf dat voorziet in de daadwerkelijke klantbehoefte.
- > Kanalen. De raakpunten van het bedrijf met de klant en hebben betrekking op de klantervaring.
- > Klantrelaties. Dit is de bepaling van het type relatie die het bedrijf met haar klanten wilt aangaan.
- > De inkomstenstromen is de prijs die de klant wilt betalen voor het product die het bedrijf aanbiedt.
- > Key resources zijn de benodigde middelen voor de bedrijfspositionering en bedrijfsvoering.
- > Kernactiviteiten zijn de acties die een bedrijf onderneemt om met succes te opereren, klanten te blijven behouden en inkomsten te blijven realiseren, kortom waardepropositie te creëren.
- > Key partners zijn de samenwerkingsrelaties die een bedrijf aangaat met andere bedrijven, om de bedrijfsvoering te optimaliseren, risico's te reduceren en middelen te kunnen verwerven.
- > Kostenstructuur betreft de verwachte kosten voor het behalen van waardepropositie.

Om van een zorginstelling een duurzame onderneming te maken of een businessmodel in een bestaande onderneming te implementeren, komen er volgens Osterwalder (2010) vijf hoofdlijnen (gespecificeerd door Galbraith) naar voren, namelijk: Strategie, Structuur, Processen, Beloningen en Mensen. Deze gebieden worden bijeengehouden middels het businessmodel. Strategie geeft de richting van het businessmodel aan, uitgelegd in paragraaf 4.2. De kenmerken van een businessmodel bepalen de optimale organisatiestructuur voor uitvoering ervan. De processen richten zich op de uitvoering van operationele activiteiten. De processen moeten afgestemd worden met als doel het optimaliseren van de resultaten van het product en hebben een verbeterende rol in de bedrijfsvoering. De beloningen houden zich bezig met de beloningssystemen van de medewerkers. In dit aspect wordt de vraag gesteld: 'Hoe houdt de organisatie haar personeel gemotiveerd?'. Het onderdeel Mensen stelt vragen als 'wat voor soort mensen, met welke vaardigheden, vereist het businessmodel' en 'Welk type mindset is nodig?' (Osterwalder & Pigneur, 2010)

Kemperman, Geelhoed & Op 't Hoog (2014) ontwikkelden een businessmodel theorie gericht op de zorg en dit businessmodel bestaat uit vier elementen, namelijk: het marktsegment, de waarde voor de klant, de levering en de operatie.

In het onderdeel marktsegment gaat Kemperman (2014) in op de relevante segmentatiemethoden en wordt marktfocus aangebracht in positie, concurrentie doelgroep en klantinzicht. De marktfocus zal worden vormgegeven met behulp van de volgende vragen: 'Wat is de huidige positie in deze marktsegmenten?', 'Wie is mijn concurrentie?', 'Wat is de doelgroep in volumes, bereikbaarheid en winstgevendheid?' (dit betreft de klantengroepen, marktsegmenten daarbinnen en hun eigenschappen), 'Wat is de bekende klantbehoefte en onderliggende klantbehoefte van de doelgroep?' en 'Kan er op de onderliggende behoefte concurrentievoordeel worden behaald?'.

De waarde van de klant is de verwachting die een klant heeft bij een product, uitgedrukt in voordelen gedeeld door kosten. Invloedrijke factoren in de waarde van de klant zijn het resultaat, de afhandeling, emotie, prijs, moeite (het product leren begrijpen) en risico van het product. Vraagstukken die patiënten in de zorg zullen stellen zijn; 'Hoe krijg ik zorg?', 'Hoe ervaar ik de aangeleverde zorg?', 'welke kosten

zijn verbonden aan de zorg die wordt geleverd?', 'Welke risico's loop ik wanneer de kwaliteit van zorg onvoldoende is?'

De waarde van de klant wordt gerealiseerd in de fases levering en operatie. De levering betreft activiteiten waarin interactie tussen de klant en de organisatie plaatsvindt. De fase levering beschrijft hoe de organisatie klanten kan werven, bedienen en behouden. De identiteit, positionering en beloften aan de klant geven focus aan een organisatie. Levering is gericht op marketing, verkoop, klantcontact en diensten. De kunst is het verbinden van operatie en levering, waarin de levering een leidende factor is. De uitdaging in de operatie is de interactie met en de waardelevering aan de klant zo goed en efficiënt mogelijk te ondersteunen. Operatie dient in verbinding met de levering de beloften waar te maken en daadwerkelijk het product aan de klant te leveren. Hieronder behoort productie, technologie, leveranciers en partners (Kemperman, Geelhoed en Op 't Hoog, 2014).

De businessmodel componenten die zowel in Osterwalder (2010) als Kemperman (2014) voorkomen zullen worden meegenomen in het toetsingsmodel. Doordat het component in beide theorieën naar voren komt, wordt aangegeven dat het component naar alle waarschijnlijkheid een onmisbare factor is voor het businessmodel. Voor het toetsingsmodel zal gekozen worden voor de theorie Osterwalder, omdat deze meer aansluit bij de beperkte informatie die de zorgmarkt op dit moment levert. De informatie wordt geselecteerd uit in openbare databases, jaarverslagen en DigiMV van het ministerie van VWS.

4.6. De veranderingen en de relatie tussen een businessmodel van een zorginstelling en vastgoed.

De veranderingen in de zorgmarkt zijn nog niet geheel uitgekristalliseerd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de zorgmarkt nog niet is uitgegroeid en er sprake is van een transitiefase. Veranderingen in de AWBZ en Wmo hebben tevens invloed op de kapitaalstromen van de zorginstelling. Hierdoor wordt niet uitgesloten dat er in de toekomst leegstanden of onvoldoende inkomsten voor de zorginstelling ontstaan. Vastgoed neemt een groot deel van de balans in, maar heeft een beperkt deel in de omzet. Daarnaast is vastgoed geen kernactiviteit voor een zorginstelling, dit is namelijk het verlenen van kwalitatieve zorg aan haar klanten 'patiënten'. Tevens geeft het bezit van vastgoed de zorginstelling niet per definitie meerwaarde en kan dit in de toekomst zelfs knelpunten en risico's opleveren die door een zorginstelling moeilijk op te vangen zijn. Met de veranderingen in de zorgmarkt is de kans groot dat commerciële bedrijven een permanent aandeel zullen krijgen in de bedrijfsvoering en het businessmodel van een zorginstelling. Externe commerciële partijen kunnen in de toekomst mogelijk optreden als de verhuurder van zorgvastgoed, waardoor de zorginstelling zich in de toekomst meer kan focussen op het verlenen van zorg. Een voordeel voor de zorginstelling is dat zij zich meer kan richten op kernactiviteiten en de eerder genoemde knelpunten en risico's kan verleggen naar de commerciële partijen. Doordat de zorginstelling de knelpunten en risico's kan verleggen, komen er meer gelden vrij die aan de kernactiviteiten kunnen worden besteed, wat tevens de kwaliteit van de zorgverlening ten goede komt. Dit betekent dan ook vele veranderingen voor het businessmodel. Een zorginstelling hoeft zich namelijk geen zorgen meer te maken over vastgoedrisico's, de reservering van gelden om risico's te kunnen blijven beheersen en eventuele teruglopende geldstromen. Daarentegen kan de zorginstelling deze gelden besteden aan de zorgverlening en dient zij alleen te zorgen voor het betalen van de huurverplichting aan de vermogensbeheerder. De huurverplichting aan de vermogensbeheerder is tevens een vast bedrag, waardoor het voor de zorginstelling gemakkelijker is om een stabielere balans op te stellen. Naar verwachting zullen zorginstellingen het vastgoed steeds meer gaan uitbesteden aan externe commerciële partijen en wordt zorgvastgoed een steeds interessantere assetclass voor commerciële partijen als institutionele beleggers. Uiteraard eist een institutionele belegger dat wordt voldaan aan verschillende voorwaarden met betrekking tot de kwaliteit van een potentiële huurder, in dit geval de zorginstelling (de Baaij, 2014).

De veranderingen in het businessmodel bij uitbesteding van vastgoed aan een commerciële partij:

- > De zorginstelling kan haar risico's overdragen aan een (externe) commerciële partner die beschikt over de expertise in het overnemen en managen van de risico's van vastgoed.
- > De zorginstelling kan zich bij uitbesteding van vastgoed meer focussen op de kernactiviteiten, bijvoorbeeld de zorgverlening.
- > Bij uitbesteding van vastgoed zal de zorginstelling meer stabiliteit in haar balans kunnen creëren doordat deze aanzienlijk ingekort zal worden (doordat vastgoed gemiddeld negentig procent van de balans vormt), waardoor er meer speling ontstaat in de balans en er extra gelden zullen vrijkomen voor mogelijk nieuwe bestedingen.

Conclusies en kritische reflectie

In deze conclusie zal antwoord gegeven worden op de deelvragen 2a. en 2b.

Deelvraag 2a. 'Wat is een businessmodel?' Naar mijn mening is een businessmodel de wijze waarop een organisatie haar strategie operationaliseert en inzichtelijk maakt hoe een organisatie waarde creëert, levert en behoudt en voor wie. Deze definitie is een combinatie tussen de theorieën van Osterwalder (2010) en Kemperman (2014).

Deelvraag 2b. In hoeverre kan uit een businessmodel de levensvatbaarheid en duurzaamheid van een zorginstelling herleid worden? Het businessmodel wordt aangestuurd door de strategie. Zoals in het vorige hoofdstuk vermeld, dient de strategie in te spelen op de marktontwikkelingen om in de komende jaren als zorginstelling te kunnen blijven bestaan. De manier waarop de zorginstelling wil inspelen op de markt zal in het businessmodel moeten worden doorgevoerd en geoperationaliseerd. Het businessmodel heeft hierop direct verband met haar bedrijfsresultaten en haar toekomstperspectief.

Deelvraag 3. 'Waarom is het begrijpen van het businessmodel van een zorginstelling belangrijk voor een institutionele belegger?' Het is voor een institutionele belegger van belang om inzicht te krijgen in het businessmodel omdat het businessmodel aangeeft hoe de zorginstelling daadwerkelijk haar resultaten wil behalen. De manier waarop de bedrijfsvoering is ingericht, staat in direct verband met de bedrijfsresultaten die de zorginstelling weet te realiseren. In sommige casussen kan de strategie nog zo goed verwoord zijn, een slechte operationalisering van de strategie, welke wordt gepresenteerd in het businessmodel, is natuurlijk funest voor de resultaten die de organisatie zal behalen. De resultaten die de zorginstelling behaalt, zijn van belang voor de institutionele belegger omdat de zorginstelling met haar bedrijfsresultaten zal voldoen aan haar huurverplichting aan de institutionele belegger. De institutionele belegger wil daarom een goede inschatting kunnen maken van de kwaliteit van de zorginstelling om een duidelijk inzicht te krijgen in welke mate de zorginstelling zal kunnen voldoen aan de huurverplichting en wat de toekomstbestendigheid van de zorginstelling is. Kortom, het toetsen van het businessmodel zal meer inzicht bieden in de kwaliteit van de zorginstelling als huurder en de mate waarin zij zal kunnen voldoen aan de huurverplichting aan de institutionele belegger. Daarnaast geven de strategie en het businessmodel informatie over de toekomstbestendigheid van de zorginstelling, een inschatting dus of de zorginstelling ook in de komende jaren zal kunnen blijven voldoen aan haar huurverplichtingen.

5. RISICO'S VOOR EEN INSTITUTIONELE BELEGGER (MET BETREKKING TOT DE HUURDER)

De ontwikkelingen in de zorgmarkt brengen voor een zorginstelling risico's met zich mee, die de positie van zorginstellingen negatief kunnen beïnvloeden. Voor een institutionele belegger is het zaak om inzicht te krijgen in de risico's rondom zorginstellingen en het beleggen in zorgvastgoed. Doordat zorginstellingen te maken hebben met de cultuuromslag van een publieke naar een private partij, bestaat de kans dat zorgorganisaties moeite hebben met het voldoen aan huurverplichtingen. Hierdoor ontstaat de kans dat institutionele beleggers niet alleen inkomsten mislopen, maar tevens met leegstand in zorgvastgoed te maken kunnen krijgen. Het is voor een institutionele belegger dan ook van noodzaak vooraf de risico's rondom zorginstellingen in kaart te brengen. Risico's waar de institutionele belegger mee te maken kunnen krijgen zijn, enerzijds aflopende huurcontracten, met hurende zorginstellingen, op de korte termijn en anderzijds financiële problemen van de zorginstelling. Beide risico's uiteten zich in het feit dat er niet meer kan worden voldaan aan de huurverplichting door de zorginstelling. (Finance Ideas, 2014).

5.1 Risicoprofiel

5.1.1 Risico

Het in kaart brengen van risico's geeft de institutionele belegger de mogelijkheid om in te spelen op kansen, bedreigingen en onzekerheden. De risico's dienen te worden beheerst middels activiteiten gebaseerd op actuele wet- en regelgeving en systemen ten aanzien van risicobeheersing. Het voorkomen en beheersen van risico's geeft de institutionele belegger de mogelijkheid een betrouwbaarder beeld te vormen over de verwachte resultaten van beleggingen. Risicobeheersing kan tevens worden gebruikt als instrument tot commerciële uitstraling. Nu mag worden gesteld dat nagenoeg iedere belegging risico's met zich meedraagt. Uiteraard geldt hiervoor dat de ene belegging meer risico behelst dan de andere. Het is aan de institutionele belegger om deze risico's waar mogelijk te vermijden. Het erkennen van risico's maakt het mogelijk een haalbaar en duurzaam rendement te genereren door het ontwikkelen van beheersingsmaatregelen.

In deze scriptie wordt het begrip risico gedefinieerd als de kans dat de realisatie van de doelstellingen van een organisatie negatief wordt beïnvloed, waarbij de kans op realisatie ook daadwerkelijk verlaagd wordt door onzekere gevolgen van tijdelijke en structurele gebeurtenissen, zowel binnen als buiten de organisatie. Vanuit de definiëring is te herleiden dat een institutionele belegger niet alleen gericht is op het behalen van rendement, maar tevens op het beheersen van de bijbehorende risico's. Het gaat hierbij voornamelijk om de rendement- risicoverhouding. Niet ieder behaald rendement is even kwalitatief met het oog op het bijbehorend risicoprofiel (IVBN, 2011).

5.1.2 Huurderrisico

Beleggen in vastgoed gaat gepaard met verschillende risico's afkomstig uit verschillende invalshoeken. Deelrisico's zijn te verdelen in generieke, operationele en institutionele beleggingsrisico's. Generieke risico's zijn beleggingsrisico's die worden veroorzaakt door ontwikkelingen en omstandigheden van de externe omgeving. Hieronder behoort de huurderrisico, andere voorbeelden zijn onder andere het matching- en scenariorisico, marktrisico, portefeuillerisico en objectrisico. Het huurderrisico kan als volgt worden gedefinieerd als het risico die een institutionele belegger loopt wanneer een huurder niet voldoet aan haar verplichtingen (o.a. huurbetaling en onderhoudsafspraken).

Een object kan aan één of meerdere huurders verhuurd worden, ook wel multi- en single tenant genoemd. In geval van multi-tenant kan het zijn dat leegstanden toenemen gedurende een bepaalde termijn. Een toenemend leegstandspercentage verhoogd steeds meer het risico in het genereren van inkomsten. Met name bij single tenant situaties doordat het risico hierbij is toegekend aan één huurder. De institutionele belegger zal naar verwachting per direct geen inkomsten meer ontvangen, terwijl de kosten voor onder meer onderhoud zullen blijven doorlopen en vastgoed zonder huurder in waarde daalt. Daarnaast dienen er extra kosten te worden gemaakt voor het vinden van een nieuwe huurder en kunnen mogelijk financieringsproblemen optreden, doordat het object nu lager gewaardeerd zal worden dan in werkelijkheid werd verwacht. Huurderrisico kan voorkomen worden door het diversifiëren van de huurdersamenstelling, wanneer de institutionele belegger beschikt over een brede portefeuille. Huurderrisico heeft daarom een directe impact op de inkomsten die uit het object gegenereerd konden worden.

Huurderrisico kan mogelijk worden beheerst, middels het verrichten van marktonderzoeken, huurdertevredenheid onderzoeken en het spreiden van branchediversificatie (om concentratierisico te voorkomen). Het huurderrisico kan worden gereduceerd door het toetsen van de financiële gegoedheid van een organisatie, het bij voorhand laten betalen van huurgarantie door de huurder, het pand zo inrichten dat het met lage kosten aangepast kan worden voor verhuur aan een andere partij of meerdere partijen en het pand actueel houden met de wensen van de tijd, zodat deze aantrekkelijk is voor nieuwe huurders, waardoor de courantheid van het pand in stand blijft en wederverhuur gemakkelijker zal plaatsvinden. (IVBN, 2011).

5.2 Huurderrisico van een zorgorganisatie

Het huurderrisico kan worden gereduceerd door het combineren van een zorginstelling en verschillende bewoners als huurders van een object. Wonen en zorg worden steeds meer gecombineerd, wat perspectief biedt voor een institutionele belegger in het spreiden van risico. Eerder werd genoemd dat de cultuuromslag van publieke naar private partij voor een zorgorganisatie vele veranderingen met zich meebrengt, op sturingsmatig maar tevens op financieel gebied. Het toetsen van de financiële gegoedheid van een zorgorganisatie is hierdoor een belangrijk onderdeel. Met een toetsing van de financiële gegoedheid dient voorkomen te worden dat de zorginstelling op een bepaalde termijn niet meer kan voldoen aan de huurverplichting aan de institutionele belegger en faillissement van de zorgorganisatie voorkomen dient te worden.

Daarnaast is de financiële gegoedheid niet alleen aan de orde, maar tevens de manier van aansturing in de organisatie, doordat van de zorgorganisatie door de overheid wordt verlangd geheel anders te opereren. Hierdoor raakt de zorginstelling haar veilige positie als publieke partij kwijt en dient tevens commercieel te reageren op ontwikkelingen in de zorgmarkt. De zorgorganisatie zal in geheel haar manier van aansturing anders moeten aanvliegen, omdat de zorgorganisatie met de privatisering dient in te spelen op ontwikkelingen in de zorgmarkt om te kunnen blijven spreken van een gezonde organisatie.

5.3 Huurderkwaliteit (te beoordelen door de institutionele belegger)

Bij het analyseren van een zorgorganisatie als huurder dient te worden ingeschat in hoeverre een huurder in een bepaalde periode haar verplichtingen kan naleven. Om te voorkomen dat de zorgorganisatie niet zal voldoen aan de huurverplichting, dient een institutionele belegger een inschatting te maken van de kwaliteit van de zorginstelling als huurder. De institutionele belegger dient rekening te houden met het feit dat in een bepaalde periode de financiële gegoedheid van een onderneming in een bepaalde periode altijd kan fluctueren. Kousemaeker (2007) stelt dat het beoordelen van huurders volgens een vast toetsingskader dient te verlopen. Dit biedt houvast, is objectiever en maakt analyses beter vergelijkbaar. Uiteraard bestaat de mogelijkheid om per zorgsector, waarin de

zorginstelling acteert, specifieke vragen te stellen. Op deze manier kunnen branchegerelateerde eigenschappen het beste naar voren komen, door te kijken naar de best behaalde resultaten uit dezelfde sectoren. Dit zal het vergelijken van zorginstellingen tevens kunnen vergemakkelijken. Echter, in dit onderzoek zal dit niet aan bod komen, gezien het tijdsbestek niet toereikend is. Daarnaast ben ik van mening dat het niet de bedoeling is dat de institutionele belegger zich extreem verdiept in verleende zorg van de zorgorganisatie aan de zorgvrager, maar het juist belangrijk is om een algemeen beeld te schetsen van de financiële en organisatorische conditie van een zorgorganisatie.

5.3.1 Organisatorische variabelen

Voor het beoordelen van de organisatorische variabelen wordt gekeken naar algemene en specifieke bedrijfsactiviteiten, aanwezigheid van personeel, kwaliteit van zorg en de mate van het nakomen van afspraken. Daarnaast wordt gekeken in hoeverre de zorginstelling in staat is om in te spelen op de markt, waarin zij acteren. De institutionele belegger zal bekijken hoe het profiel van de huurder en de toekomstverwachtingen aansluiten bij de ontwikkelingen die zich voordoen op de zorgmarkt (Kousemaeker, 2007).

5.3.2 Financiële variabelen

Op basis van financiële gegevens kan er gemakkelijk een kwantitatieve toetsing worden gehouden op basis van verschillende ratio's. De financiële gegoedheid van een zorginstelling kan worden beoordeeld met behulp van financiële gegevens uit jaarverslagen en gegevens geleverd aan DigiMV. Hierin is de mate waarin een zorginstelling tegenslagen financieel kan opvangen van belang. De institutionele belegger vereist van de hurende zorginstelling een gezond financieel balans met voldoende buffervermogen. De financiële gegoedheid van een zorgorganisatie is van belang om te voorkomen dat de zorginstelling niet meer kan voldoen aan de betalingsverplichting aan de institutionele belegger. Indien een zorginstelling niet meer kan voldoen aan de betalingsverplichting betekent dit voor de institutionele belegger minder tot geen inkomsten en een leegstaand object. (Kousemaeker, 2007)

In het volgende hoofdstuk zal worden ingegaan welke organisatorische en financiële variabelen van toepassing zijn voor het toetsen van de huurderkwaliteit van de zorgorganisatie, om zo het huurdersrisico mogelijk te verlagen.

Conclusies en kritische reflectie

In het hoofdstuk businessmodel wordt aangegeven dat de mate waarin de zorginstelling zal kunnen voldoen aan haar huurverplichting, nu en in de toekomst, te herleiden is vanuit het businessmodel. Echter, beleggen in zorgvastgoed gaat niet geheel zonder risico's. Dit komt doordat het oordeel die de institutionele belegger kan vellen over de zorginstelling nog onderhevig is aan de vele marktontwikkelingen. Doordat in dit hoofdstuk meer informatie is geboden over de huurdersrisico's van een institutionele belegger, kan met dit hoofdstuk antwoord worden gegeven op deelvraag 3. Welke invloed heeft het businessmodel van een zorginstelling op het rendement-risicoprofiel van de belegger? Het antwoord is een combinatie van hoofdstuk 3. 'Businessmodel' en dit hoofdstuk.

Het businessmodel van een zorginstelling geeft meer informatie over de bedrijfsvoering van de zorginstelling en de beoogde doelstellingen van de zorginstelling. Daarnaast vertelt het iets over de resultaten die een zorginstelling mag verwachten. Bovenstaande effecten van het businessmodel op de zorginstelling hebben tevens invloed op het rendement-risicoprofiel van de hurende zorginstelling. Het huurdersrisico van een zorginstelling voor de institutionele belegger wordt beïnvloed door de kwalitatieve gegoedheid van de zorginstelling. Hierdoor kan worden geconcludeerd dat het businessmodel wel degelijk in relatie staat tot de huurderkwaliteit en daardoor ook aan het

huurderrisico. De kwaliteit van een zorginstelling, zoals die is gebaseerd op het gekozen businessmodel, geeft namelijk inzicht in de mate waarin zij aan huurverplichting zal kunnen voldoen, nu en in de toekomst. Indien een zorginstelling stabiele inkomsten ontvangt, zal zij ook kunnen blijven voldoen aan haar betaalverplichting aan de institutionele belegger. Dit geeft voor een institutionele belegger meer zekerheid in het genereren van haar eigen inkomsten (afkomstig van de zorginstelling). Een institutionele belegger zal er namelijk niet verstandig aan doen, wanneer zij haar gelden belegt in zorginstellingen, die kwalitatief onvoldoende zijn, een kennelijk niet succesvol businessmodel hanteren en in de toekomst niet zullen blijven voortbestaan. De institutionele belegger zal dan ook de afgesproken huurverplichting van de zorginstelling niet ontvangen en in veel gevallen tevens te maken zal krijgen met het risico op leegstanden.

6. Toetsingsmodel

In de voorgaande hoofdstukken zijn de aspecten strategie, businessmodel en huurdersrisico aan de orde gekomen, welke ondersteuning bieden aan het toetsingsmodel naar de kwaliteit van een zorginstelling als huurder. Hoe hoger de kwaliteit van de zorginstelling, hoe hoger de kans dat de zorginstelling in de toekomst zal blijven bestaan en hoe hoger de kans dat de zorginstelling kan blijven voldoen aan de huurverplichting aan de institutionele belegger.

In dit hoofdstuk zal het toetsingsmodel uitgebreid worden toegelicht. In hoofdstuk 7 'Illustratieve casussen' zullen de resultaten die uit het toetsingsmodel zijn voortgevloeid worden besproken.

Doel van dit onderzoek is het creëren van een toetsingsmodel, waarmee de institutionele belegger de kwaliteit van een zorginstelling en haar toetsingsmodel kan toetsen. De institutionele belegger kan met het toetsingsmodel beter inspelen op het huurdersrisico door meer inzicht te krijgen in het businessmodel van een zorginstelling.

6.1. Methode

Verschillende deskundigen is gevraagd het model te versterken met hun specialistische kennis door middel van diepte-interviews. In de selectie van geïnterviewde is gekozen voor twee interne deskundigen van Syntrus Achmea RE&F en twee externe deskundigen van de vastgoedorganisaties Amvest en Bouwinvest. Daarnaast zijn de deskundigen allen bekend met een andere specialisme, namelijk: Fondsmanagement Zorgvastgoed, Strategy & Research en Development. Er is gekozen voor het afnemen van interviews om tot een zo'n actueel en reëel mogelijk beeld te kunnen komen van de zorgmarkt, de samenwerking tussen zorginstellingen en institutionele beleggers en het zorgvastgoed. Met de interviews is geprobeerd meer inzicht te krijgen in waarde van de geselecteerde componenten en welke overige componenten ook essentieel belang zijn voor dit model. Op deze manier kunnen de verschillen tussen dit onderzoek en de realiteit worden geverifieerd. Dit onderzoek heeft als doel de kwaliteit van het businessmodel van zorginstellingen en de vastgoedwereld met elkaar te combineren.

6.2. Dataverzameling

Dit onderzoek is een eerste handvat om met de belangrijkste componenten van een businessmodel een oordeel te kunnen vormen over de kwaliteit van een zorginstelling als huurder. Het toetsingsmodel is slechts een Quick Scan en dient vóór het contact met een zorginstelling te worden toegepast. Anders gezegd, de zorginstelling heeft nog geen weet van deze toetsing, welke slechts wordt uitgevoerd ter oriëntatie om een eerste oordeel te vormen van de desbetreffende zorginstelling. Doordat de zorginstelling nog niet op de hoogte is van de toetsing kan alleen gebruik gemaakt worden van openbare informatie, afkomstig uit jaarverslagen van zorginstellingen, wettelijk verplichte bijlagen van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (DigiMV) en openbare databases van het kwaliteitsinstituut van Zorginstituut Nederland. Door de beperkte hoeveelheid aan aangeboden informatie en de vele ontwikkelingen in de zorgmarkt, zal dit toetsingsmodel in de komende jaren, wanneer er meer informatie openbaar wordt gesteld en de zorgmarkt verder voltooid zal zijn, verrijkt kunnen worden met aanpassingen en toevoegingen. Doordat dit onderzoek geschreven is vanuit het perspectief van de institutionele belegger, is het gericht op het verschaffen van informatie die helpen een inschatting te maken over het huurdersrisico. Dit wordt gedaan door het toetsen van de kwaliteit van de huurder en het businessmodel. De Quick Scan is gebaseerd op de methodiek van Balanced Scorecard (BSC). De inhoud van dit onderzoek is voornamelijk onderbouwd met de businessmodeltheorieën van Osterwalder (2010) en J. Kemperman, J. Geelhoed en J. op 't Hoog (2014), rekening houdend met de mate van openbare informatiegegevens van de zorginstellingen. Daarnaast is er gebruik gemaakt van wetenschappelijke artikelen, literatuur en afstudeerscripties. Dit onderzoek is van kwalitatieve aard.

6.3. De Balanced Scorecard

Een BSC is een systematiek om de kwaliteit van een organisatie te diagnosticeren, toetsen en voorspellen, middels geselecteerde Kritische Succes Factoren (KSF). De methodiek BSC kan worden toegepast ter zelfreflectie van een bedrijf bij verbetermanagement, maar kan ook toegepast worden als hulpmiddel om een kwaliteitsoordeel te vellen over een andere organisatie. In dit onderzoek zal de BSC toegepast worden voor het beoordelen van zorgstellingen, als potentiële huurder voor de institutionele belegger.

De Kritische Succes Factoren die een bijdrage leveren aan het toetsingsmodel, zijn variabelen die naar mijn mening informatie bieden over de mate van kwaliteit van een hurende zorginstelling, nu en mogelijk in de toekomst. De Kritische Performance Indicatoren (KPI) uit het toetsingsmodel zijn de meeteenheden van de Kritische Succes Factoren. De gemiddelde scores van de KPI per Kritische Succes Factor (KSF) vormen gezamenlijk de score van de desbetreffende KSF. Aan iedere KPI zal een weging worden toegekend. Hoe hoger het belang van de KPI, hoe hoger de weging aangeduid in percentages. Het resultaat van iedere KPI wordt hierbij gecorrigeerd met de bijbehorende weging. De BSC betreft een optelsom van alle wegingen tot honderd procent (Worms, 2014). Er is gekozen om niet de Kwaliteit Succes Factoren te beoordelen met honderd procent maar de Kritische Performance Indicatoren. Indien gebruik wordt gemaakt een weging bij de Kwaliteit Succes Factoren als bij de Kritische Performance Indicatoren, worden de combinatie 'laag gewaardeerde KSF en hoog gewaardeerde KPI' even zwaar gerekend als de 'hoog gewaardeerde KSF en de laag gewaardeerde KPI', naar mijn mening mag dit niet mogelijk zijn.

De resultaten uit de Kritische Performance Indicatoren kunnen worden beoordeeld aan de hand van scorecategorieën van één tot en met vijf. Een één is hierbij de laagste score en een vijf de hoogste score die kan worden behaald. De totale beoordeling wordt gevormd door een gemiddelde van alle gewogen scores uit alle Kritische Succes Factoren. Een zorginstelling mag worden beoordeeld met een voldoende op het moment dat de gemiddelde score een drie of hoger bedraagt.

6.4. Kritische Succes factoren

Tijdens het selecteren van de Kritische Succes Factoren, is rekening gehouden met het beoordelen van een gehele organisatie. Echter, niet alle factoren hebben een direct invloed op het generen van huurverplichting en het beperken van leegstanden. Dit heeft ervoor gezorgd dat het toetsingsmodel is opgebouwd uit drie stappen. Stap 1 bevat een afvinklijst van de Governance en Compliance, waarin wordt aangegeven of een zorginstelling een predicaat verhoogd risico met zich meebrengt. Stap 2 omhelst de Kritische Succes Factoren die een directere invloed uitoefenen op de prestaties en resultaten van een zorginstelling en vormen hierdoor de gemiddelde score van de kwaliteit van de zorginstelling en het businessmodel, vanuit het perspectief van de institutionele belegger. Stap 3 geeft de uiteindelijke beoordeling weer met een extra kantlijn. De kantlijn geeft aan of een zorginstelling een verhoogde risico met zich meebrengt. Een zorginstelling brengt een verhoogd risico met zich mee wanneer een zorginstelling niet voldoet aan de gestelde eisen van stap 1.

Stap 1 bestaat uit 'KSF 1: Governance en Compliance'. De reden waarom het onderdeel Governance & Compliance is toegevoegd in een aparte stap, berust op het feit dat deze KPI's geen directe impact hebben op de mate waarin de zorginstelling kan voldoen aan haar huurverplichting en het beperken van kans op leegstand. Echter, het is wel degelijk een maatstaf voor de betrouwbaarheid van de beschikbare informatie. Indien de Governance en Compliance in stap 2 van het model zou zijn toegevoegd, zal deze naar alle waarschijnlijkheid een lage weging toegedeeld krijgen door haar beperkte invloed, waardoor een zorginstelling zonder deze structurele en/of wettelijk verplichte eisen alsnog een voldoende kan behalen. Om deze reden heb ik meer gewicht gegeven aan de 'KSF 1: Governance en Compliance' door

deze te verwerken in een aparte stap van het toetsingsmodel, om de beoordelaar meer te attenderen op structurele risico's van een zorginstelling. Het resultaat van de Governance & Compliance wordt weer gegeven in een kantlijn naast de gemiddelde beoordeling. Er kunnen bijvoorbeeld verschillende financiële gegevens worden verstrekt, maar als de accountant niet akkoord gaat en geen accountantsverklaring verstrekt, kan geen uitspraak worden gedaan over de betrouwbaarheid van de financiële gegevens van de zorginstelling. Het ontbreken van structurele en wettelijk verplichte eisen voor het vaststellen van de betrouwbaarheid van een zorginstelling, mag naar mijn mening voor een voldoende kwaliteit niet mogelijk zijn. Tenzij dit bewust anders bepaald is door de institutionele belegger zelf.

In stap 2 komen de geselecteerde Kwaliteit Succes Factoren; Financiële parameters, Strategie, Kwaliteit van zorg en Medewerkers aan de orde. Deze vormen samen de gemiddelde score van de kwaliteit van de zorginstelling en het businessmodel.

De 'KSF 2: Financiële parameters' is opgenomen in het toetsingsmodel om de financiële gezondheid en toekomstbestendigheid van de zorginstelling te beoordelen. De financiële gezondheid van een zorginstelling heeft uiteraard invloed op de verwachting in welke mate een zorginstelling kan voldoen aan haar huurverplichting aan de institutionele belegger. Doordat zorginstellingen hun vastgoed meer gaan uitbesteden, wordt zorgvastgoed steeds meer een assetclass. Steeds meer institutionele beleggers krijgen hierdoor (meer) interesse in zorgvastgoed. Om meer zekerheid in beleggingen te creëren, wil de institutionele belegger een inschatting kunnen maken van de financiële gezondheid van een onderneming en de toekomstbestendigheid van de zorginstelling. Het is voor een institutionele belegger van belang een duidelijk inzicht te hebben in de financiële risico's om de beleggingsrisico's naar haar klanten toe inzichtelijk te kunnen maken en te minimaliseren. Financiële ratio's als solvabiliteit en liquiditeit kunnen een duidelijk beeld schetsen over de financiële gezondheid van een zorginstelling in de toekomst, welke verder worden toegelicht in de paragraaf 6.3. Kritische Performance Indicatoren. Hoe gunstiger de resultaten uit de ratio's, hoe hoger de verwachting dat de zorginstelling zal kunnen voldoen aan haar huurverplichtingen. 'KSF 2: Financiële parameters' geeft dus voornamelijk de financiële positie (ofwel financiële gezondheid) van een zorginstelling aan, nu en in de toekomst.

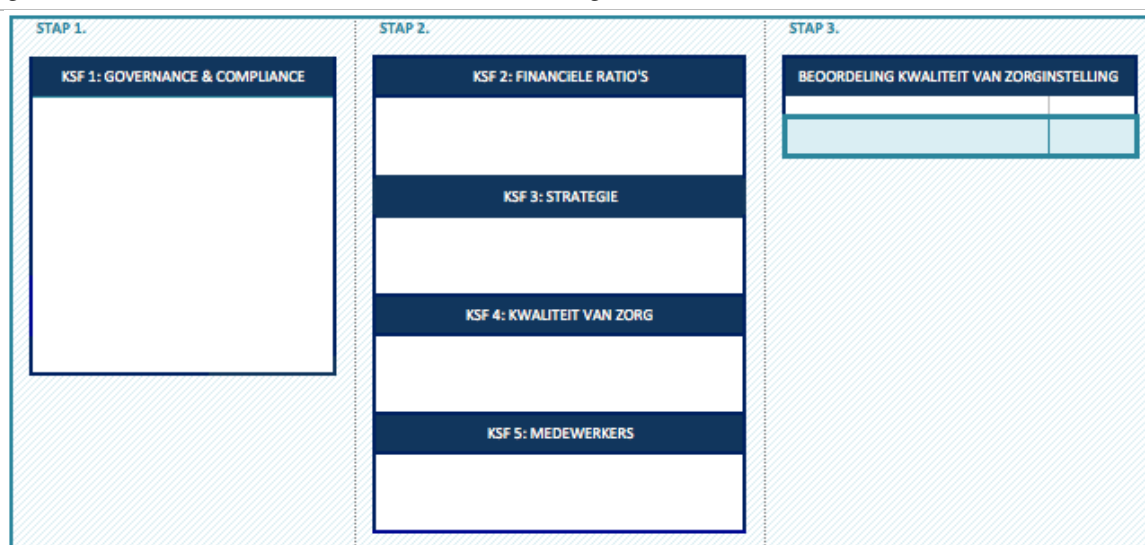
'KSF 3: Strategie' is de derde KSF die is toegevoegd aan het toetsingsmodel voor de kwaliteit van een zorginstelling. De strategie functioneert als het instrument, waarmee de zorginstelling haar richting bepaalt. Het is voor een institutionele belegger interessant om inzicht te krijgen in de toekomstige positie van een zorginstelling. Een zorginstelling met een verouderde strategie die niet is aangepast aan de huidige omgeving, of een strategie die niet voldoet aan gestelde criteria, heeft naar verwachting een negatieve werking op haar positie in de markt. Een institutionele belegger neemt een hoog risico wanneer de toekomstige positie van een huurder niet toereikend zal zijn om te kunnen voldoen aan de betalingsverplichtingen, omdat dit de kans groter maakt inkomsten mis te lopen. Dit is mogelijk wanneer een huurder minder inkomsten zal genereren. Slechte strategische beslissingen hebben daardoor impact op de uiteindelijke bedrijfsresultaten. Het businessmodel operationaliseert als het ware de strategische doelstellingen van een zorginstelling, waardoor de KSF strategie wel degelijk een bijdrage levert aan het toetsingsmodel. Het hanteren van een juiste strategie kan de zorginstelling concurrentievoordeel opleveren, wat de toekomstbestendigheid van een zorginstelling mogelijk kan verhogen of haar huidige status tenminste kan laten behouden. De KPI's zijn zowel gebaseerd op theorieën van Osterwalder (2010) en Kemperman (2014), versterkt door de aansluitende theorie van Veldman (2009), die naar mijn mening een volledige combinatie vormen voor het beoordelen van de KSF 'Strategie'. Ook deze KPI's worden verder uitgewerkt in paragraaf 6.3 Kritische Performance Indicatoren.

‘KSF 4: Kwaliteit van zorg’ wordt gedefinieerd als de mate waarin de zorg (het product) voldoet aan de behoefte van de zorgvrager en eisen van regelgeving (RGO, 1990). Osterwalder (2010) stelt dat een onderneming niet kan blijven bestaan zonder klanten. Met de uitspraak van Osterwalder kan direct het belang voor een institutionele belegger van een hoge kwaliteit van zorg in een zorginstelling worden toegelicht. Een zorginstelling genereert haar inkomsten door het leveren van zorg aan patiënten. Kwalitatief hoogwaardige zorg maakt het voor een zorginstelling mogelijk om haar patiënten (inkomstenbron) te behouden. Een tevreden klant zal inkomsten voor de zorginstelling blijven genereren, doordat aan de behoeften en verwachtingen van de klant wordt voldaan. Indien de zorginstelling weet te blijven bestaan, nu en in de toekomst, betekent dat de hurende zorginstelling, naar verwachting, kan blijven voldoen aan de huurverplichting naar de institutionele belegger. Kortom, hoe groter de kans dat de zorginstelling zal blijven voldoen aan de huurverplichting, hoe lager het risico. Tegelijkertijd zorgt het blijven bestaan van de hurende zorginstelling voor het minimaliseren van leegstand. Continuïteit aan inkomsten zorgt er immers voor dat de zorginstelling kan blijven voldoen aan de huurverplichting naar de institutionele belegger. Daarnaast blijft de ruimte nodig voor het huisvesting van de patiënten. Tevens zal een tevreden patiënt minder snel de organisatie verlaten en overstappen naar de concurrentie, waardoor de kwaliteit van zorg ook een bijdrage levert aan het concurrentievoordeel.

De zorg wordt voornamelijk gerealiseerd door de productiefactor ‘arbeid’. De productiefactor arbeid wordt binnen zorginstelling ingevuld door medewerkers die zorg verlenen aan patiënten. Dit betekent dat de kwaliteit van zorg sterk afhangt van de medewerkers die de zorg leveren (kennis en kunde). Naast de kennis en kunde is tevens de hoeveelheid medewerkers voor een bepaalde hoeveelheid zorg alles bepalend voor de werkdruk en hierdoor ook de werksfeer. De sfeer en kwaliteit van de verleende zorg dragen bij aan de beleving en tevredenheid van de klant. Op deze manier is de link gelegd naar de klantwaarde en de voorgaande paragraaf ‘kwaliteit van zorg’. Medewerkers hebben een grote bijdrage in de beleving en ervaringen van de patiënt, aangezien medewerkers zowel de zorg verlenen als de omgevingssfeer van de patiënt bepalen. Dit alles kan vervolgens weer gekoppeld worden aan de klanttevredenheid, het behouden van patiënten binnen de zorgorganisatie en het behouden van stabiele inkomsten. Daarnaast heeft dit tevens indirect effect op het beperken van leegstand, doordat de zorginstelling dezelfde hoeveelheid oppervlakte zal blijven afnemen om haar patiënten te kunnen voorzien van voldoende ruimte. Doordat dit onderdeel indirect in verband staat met het aspect kwaliteit van zorg, heb ik ervoor gekozen om deze KSF tevens in het model op te nemen. Daarnaast staat de klant ‘patiënt’ centraal in de bedrijfsvoering, aangezien zij de bron van inkomsten zijn. Stabiele inkomsten zijn een belangrijke factor in de mate van zekerheid die een hurende zorginstelling geeft in het voldoen aan de huurverplichting naar de institutionele belegger. Het begrip ‘medewerkers’ wordt gedefinieerd als: Mensen die in loondienst werkzaam zijn in de zorg, waarvoor loonbelasting dient te worden afgedragen (inclusief oproepkrachten, maar exclusief stagiaires, uitzendkrachten, zelfstandige specialisten in vrij beroep, consultants, alfa-helpenden, overig ingehuurd medewerkers en vrijwilligers). Tevens geeft Osterwalder (2010), in zijn theorie over businessmodellen, aandacht aan het aspect medewerkers, waarin wordt aangegeven dat de medewerkers afgestemd moeten worden aan de type organisatie en het businessmodel die de organisatie hanteert.

Aan de hand van bovenstaande toelichting zijn de hoofdgebieden als volgt in het toetsingsmodel ingedeeld. In de volgende paragraaf zullen de KPI's worden besproken, die een bijdrage leveren aan de beoordeling van iedere KSF.

Figuur 6.1. De Kwaliteit Succes Factoren van het toetsingsmodel



Bron: Chantal Couzijn, 2014

6.5. Kritische Performance Indicatoren

6.5.1. De Kritische performance indicatoren van Governance & Compliance

De criteria van Governance en Compliance zijn gericht op het procesmatig aspect van de organisatie en dragen ‘achter de schermen’ bij aan de kwaliteit van zorg die door de zorginstelling wordt geleverd. De structuur van de zorginstelling wordt bewaakt door de beslissingsbevoegdheid en strategiebepaling van het besturend orgaan. Waardoor tevens de integriteit van de bestuurders zal worden getoetst.

Figuur 6.2. Governance & Compliance in basismodel

KSF 1: Governance & Compliance
KPI 1.1: Aanwezigheid van Raad van Bestuur/ Directie
KPI 1.2: Aanwezigheid van Toezichthoudend orgaan
KPI 1.3: Governance Code
KPI 1.4: Integriteit van het Governance orgaan
KPI 1.5: Kwaliteitsmanagementsysteem
KPI 1.6: Controleverklaring

Bron: Chantal Couzijn, 2014

> KPI 1.1: De aanwezigheid van Raad van Bestuur/ Directie

In het kader van de transparantie in de zorg wordt steeds meer informatie geboden aan de aanwezigheid van een Raad van Bestuur of directie. Steeds meer zorginstellingen beginnen zich te beseffen dat verantwoord besturen belangrijk is. Een kwalitatief hoogwaardig en betrouwbaar bestuur is een voorwaarde voor een verantwoordelijke en effectieve organisatie. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de strategische beslissingen en de kwaliteit van de zorg. Ik ben van mening dat het belangrijk is dat een bestuur of directie tenminste bestaat uit twee leden. Op deze manier worden besluiten door meerdere verantwoordelijken geanalyseerd, overwogen en besloten.

> KPI 1.2: De aanwezigheid van een toezichthoudend orgaan

Het toezichthoudende orgaan ziet toe op de kwaliteit van de bedrijfsvoering en de beslissingen van het bestuur/ directie. Een toezichthoudend orgaan is naar mijn mening onmisbaar in een zorginstelling.

> KPI 1.3: Governance Code

Ook benchmarkorganisaties vinden transparantie in de zorg een steeds belangrijker onderwerp. Hierdoor hebben deze organisaties (ActiZ, GGZ Nederland, NVZ en VGN) regels opgesteld voor het verantwoord besturen van een zorginstelling. Zorginstelling die lid zijn van de benchmarkorganisaties zijn verplicht de Governance Code na te leven. Echter, heeft deze Code ook een keerzijde, aangezien het mes aan twee kanten snijdt. Enerzijds geeft de Governance Code de institutionele belegger zekerheid dat het bestuur van de zorginstelling verantwoord bestuurt door de regels van de Governance Code na te leven. Anderzijds gaat dit ten koste van de flexibiliteit, innovatie en het onderscheidend vermogen van de zorginstelling. De KPI Governance Code zal dan ook aan de hand van de strategie van de institutionele belegger en haar eigen eisen kunnen worden weggelaten in de toetsing. Er dient dan ook geattendeerd te worden op het feit dat de zorginstellingen die er bewust voor kiezen om de Governance Code niet te hanteren, potentie hebben in de veranderende omgeving. Vanuit de interviews is gebleken dat institutionele beleggers toch nog kijken naar zekere factoren als het hanteren van een Governance Code. Eigenlijk is dit nog afkomstig vanuit de oude structuur, waardoor ik de vooroplopende belegger wil adviseren deze KPI niet in het toetsingsmodel op te nemen. Voor de eerste versie van het toetsingsmodel kies ik ervoor om deze KPI voor dit jaar nog in het model op te nemen, maar volgend jaar uit het model weg te strepen. Dit kan namelijk de toekomstbestendigheid van de zorginstellingen in de weg staan, terwijl de zorgmarkt zich verder blijft ontwikkelen. Hoe kan een bestuur namelijk verantwoordelijkheid nemen voor besluiten en activiteiten op het moment dat zij deze eigenlijk aan anderen moeten overlaten. Daarnaast is het voor een bestuur van een zorginstelling lastig om verantwoordelijkheid te nemen voor haar professionaliteit en creativiteit door de vele richtlijnen waar een zorginstelling zich aan dient te houden.

> KPI 1.4: Integriteit bestuurders

Dit criteria geeft aan hoe integer de bestuurders (en toezichthouders) van de zorginstelling zijn. Het is voor de institutionele belegger van belang om in onderhandeling te gaan met een ethisch verantwoorde partij. De integriteit zal beoordeeld worden aan de hand van onderzoek via publieke websites en registers. Bij twijfel over de integriteit van een bestuurder zal verder onderzoek kunnen worden verricht middels een Customer Due Diligence onderzoek (CDD onderzoek). In een CDD onderzoek worden bestuurders verder nagetrokken op onzuivere zaken of samenwerkingsverbanden. Het CDD onderzoek is gebaseerd op de Wet ter voorkoming van Witwassen en Financiering van Terrorisme.

> KPI 1.5: Kwaliteitsmanagementsysteem

Het kwaliteitsmanagementsysteem geeft inrichting aan processen en beleid intern in een zorginstelling.

> KPI 1.6: Accountantsverklaring

De accountantsverklaring is een verklaring verstrekt door een registeraccountant. De registeraccountant verricht controle over de kwaliteit van de financiële verantwoording. Volgens Hiltermann en Grummels toetst een registeraccountant de jaarrekening en het verslagen aan de hand van het vereiste getrouwe beeld van vermogen en resultaat en de wet- en regelgeving. Bij het afgeven van een goedgekeurde verklaring kan de institutionele belegger ervan uit gaan dat de financiële informatie van voldoende betrouwbaarheid en volledig is. (Hiltermann en Grummels, 2013) Het toetsingsmodel stelt hierin de

hoogst mogelijke eis vast. De zorginstelling dient namelijk te voldoen aan een verklaring van de jaarrekening, jaarverslag of overige en is bij de wet vastgesteld.

6.5.2. Kritische Performance Indicator van 'KSF2: Financiële parameters'

Doordat de openbare informatie van zorginstellingen nog beperkt is, blijven de komende tijd de financiële parameters een belangrijke maatstaf om de kwaliteit van een zorginstelling te kunnen beoordelen. De financiële parameters toetsen de financiële gegoedheid en geven meer inzicht in de toekomstbestendigheid van een zorginstelling. Voor de toetsing van de 'KSF 2: Financiële parameters' wordt gebruik gemaakt van de ratio's: solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit. Naar mijn mening zijn genoemde kengetallen, de hoofdkengetallen waar een institutionele belegger inzicht in moet krijgen om een inschatting te kunnen maken van de financiële kwaliteit van een zorginstelling.

Figuur 6.4. Financiële parameters in basismodel

KSF 2: Financiële parameters
KPI 2.1: Solvabiliteit
KPI 2.2: Liquiditeit
KPI 2.3: Operationele winstmarge

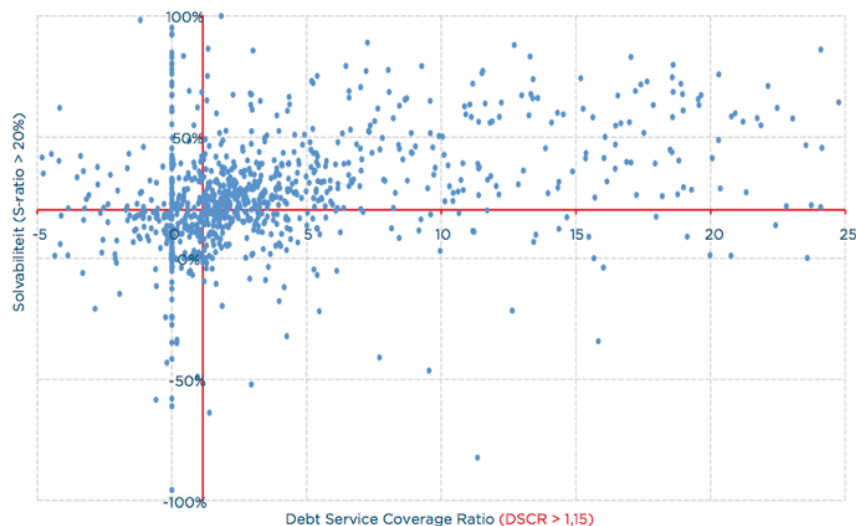
Bron: Chantal Couzijn, 2014

Met de solvabiliteit kijkt de institutionele belegger naar de verhouding tussen het eigen vermogen en het vreemd vermogen. De solvabiliteit geeft meer inzicht in de financierbaarheid op de langere termijn. Het risico van de financiële gegoedheid van een zorginstelling is namelijk verhoogd wanneer het vreemd vermogen hoger ligt dan het eigen vermogen. Syntrus Achmea R&F geeft aan dat wanneer een S-ratio hoger ligt dan 20%, er sprake is van een voldoende solvabiliteit. E&Y geeft aan dezelfde solvabiliteitscore te hanteren. Door bovenstaand informatie is er in de scorebepaling uitgegaan van de laagste score, indien een zorginstelling onder deze norm presteert. Hoe hoger de solvabiliteitscore, des te hoger de score die kan worden behaald.

De liquiditeit van een zorginstelling geeft meer inzicht in de mate waaraan de onderneming kan voldoen aan de betalingsverplichtingen. De Baaij geeft aan dat er grote verschillen zichtbaar zijn in de leencapaciteit van de individuele zorginstellingen onderling. Figuur 6.3. 'Solvabiliteit en liquiditeit' is een kwadrant ontwikkelt door Syntrus Achmea R&F, die informatie geeft over de mate waarin een zorginstelling daadwerkelijk kan voldoen aan haar financieringsverplichting op zowel korte als lange termijn. Zorginstellingen die een voldoende score scoren voor de solvabiliteit en de liquiditeit bevinden zich in de rechter kwadrant van de grafiek. De zorginstellingen die voor beide KPI's een onvoldoende score behalen staan weergegeven in het kwadrant linksonder. Het kwadrant linksonder geeft aan dat het businessmodel van de zorginstelling onvoldoende scoort en niet aan beide verplichtingen kan voldoen. Indien de solvabiliteit voldoende is en de liquiditeit onvoldoende, het kwadrant linksboven, betekent dit dat de zorginstelling haar liquiditeit kan verhogen door haar solvabiliteit ligt te laten stijgen. De zorginstelling kan op deze manier op termijn weer voldoen aan haar korte termijn verplichtingen. Wanneer een zorginstelling in het kwadrant linksonder wordt gepositioneerd houdt in dat de zorginstellingen onvoldoende solvabel is, maar een positieve liquiditeit geniet.

Opvallend is dat verschillende zorgsectoren in de Care een vergelijkend beeld geven in het gemiddelde resultaat van solvabiliteit en liquiditeit. De grafiek geeft een indruk in welke mate een zorginstelling presteert ten opzichte van de concurrentie. In de afgelopen jaren is een stijgende trend zichtbaar in de algemene financiële gegoedheid van de zorginstellingen. Binnen de zorgsectoren zijn nog wel individuele verschillen te vinden in hoeverre de zorginstellingen er financieel voorstaan. Ook zijn er nog financiële ontwikkelingen gaande tijdens dit proces van privatisering van zorg, waardoor in de komende jaren op financieel gebied nog vele veranderingen kunnen plaatsvinden. Ondanks dat in het algemene beeld de zorginstellingen een voldoende financiële conditie vertonen, dient de institutionele belegger dit te frequent te blijven toetsen doordat naar verwachting nog vele veranderingen kunnen plaatsvinden aan de hand van ingevoerde stelselwijzigingen. De toetsing biedt informatie over de toekomstbestendigheid van een zorginstelling en de werking van haar huidige businessmodel. Bijvoorbeeld de financieringsverschuiving van zorgzwaartepakket 1 tot 4 naar de zwaardere zorgzwaartepakket, weergegeven in het hoofdstuk 'Omgevingsanalyse'.

Figuur 6.3. Solvabiliteit en liquiditeit



Bron: Chantal Couzijn

De rentabiliteit van een zorginstelling, uitgedrukt in winstmarge, is in het toetsingsmodel verwerkt doordat een bedrijf die alsmaar verlies draait, in de loop der tijd onvoldoende toekomstbestendig zal zijn.

Vanuit deskundige kennis is gebleken dat het percentage aan overhead kosten van de bedrijfsvoering van een zorginstelling, ook een interessant gegeven is, welke ik graag terug zal zien in een nieuwe versie van het toetsingsmodel. Het percentage overhead geeft inzicht in de efficiëntie van de organisatie. De overhead kosten zijn de kosten die gericht zijn op het bieden van sturing en ondersteuning. Onder de overhead kosten vallen kosten van het hoofdkantoor, directie, ICT- systemen en al dat soort zaken. Naar verwachting hebben grotere zorginstelling een veel hoger percentage aan overhead kosten dan een kleinere zorginstelling. Een deel van de kosten is altijd direct toe te rekenen aan de handen aan het bed. Er is vaak een groot verschil tussen indirecte kosten van een grote en kleine zorgondernemingen. De grote zorgonderneming maakt vaak zo ongeveer 15, 20, 25% overhead op de directe kosten en de kleinere partijen doen dat met 5 à 10% en maken dus ook gewoon ongeveer 10% meer marge.

6.5.3. De Kritische performance indicatoren van Strategie

De geselecteerde Kritische Performance Indicatoren van 'Strategie' zijn herleid vanuit de theorieën Osterwalder (2010) en Kemperman (2014). In de theorie van Kemperman wordt aangegeven dat de strategie het fundament is van het businessmodel. In beide theorieën wordt aangegeven dat een strategie inzicht geeft in de doelgroep, welke klantbehoefte de zorginstelling wilt vervullen en de huidige positie van de zorginstelling en haar concurrentie.

De daadwerkelijke invulling van bovenstaande onderwerpen is gebaseerd op de theorie van Veldman (2009) en komen overeen met de clusters 'Ambitietest', 'Positietest' en 'Configuratie-test'. De acht sleutelconcepten, eerder genoemd in het hoofdstuk 'Strategie', worden door Veldman gegroepeerd tot deze clusters. Vanuit de clusters komen voornamelijk de sleutelconcepten Direction, Scope, Environment en Competitive Advantage naar voren. Naar mijn mening verschaffen deze sleutelconcepten de belangrijkste informatie voor de institutionele belegger. De sleutelconcepten zijn in het toetsingsmodel verwerkt in een aantal vragen, die uiteindelijk de beoordeling van de strategie vormen. Na beantwoording van de beoordelvingsvragen dient de institutionele belegger een inschatting te kunnen maken in de toekomstbestendigheid van een zorginstelling. Indien een zorginstelling nog niets schrijft over de onderstaande onderdelen dan kan de financiële gezondheid van een zorginstelling nog zo goed zijn, toch is het dan niet verstandig om met deze partij een samenwerking aan te gaan, tenzij de institutionele belegger aanbiedt te ondersteunen in dit traject.

Figuur 6.4. Strategie in basismodel

KSF 3: Strategie
KPI 3.1. Direction
KPI 3.2. Scope
KPI 3.3. Environment
KPI 3.4. Competitive advantage

Bron: Chantal Couzijn, 2014

De strategische ambitie van een zorginstelling kan worden nagegaan aan de hand van de richting, strategische doelstellingen en het aangeven van de gewenste toekomstige positie. De strategische ambitie geeft inzicht in hoe de zorginstelling inspeelt op marktontwikkelingen. Het sleutelconcept 'Direction' heeft hierop betrekking en geeft naast de huidige positie, meer inzicht in de gewenste positie van de zorginstelling en hoe zij deze gewenste positie van plan is te behalen. De strategische ambitie van een zorginstelling is voor de institutionele belegger van belang, doordat dit een beter beeld geeft in de huidige manier van 'bedrijfsvoering' en de toekomstbestendigheid van de zorginstelling. Dit inzicht zal voor een eerste beeldvorming gesteld worden met de volgende toetsingsvraag: Geeft de zorginstelling inzicht in de huidige positie in het markt en inzicht over de gewenste positie (middels een positieanalyse)?

Daarnaast is ook de strategische positie van de zorginstelling van belang, die getoetst kan worden aan de hand van een omgevingsanalyse, afstemming van de doelgroep en het concurrentievoordeel. Het is voor een institutionele belegger van belang te weten in hoeverre een zorginstelling op de hoogte is van haar omgeving. In de omgevingsanalyse dient een omschrijving te worden gegeven van de nieuwe marktsituatie, verwachte marktontwikkelingen en regelgevingen. Een succesvolle zorginstelling heeft een duidelijk beeld van de omgeving waarin zij acteert. Dit inzicht maakt het mogelijk een haalbare en realistische strategie te handhaven. Met de strategie kan op een effectieve wijze op de zorgmarkt en kansen worden ingespeeld. Daarnaast zal toekomstbestendigheid van een zorginstelling gemakkelijker

worden gewaarborgd. De ‘Environment’ zal in het toetsingsmodel worden getoetst met de volgende vraag: Geeft de zorginstelling een omschrijving van de omgeving en ontwikkelingen (middels een omgevingsanalyse)?

Het bepalen van de markt, dan wel scope, is een van de meest belangrijke sleutelconcepten. De zorginstelling dient duidelijk voor ogen te hebben wie de doelgroep is (en wie niet) en in welke klantbehoefte de zorginstelling wil voorzien (en hoe de zorginstelling deze wil gebruiken). Het formuleren van de scope maakt het voor een institutionele belegger en zorginstelling zelf, inzichtelijk welk marktsegment zij bediend en op welke klantbehoefte de zorginstelling inspeelt.

Voor een succesvolle bedrijfsvoering is een duurzaam concurrentievoordeel van belang, ook wel ‘Competitive Advantage’. Dit is het voordeel dat een zorginstelling heeft en voor langere tijd kan behouden ten opzichte van haar concurrenten. De competitive advantage is niet hetzelfde als een normaal concurrentievoordeel, doordat het concurrentievoordeel vaak tijdelijk van aard is. De competitive advantage is een sterk toekomstbestendig karakter. De zorginstelling geeft aan wie concurrenten zijn (middels een concurrentieanalyse), wat de competitive advantage van de instelling is ten opzichte van de concurrentie en hoe de zorginstelling deze wil behouden (Veldman, 2009).

Het zal naar verwachting niet gemakkelijk zijn om antwoord te kunnen geven op de bovengenoemde vragen. Dit komt doordat zorginstellingen nog beperkte informatie publiceren over de strategie die zij hanteren. Als er informatie wordt vrijgegeven zal deze naar verwachting alsnog summier zijn. Informatie betreft het strategie is te vinden in het jaarverslag. Door de beperkte hoeveelheid strategische informatie zal het moeilijk zijn om de strategie te beoordelen. Om deze reden geeft ik de ‘KSF: Strategie’ een lagere weging, dan deze eigenlijk verdient. Mijn advies zal zijn om de weging van de ‘KSF Strategie’ te verhogen, wanneer in de komende jaren meer informatie zal worden gepubliceerd omtrent de strategie. De beperkte beschikbare informatie is naar mijn mening te verklaren aan de vele veranderingen in de markt. De zorgmarkt vraagt pas sinds enige tijd om meer bedrijfskundige informatie en een andere insteek van de bedrijfsvoering van een zorginstelling. Eigenlijk kan worden gezegd dat de zorginstellingen nog geen ‘echte’ bedrijven zijn, maar bedrijven die nog in ‘ontwikkeling’ zijn. Naar mijn mening kan de opkomst van de zorgmarkt vergeleken worden met de opkomst van het bedrijfsleven vele jaren geleden. Naar verwachting zal over een aantal jaren de ‘KSF Strategie’ een grote meerwaarde kunnen leveren aan het toetsingsmodel om een inschatting te kunnen maken over de toekomstbestendigheid van een zorginstelling.

6.5.4. De Kritische performance indicatoren van Kwaliteit van zorg

De kwaliteit van zorg zal in dit toetsingsmodel worden beoordeeld op de inhoudelijke kwaliteit van de verleende zorg en de tevredenheid van de klant. Het toetsen van de kwaliteit van het product dat aan de klant wordt geleverd, zal worden verricht aan de hand van een klanttevredenheid, zorginhoudelijke indicatoren en transparantiescore.

Figuur 6.6. Kwaliteit van zorg in basismodel

KSF 4: Kwaliteit van zorg
KPI 4.1. Klanttevredenheid
KPI 4.2. Zorginhoudelijke indicatoren
KPI 4.3. Transparantiescore

Bron: Chantal Couzijn, 2014

Het klanttevredenheidsonderzoek en de zorginhoudelijke indicatoren zijn ontstaan in 2004 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar aanleiding van verschillende kritieken en ongevallen in de zorgverlening. In 2012 werd een nieuw kwaliteitskader ingevoerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het nieuwe kwaliteitskader is gericht op de kwaliteit van leven, zorginstelling, medewerkers, inhoudelijke kwaliteit van zorg en veiligheid.

Het klanttevredenheidsonderzoek en de zorginhoudelijke indicatoren zijn kwalitatieve toetsingen. De resultaten van beide toetsingen worden door geaccrediteerde meetbureaus aangepast en gelijkgesteld aan de categorie van de doelgroep. De resultaten worden door het Zorginstituut Nederland gepresenteerd in databases. Men mag deze resultaten beschouwen als betrouwbaar, doordat deze door objectieve partijen worden verstrekt.

> KPI 4.1: Klanttevredenheid

Het klanttevredenheidsonderzoek, ofwel Consumer Quality Index (CQI), behoort tot de quick scan omdat deze inzicht geven in de tevredenheid van de zorgvrager over de verleende zorg. De CQI is een gestandaardiseerde methodiek om klantervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren. In de vragenlijst wordt de zorgvrager gevraagd wat voor hen belangrijk is op het gebied van zorg, zorgverlening en de feitelijke ervaringen. Zorgorganisaties krijgen met de CQI de mogelijkheid om het zorgproces bij te sturen op basis van de resultaten van de klantervaringen. Uiteraard kan dit door derden gebruikt worden als externe audit, als een graadmeter van de tevredenheid en ervaringen van de klanten van de zorginstelling, zoals in dit toetsingsmodel het geval is. De CQI is opgesteld door de NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC. Opdrachtgevers waren Agis, de Stichting Miletus en ZonMw. (Zorginstituut Nederland, 2014).

De resultaten van de CQI-metingen worden weergegeven in de openbare databases van het kwaliteitsinstituut van Zorginstituut Nederland, welke worden onderverdeeld per indicator, per zorginstelling. Het aantal sterren geeft de mate van tevredenheid over een individuele zorginstelling aan ten opzichte van het landelijk gemiddelde van Nederland. Hierin is een maximale score te behalen van vijf sterren, indien de zorginstelling bovengemiddeld presteert. Er wordt één ster toegekend, indien de kwaliteit van de zorg als onvoldoende werd ervaren. Doordat wordt uitgegaan van het landelijk gemiddelde is er tevens een concurrentiefactor in de resultaten verwerkt. Indien een zorginstelling namelijk hoger scoort dan het landelijk gemiddelde, betekent dit dat de zorginstelling relatief beter presteert dan haar concurrenten. Doordat de kwaliteit van het product en de positie ten opzichte van de concurrentie kan worden afgelezen van deze KPI, maakt dit een bruikbaar toetsingsonderdeel voor de institutionele belegger. In afbeeldingen 6.1 en 6.2 worden een weergave gegeven van de klanttevredenheidsindicatoren en de zorginhoudelijke indicatoren.

> KPI 1.2: Zorginhoudelijke indicatoren

De kwaliteit van zorg is voor een institutionele belegger belangrijk omdat de continuïteit van inkomsten van de zorginstelling gedeeltelijk afhankelijk is van de klantervaringen. Een tevreden klant blijft namelijk minder snel een zorginstelling verlaten dan een ontevreden klant. De klanttevredenheid geeft eigenlijk inzicht over de kwaliteit van zorg in het verleden weer, omdat de ervaringen van zorgvragers altijd achteraf worden gemeten. De zorginhoudelijke indicatoren geven echter meer inzicht in het hier en nu en een minimaal inzicht in de 'toekomstige klanttevredenheid'. Hierdoor is de kwaliteit van de inhoudelijke zorg tevens een belangrijke indicator voor de institutionele belegger om een oordeel over te vellen. Overheidsinstanties zijn verantwoordelijk voor de transparantie van de zorg. De transparantie in de kwaliteit van zorg wordt getoetst aan de hand van zorginhoudelijke indicatoren. De zorginhoudelijke indicatoren dienen te voldoen aan verschillende criteria, welke door een team van medisch inhoudelijke, wetenschappelijke en zorginhoudelijke experts worden beoordeeld. De resultaten van de

zorginhoudelijke indicatoren worden gepresenteerd in de openbare databases van het ministerie van VWS. Doordat de resultaten van de zorginhoudelijke indicatoren niet worden berekend ten opzichte van het landelijk gemiddelde in Nederland, maar worden weergegeven in individuele percentages is er gedurende dit onderzoek een score aan de resultaten toegekend. Voor het bepalen van de scorecategorieën is eerst het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend over de landelijke informatiegegevens van de zorginstellingen in Nederland. Per categorie is gerekend met een afwijking van een halve standaarddeviatie van het gemiddelde. Bij de categoriebepaling is gerekend met een halve standaarddeviatie om de breedte van de categorieën te beperken, aangezien de kwaliteitsverschillen in zorg in de zorginstellingen van Nederland zeer gering zijn.

Tabel 6.1. CQI indicatoren

1.1. Ervaren met maaltijden
2.1. Omgang met elkaar
2.2. Gastvrijheid: ervaringen met schoonmaken
2.3. Gastvrijheid: ervaringen met inrichting
2.4. Gastvrijheid: ervaren privacy
3.1. Zinnige dag
4.3. Respect voor mensen: ervaren bejegening
4.5. Effecten van zorg op iemands leven: Ervaren met (lichamelijke) verzorging
5.1. Ervaren beschikbaarheid personeel
5.4. Ervaren kwaliteit personeel
6.1. Ervaren inspraak
6.2. Ervaren informatie
7.5. Ervaren veiligheid

Bron: Openbare databestand VVT jaarverslag 2013

Tabel 6.2. Zorginhoudelijke indicatoren

4.1. Leven in vrijheid: Vrijheid beperkende maatregelen - prevalentie
4.2. Leven in vrijheid: Antipsychotica
4.4. Effect op iemands leven: Depressieve symptomen
5.2. Beschikbaarheid verpleegkundige
5.3. Beschikbaarheid arts
7.1.a. Risicosignalering zorgproblemen - Uitvoering
7.1.b. Risicosignalering zorgproblemen - Opvolging
7.2. Valincidenten
7.3. Medicijnincidenten
7.4. Probleemgedrag

Bron: Openbare databestand VVT jaarverslag 2013

> KPI 1.3: Transparantiescore

De transparantiescore is geeft aan in welke mate de zorginstelling voldoet in het aanleveren van de klanttevredenheidsresultaten en de zorginhoudelijke resultaten. Het landelijk gemiddelde kent een kwalitatief hoge transparantiescore van 97%.

6.5.5. De Kritische performance indicatoren van Medewerkers

In principe is het verloop en ziekteverzuim een resultante van de medewerkerstevredenheid en het scholingsbeleid. Op het moment dat je geen scholingsbeleid hebt en onvoldoende medewerkerstevredenheid heb je een hoog verloop en waarschijnlijk ook een hoog ziekteverzuim. Dit geeft aan dat de variabelen onderling een hoge correlatie kennen. Doordat er meer gegevens bestaan betreft het ziekteverzuim en de uitstroom van medewerkers, zullen deze twee variabelen de beoordeling vormen van de Kwaliteit Succes Factor ‘Medewerkers’.

> Ziekteverzuim

De medewerkerstevredenheid, werksfeer voor medewerkers en de sfeer van zorgvragers wordt onder andere beïnvloed door de werkdruk binnen een zorginstelling. In de wettelijk verplichte bijlagen Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording dienen de zorginstellingen het

ziekteverzuimpercentage aan te leveren. Het verzuimpercentage over de FTE's wordt berekend door het totaal aantal ziekte dagen in een verslagjaar te delen door het totaal aantal dienstverbanddagen in een verslagjaar en het resultaat te vermenigvuldigen met honderd procent (DigiMV, 2014). Voor de scorebepaling van het ziekteverzuim in het toetsingsmodel is voor de minimale score uitgegaan van het landelijk gemiddelde verzuimcijfer per zorgsector en heeft een minimale score van 1. Hoe lager het ziekteverzuim, hoe hoger de score die de zorginstelling krijgt toegedeeld.

> Medewerkers uitstroom

de uitstroom van personeel in loondienst van het totale concern in een verslagjaar is gelijk aan het aantal medewerkers die de zorginstelling hebben verlaten in datzelfde verslagjaar. (DigiMV, 2014) De uitstroom van medewerkers heeft impact op de continuïteit van zorgverlening en kan indirect betrekking hebben op de mate van tevredenheid van medewerkers. Een hoge uitstroom kan leiden tot een verminderde continuïteit in het verlenen van zorg, dat mogelijk invloed kan hebben op de klantbelevingen. Denk hierbij aan het feit dat patiënten keer op keer verzorgd worden door nieuwe zorgverleners. Dit kan leiden tot een mindere mate van gevoel van veiligheid, wat de klanttevredenheid negatief kan beïnvloeden. Wanneer een zorginstelling de klanttevredenheid van de zorgvrager blijft behartigen, zullen zorgvragers minder snel de zorginstelling verlaten en zal er continuïteit blijven bestaan in het genereren van inkomsten. De institutionele belegger behoudt hierdoor meer 'zekerheid' in het ontvangen van de huurverplichting die de hurende zorginstelling. (Leijten, 2009; Hiltermann en Grummels, 2013). Bij de scorebepaling is uitgegaan van de gemiddelde verzuimscore gepresenteerd door Finance Ideas. Dit is grofweg een aanname, doordat niet staat weergegeven waar de data precies van afkomstig zijn. Hierdoor adviseer ik een slag om de arm te houden bij de betrouwbaarheid van dit gegeven. Finance Ideas staat bekend als in een betrouwbare partij (Zorgrating, 2014)

Een ander interessant gegeven is het medewerkers tevredenheidsonderzoek. In de openbare databases van het Zorginstituut Nederland wordt informatie geleverd over welke zorginstellingen een medewerkers tevredenheidsonderzoek afnemen en met welke frequentie. Daaruit blijkt dat slechts één zorginstelling van de gehele database geen medewerkers tevredenheidsonderzoek afneemt. Het feit dat dit slechts maar één zorginstelling betreft maakt dit oninteressant om te toetsen, doordat deze KPI weinig discriminerend zal zijn. Doordat verder geen gemiddelde score over de gemiddelde medewerkerstevredenheid per instelling wordt gepubliceerd en er niet wordt weergegeven wat de zorginstelling daadwerkelijk verbetert aan de hand van de resultaten uit het onderzoek, kan geconcludeerd worden dat over dit onderdeel nog te weinig informatie wordt gegeven om daadwerkelijk in de toetsing op te nemen.

Figuur 6.7. Medewerkers in basismodel

KSF 5: Medewerkers

KPI 5.1. Ziekteverzuim

KPI 5.2. Uitstroom van medewerkers

Bron: Chantal Couzijn, 2014

Conclusies en kritische reflectie

Het toetsingsmodel maakt het mogelijk om de kwaliteit van de zorginstelling te toetsen aan de hand van geselecteerde Kwaliteit Succes Factoren en methoden, genaamd Kritische Performance Indicatoren. Dit hoofdstuk kan een antwoord geven op de laatste deelvraag: Op welke variabelen moet een businessmodel van een zorginstelling getoetst worden vanuit het perspectief van de belegger? Het

antwoord is dat het toetsingsmodel de variabelen dient te toetsen die, zowel direct als indirect, in verband staan met het genereren van stabiele inkomsten en het risico op leegstand beperken. De variabelen die direct invloed hebben op de eisen van de belegger zijn de variabelen uit de bedrijfsvoering en de klanttevredenheid. Aangezien geldt dat zonder klanten geen bedrijfsinkomsten binnenkomen, waardoor door de zorginstelling niet zal kunnen worden voldaan aan de huurverplichting aan de institutionele belegger. Tevens geven indirecte variabelen als Governance en Compliance informatie over de betrouwbaarheid van de gegevens. De variabelen dragen een belangrijke rol in het aantonen van de betrouwbaarheid en integriteit van de bedrijfsvoering en het Governance orgaan. Naar mijn mening zal het toetsingsmodel nog vele veranderingen moeten ondergaan naar mate de tijd vordert en kan dit model slechts dienen als een 'door ontwikkel' model ter ondersteuning van de beoordeling van een zorginstelling. Daarbij wil ik aangeven dat dit model naar alle waarschijnlijkheid niet juist zal kunnen worden getoetst bij alle zorginstellingen, doordat sommige zorginstellingen wellicht minder solide en stabiel zijn dan andere zorginstellingen. De stabiele zorginstellingen hebben in dit model naar verwachting een natuurlijk bias. Ik wil adviseren in de toekomst het model meer te richten op de kwalitatieve aspecten van het onderzoek als strategie en concurrentie, zodat meerdere zorginstellingen objectief in hetzelfde model kunnen worden getoetst. Daarnaast is, in verband met de kwaliteitstoetsing van de inhoudelijke zorg, dit toetsingsmodel niet van toepassing op alle zorgsectoren, maar voornamelijk op de VVT. In het volgende hoofdstuk zal het model worden getoetst aan de hand van vijf casussen.

Het toetsingsmodel met alle Kwaliteit Succes Factoren en Kritische Performance Indicatoren staat hieronder weergegeven.

Figuur 6.8. Toetsingsmodel

STAP 1.		STAP 2.				STAP 3.		
KSF1: CHECKLIST GOVERNANCE & COMPLIANCE		KSF 2: FINANCIEEL				BEOORDELING BUSINESSMODEL		
KPI	Score	KPI	Score	Weging	Gew. Score	Totaal wegen KSF	91%	
C.1: Aanwezigheid Raad van Bestuur (Minimaal 3 bestuursleden met voorzitter)	V	KPI 2.1: Solvabiliteit	3	20%	0,6	BEOORDELING ZORGINSTELLING	2,8	Geen verhoogd risico
C.2: Aanwezigheid Toezichhoudend orgaan (Minimaal 3 RvT leden met voorzitter)	V	KPI 2.2: Liquiditeit	5	20%	1,0			
C.3: Integriteit Governanceorgaan	V	KPI 2.3: Rentabiliteit	1	5%	0,05			
C.4: Kwaliteitsmanagementsysteem	V	Gewogen gemiddelde score KSF 2:						
C.6: Controleverklaring accountant (Verklaring betreffende de jaarrekening, jaarverslag en overige bij of krachtens de wet gestelde eisen)	V	KSF 3: STRATEGIE						
*C.7: Governance Code (Verklaring betreffende de jaarrekening, jaarverslag en overige bij of krachtens de wet gestelde eisen)	V	KPI	Score	Weging	Gew. Score			
Volgende/ onvoldoende	Volgende	KPI 3.1: Direction	3,0	4%	0,1			
		KPI 3.2: Scope	2,3	4%	0,1			
		KPI 3.4: Environment	3,0	4%	0,1			
		KPI 3.5: Competitive advantage	3,0	4%	0,1			
		Gewogen gemiddelde score KSF 3:						
		KSF 4: KWALITEIT VAN ZORG						
		KPI	Score	Weging	Gew. Score			
		KPI 4.1: Customer Quality-index (klanttevredenheid)	2,7	10%	0,3			
		KPI 4.2: Zorginhoudelijke indicatoren	3,4	5%	0,2			
		KPI 4.3: Transparantiescore	4	5%	0,2			
		Gewogen gemiddelde score KSF 4:						
		KSF 5: MEDEWERKERS						
		KPI	Score	Weging	Gew. Score			
		KPI 5.1: Ziekteverzuimpercentage (ZVP)	1	10%	0,1			
		KPI 5.2: Verloop in medewerkers	0	0%	0,0			
		Gewogen gemiddelde score KSF 5:						

Bron: Chantal Couzijn, 2014

7. ILLUSTRATIEVE CASUSSEN

Om het toetsingsmodel te kunnen controleren, is gebruik gemaakt van een selectie van een viertal huurders. De huurders betreffen zorginstellingen die al opgenomen zijn in de portefeuille van institutionele beleggers. Onderstaand wordt een korte omschrijving gegeven van de betreffende zorginstelling en haar toetsingsresultaten. Met dit hoofdstuk zal meer informatie kunnen worden gegeven omtrent de daadwerkelijk werking van het toetsingsmodel.

7.1 Huurder A

Omschrijving van de zorginstelling: Huurder A is ontstaan uit de fusie van huurder A1 en huurder A2. De dienstverlening bestaat uit een woonomgeving, verzorgende- en verpleegkundige zorg en overige zorgdiensten in Amsterdam en omstreken. Het is één van de grootste regionale zorgverleners uit de omgeving. De huurder bestaat uit verschillende woonzorgcentra en een aantal woongroep complexen. Huurder A heeft een Raad van Bestuur van drie leden, de Raad van Toezicht van zeven leden en 3200 FTE's. De huurder heeft in 2011 met een aantal zorginstellingen onder verscherpt toezicht gestaan van de IGZ, waar ook de media van op de hoogte was. De benodigde aanpassingen zijn goedgekeurd en het verhoogde toezicht is opgeheven. Het bestuur is voor een grotendeels opnieuw aangesteld, in opdracht van IGZ. Inmiddels is volgens de IGZ het management van de Huurder A van voldoende kwaliteit. Huurder A een eigen vermogen EUR 30.900.000, een totaal vermogen van EUR 131.500.000 en een negatief resultaat van EUR -3.700.000.

Toetsingsresultaten: Governance & Compliance (G&C): Huurder A voldoet aan alle eisen gesteld door de institutionele belegger. De huurder heeft geen verhoogd risico.

Financiële parameters: Uit de financiële resultaten is gebleken dat huurder A over een tweejarig termijn een positieve solvabiliteit van +25 en een positieve liquiditeit van +0,28 te hebben. Dit houdt in dat de zorginstelling zowel solvabel als liquide is en dus kan voldoen aan haar korte en lange termijn verplichtingen. Daarnaast is de rentabiliteit van de huurder laag gewaardeerd.

Strategie: De strategie van huurder A scoort gemiddeld, dat inhoudt dat huurder A voor de marktomstandigheden hoog gewaardeerd kan worden.

Kwaliteit van zorg: Betreft de kwaliteit van de zorg scoort huurder A op het inhoudelijke aspect hoger dan op de klanttevredenheid. Aangezien het de klanttevredenheid een gegeven is dat effect heeft op latere prestaties, kan inhouden dat de zorginstelling zich het afgelopen jaar aanzienlijk is verbeterd, waardoor zich een flinke stijging in de kwaliteit van zorg heeft voorgedaan of de klant de zorgverlening als minder prettig ervaart.

Medewerkers: Betreft het ziekteverzuim en de verloop van medewerkers scoort de zorginstelling hoog. Er kan geconcludeerd worden dat de verhoogde ziekteverzuim en verloop een negatieve invloed kunnen hebben op de klanttevredenheid.

Beoordeling: Huurder A behaalt een gemiddelde score van 3,7, zonder verhoogd risico.

7.2 Huurder B

Omschrijving van de zorginstelling: Huurder B is actief in de regio Rotterdam en omstreken. De huurder is actief op het gebied van van het verlenen van ouderenzorg(huisvesting) en maatschappelijke dienstverlening. De organisatie bestaat sinds 1959 en heeft ruim 1951 FTE's en een groot aantal vrijwilligers. Huurder B bezit/exploiteert op dit moment 39 woonlocaties (inclusief complexen in aanbouw) met levensloopbestendige woningen en intramurale zorgvoorzieningen. Daarnaast heeft huurder B een eigen vermogen EUR 19.000.000 en een totaal vermogen van EUR 137.500.000. Huurder B heeft een resultaat van EUR 2.000.000.

Toetsingsresultaten: Governance & Compliance (G&C): Huurder B heeft een predicaat verhoogd risico. Huurder B scoort een onvoldoende G&C, doordat zij haar onderneming aanstuurt met slechts een bestuurder. Echter, er is wel een Toezichthoudend orgaan aanwezig, dat inhoud dat de beslissingen niet opgezien zullen worden genomen.

Financiële parameters: Betreft de financiële parameters scoort huurder B een maximaal resultaat, waardoor zij naar verwachting een goede toekomstbestendigheid behaalt. Echter, er dient wel rekening gehouden te worden met het feit dat de zorginstelling wellicht een deel van haar gelden met de lichtere zorgzwaarte verdiend, welke flink op de schop gaan. Dit houdt daardoor dient de zorginstelling frequent te beoordelen of haar financieel niet in de loop der tijd zal verslechteren.

Strategie: Huurder B geeft in haar jaarverslagen verschillende informatie over de richting die de zorginstelling op wilt. Daarnaast heeft de zorginstelling duidelijk haar doelgroep voor ogen. Echter de zorginstelling dient meer inzicht te vertonen in de omgeving en haar competitive advantage om in de toekomst tevens haar werkzaamheden op peil te kunnen houden of te verbeteren.

Kwaliteit van zorg: De kwaliteit van zorg scoort bovengemiddeld.

Medewerkers: De uitstroom van de zorginstelling is positief, vanuit de cijfers blijkt dat weinig werknemers de instelling verlaten. Het ziekteverzuim scoort echter een onvoldoende. Ondanks het ziekteverzuim, blijft de kwaliteit van zorg bovengemiddeld en gecombineerd met haar financiële gegoedheid is deze zorginstelling een stabiele huurder.

Toetsingsresultaten: Huurder B scoort een 3,5 met een verhoogd C&G risico.

7.3 Huurder C

Omschrijving van de zorginstelling: Huurder C is een regionale zorgaanbieder, die zich richt op de ouderen(dementerende) en de verstandelijk beperkte zorgvragers voor zowel korte- als langdurige verpleging, verzorging, begeleiding en/of ondersteuning. Huurder C is opgericht in 2004 middels een fusie van een achttal zorgorganisaties gelegen in Amsterdam en omstreken. De organisatie heeft een Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht. De meest recente fusie tussen Huurder C en een Thuiszorgorganisatie gevestigd in Amsterdam heeft plaatsgevonden in 2011. Daarnaast heeft Huurder C een eigen vermogen EUR 55.500.000, een totaal vermogen van EUR 358.000.000 en heeft een resultaat van EUR 2.500.000. Een marktrapport van Organisatie Q beoordeelt huurder C als een zorginstelling met goede betalingservaringen, waarin het overschrijven van de betalingstermijn niet is voorgekomen.

Toetsingsresultaten:

Governance & Compliance (G&C): Huurder C heeft een predicaat verhoogd risico en voldoet hierin niet aan alle accountantsverklaringen.

Financiële parameters: Betreft de financiële parameters scoort de zorginstelling bovengemiddeld. De liquiditeit van de onderneming is hierin beter vertegenwoordigd dan de solvabiliteit. Voor de zekerheid kan deze combinatie nader nog eens getoetst worden voor de toekomstbestendigheid. Over het algemeen scoort de huurder betreft de financiële gegoedheid een ruim voldoende.

Strategie: De huurder weet waar haar kwaliteiten liggen en scoort hierin dan ook een score van 5. De rest van de strategie is gemiddeld beoordeeld. Met deze hoge competitive advantage en het optimaliseren van de overige strategische variabelen heeft deze huurder een sterk businessmodel.

Kwaliteit van zorg: De kwaliteit van zorg scoort bovengemiddeld.

Medewerkers: Voor de medewerkers scoort de instelling een 3, een gemiddelde score.

Beoordeling: Huurder C behaalt een gemiddelde score van 3,37 met een verhoogd risico.

7.4 Huurder D

Omschrijving van de zorginstelling: Huurder D biedt verpleging, verzorging, kraamzorg en thuiszorg in de Brabantse stedenrij. Daarnaast biedt de Stichting van Huurder D ook ziekenhuiszorg aan. Huurder D verleend zorg aan zowel jongere als oudere zorgvragers. Huurder D heeft twee leden in de

Raad van Bestuur, zes leden in de raad van Commissarissen en 1376 FTE's. Het zorgcentra van Huurder D kent een positief resultaat van EUR 198.000. Huurder D geeft aan dat het lastiger wordt om de lege plaatsen opnieuw te bezetten en is gestart met een kleinschalig wonen project. Daarnaast heeft huurder D een eigen vermogen EUR 13.000.000 en een totaal vermogen van EUR 36.500.000.

Toetsingsresultaten: Governance & Compliance (G&C): Huurder D voldoet aan alle gestelde eisen.

Financiële parameters: Financieel staat de zorginstelling er belovend voor. Bijna alle kengetallen scoren een maximale beoordeling. De liquiditeit ligt hierin iets hoger, waardoor zij nu aan al haar betalingsverplichting op de korte termijn kan voldoen. Ook voor de lange termijn scoort de zorginstelling nog een ruim voldoende. Daarnaast is de zorgcategorie ook nog eens gunstig betreft de financiën waardoor de zorginstelling naar mijn verwachting in de toekomst goed zal blijven presteren.

Strategie: Een goed georiënteerde en realistische structuur. De zorginstelling heeft een duidelijk beeld voor ogen en geeft in haar jaarverslag aan hoe zij deze strategie daadwerkelijk zal gaan realiseren.

Kwaliteit van zorg: De kwaliteit van zorg scoort bovengemiddeld, tevens het hoogste van alle huurders.

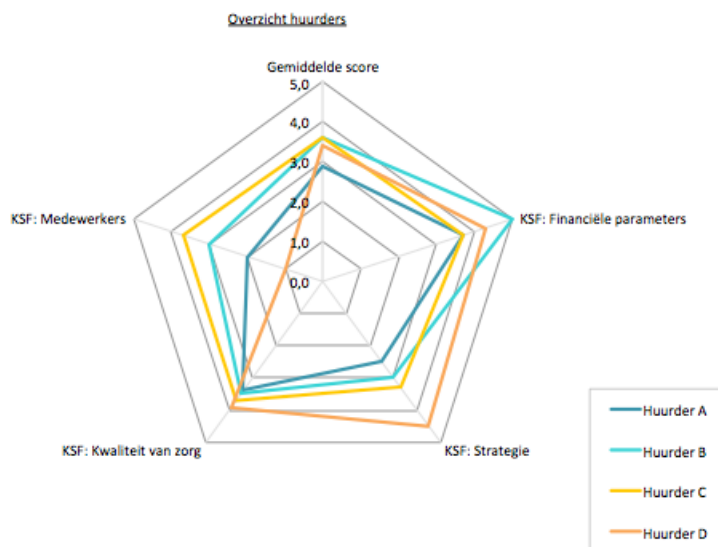
Medewerkers: De medewerkers omstandigheden zijn echter onvoldoende.

Beoordeling: Huurder C behaalt een gemiddelde score van 3,5 met een verhoogd risico.

Overzicht huurders

De selectie huurders die is getoetst in dit hoofdstuk geven allen een soortgelijke score weer. De grootste verschillen doen zich voor in de strategie. Vanuit de jaarverslagen is af te leiden dat een groot deel van de zorginstellingen weinig inzicht geeft in de strategische doelstellingen van een zorginstelling. Het onderdeel strategie is lastig tot niet terug te vinden in de gepubliceerde gegevens en is hierdoor lastig te beoordelen, doordat duidelijk te merken is dat de zorginstelling tot verkort een minder bedrijfskundige strategie hanteerden. Echter, geldt dit niet voor huurder D. Huurder D laat in haar jaarverslagen een duidelijk beeld zien wat de gewenste positie is van de zorginstelling. Ondanks dat huurder D over het algemeen de hoge gemiddeldes behaalt, scoort zij zeer slecht op het onderdeel medewerkers. Naar mijn mening zal dat huurder C het beste aansluiten bij het algemene profiel van een institutionele belegger en door haar stabiele positie instaat is, om aan de stabiele huurverplichtingen te voldoen. Het model dient duidelijk nog 'door ontwikkelt' te worden maar zal in de toekomst met een verder ontwikkelde omgeving, wellicht daadwerkelijk kunnen worden toegepast.

Figuur 7.1. Huurderoverzicht



Bron: Chantal Couzijn, 2014

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Een institutionele belegger belegt in verschillende beleggingsproducten, zoals obligaties, aandelen en vastgoed. De vastgoedbeleggingen kunnen worden beheerd bij een vermogensbeheerder als Syntrus Achmea RE&F. Dit onderzoek is dan ook geschreven vanuit het perspectief van de vermogensbeheerder. De doelstelling van een vermogensbeheerder is het behalen van een positief rendement op haar beleggingen. Daarbij zijn het optimaliseren van stabiele inkomsten en het beperken van het leegstandrisico, passend bij het gewenste rendement-risicoprofiel van de beleggingen, van groot belang. Het doel van dit onderzoek is het toetsen van de kwaliteit van de huurder aan de hand van het businessmodel.

Na verdieping in de literatuur en diepte-interviews kan worden aangegeven dat het eigenlijk ondoenlijk is voor een institutionele belegger om het businessmodel van een zorginstelling te toetsen vóór dat je met de huurder in gesprek bent.

Het is naar mijn mening ontzettend moeilijk om een realistisch beeld te vormen over het businessmodel van een zorginstelling, wanneer je deze nog niet hebt gezien. Je moet ten eerste heel goed in de zorgbusiness zitten, een duidelijke visie hebben op de zorginstelling van nu en in de toekomst en daarnaast ook nog eens heel goed in de materie van businessmodellen zitten om een voorspelling te kunnen doen over een businessmodel. Naar mijn mening is de kans op foutmarges te groot, doordat er enorm veel aannames zullen moeten worden gedaan. Daarnaast is het onmogelijk gebleken om het businessmodel van zorginstellingen te herleiden uit publieke bronnen, dat dit (te) vertrouwelijke informatie bevat. Uiteraard is het wel realistisch dat een institutionele belegger een beeld vormt over het businessmodel. In het eerste gesprek wordt vaak eerst in globale lijnen en later met meer detail het businessmodel uitgelegd. De institutionele belegger is dan uiteraard wel in de mogelijkheid om kritische vragen te stellen die betrekking hebben op het businessmodel.

De centrale vraag is: *‘Hoe kunnen institutionele beleggers de lange termijn haalbaarheid van het businessmodel van hurende zorginstellingen toetsen ten gunste van het optimaliseren van het rendement-risicoprofiel van een belegging in zorgvastgoed’.*

Dan is het antwoord dat het eigenlijk niet mogelijk is om het businessmodel van een zorginstelling te toetsen zonder dat de zorginstelling hiervan weet, omdat hoogstwaarschijnlijk alleen de zorginstelling deze vertrouwelijke informatie kan verstrekken. Het is echter wel mogelijk om aan de hand van businessmodeltheorieën een toetsingsmodel te ontwikkelen, dat betrekking heeft op de belangrijkste componenten van een businessmodel. Waardoor er naar mijn mening wel een gedegen eerste indruk gevormd kan worden van de kwaliteit van de zorginstelling.

Bij het opstellen van het model begon ik met het idee dat een grote solide zorginstelling de beste belegging is voor een institutionele belegger. Naar mate mijn onderzoek verder vorderde, kwam ik er achter dat dit voor veel zorginstellingen geen houdbaar en toekomstig businessmodel zal zijn. De zorgmarkt is onderhevig aan vele invloeden van buitenaf en vraagt hierdoor flexibiliteit van de zorginstelling om hierop in te spelen. In dit geval is het voor een grote solide zorginstelling lastig om in te spelen op de vele ontwikkelingen, maar overigens niet onmogelijk. Toch gaat mijn voorkeur in het vervolg uit naar **de flexibele en professionele zorginstelling met een zakelijkere inslag, hoge kwaliteitsambities, hoge klanttevredenheidsambities en financieel goed voorzien, door een sterk businessmodel.** Het ministerie van VWS heeft tevens aangegeven dat naar verwachting de kleinschalige woonzorgconcepten in de toekomst steeds vaker zullen voorkomen en vaak door kleine

partijen zullen worden geïnitieerd. Hierdoor heb ik met het ontwikkelen van het toetsingsmodel ervoor gekozen om een middenpad te bewandelen, waarin enerzijds nog de stabiele parameters worden getoetst en anderzijds een beeld gevormd kan worden van de flexibiliteit en moderne bedrijfsvoering van een zorginstelling.

Het toetsingsmodel dat is ontwikkeld is een eerste modelversie om een globale indruk te krijgen van de kwaliteit van de huurder en haar businessmodel. Het betreft hier dan ook een ‘door ontwikkel’ model dat in de loop der tijd steeds aangevuld en aangepast dient te worden om deze te kunnen toepassen in de praktijk. Het toetsingsmodel is gebaseerd op de methodiek van de Balanced Scorecard, een systematiek om de kwaliteit van een organisatie te diagnosticeren, te toetsen en te voorspellen middels geselecteerde Kritische Succes Factoren. De Kritische Succes Factoren zijn vervolgens weer onderverdeeld in meeteenheden, genaamd de Kwaliteit Performance Indicatoren. Het toetsingsmodel is inhoudelijk gebaseerd op de businessmodel theorieën van Osterwalder (2010) en Kemperman (2014). Aan de hand van deze theorieën is een selectie gemaakt van de Kritische Succes Factoren, die invloed hebben op de stabiliteit van inkomsten en de mate waarin de hurende zorginstelling zal kunnen voldoen aan de huurverplichting aan de vermogensbeheerder. Het model geeft inzicht in de financiële gegoedheid van de zorginstelling (middels de solvabiliteit en liquiditeit), de strategische doelstellingen, kwaliteit van de zorg (inhoudelijk zorg en klanttevredenheid) en medewerker.

Tevens is dit model tegen het licht gehouden door het toetsen van vier huidige zorginstellingen. De selectie huurders zijn allen al bestaande huurders van een institutionele belegger. De resultaten van de geselecteerde huurders verschillen minimaal van elkaar en blijken in grote lijnen hetzelfde te presenteren. Een interessant gegeven zou zijn om het toetsingsmodel ook eens te toetsen met bekende, falende zorginstellingen om te zien of het model dan ook daadwerkelijk met een onvoldoende wordt beoordeeld. Daarnaast wil ik aanbevelen een status quo te ontwikkelen, zodat het model op de kwalitatieve aspecten gemakkelijk getoetst kan worden, doordat de institutionele belegger een richtlijn heeft van de gemiddeld presterende zorginstelling. Door de resultaten van de geselecteerde huurders kan het wellicht lijken dat de Kritische Performance Indicatoren onvoldoende discriminerend zijn, echter ben ik van mening dat dit ook kan liggen aan het feit dat de selectie van huurders niet voldoende gevarieerd is waardoor de huurders als voldoende uit de beoordeling komen.

Uiteraard geldt dat in de realiteit dit model niet voor alle huurders zal gelden, door een natuurlijk bias ten gunste van de ‘meer kwalitatieve’ zorginstelling. Er mag van worden uitgegaan dat dit model geldt voor 75% van de zorginstellingen, exclusief ziekenhuizen. Ook zijn bijvoorbeeld niet alle KPI's al toetsbaar op alle zorgsectoren. De kwaliteit van zorg kan bijvoorbeeld niet worden toegepast bij een instelling gericht op het verlenen zorg aan verstandelijk beperkte zorgvragers. Dit komt doordat voor deze sector nog geen kwaliteitsindicatoren beschikbaar zijn. Naar verwachting zal de zorgmarkt zich blijven ontwikkelen en zullen mogelijk over een jaar ook voor deze sector indicatoren ontwikkeld zijn.

Met de weging van het model kan geanticipeerd worden op de strategie van de beoordelaar en kan deze aangepast worden aan de eisen van de institutionele belegger. Indien men op zoek is naar een stabiele zorginstelling zal vooral gekeken moeten worden naar financiële en kwaliteitsaspecten. Met een strategie die op zoek is naar een innovatieve zorginstelling zullen de strategische en reputatieaspecten zwaarder kunnen wegen.

Doordat hier sprake is van een ‘door ontwikkel’ model, zijn vele aspecten nu nog niet opgenomen. De volgende ratio's zijn bewust nog niet opgenomen in de ‘KSF: Financiële parameters’. De Return on

Equity, omdat de huidige zorginstelling die in de huidige markt opereert, over het algemeen een beperkte eigen vermogen positie heeft. Hierdoor zal deze ratio hoger uitvallen en kan dit zorgen voor onevenwichtige resultaten. Wanneer in de toekomst de vermogensposities van zorginstellingen verbeteren, kan deze ratio wellicht in het toetsingsmodel worden opgenomen. Tevens heb ik ervoor gekozen om het verdienmodel nog niet op te nemen in het toetsingsmodel. Het is namelijk lastig om nu het verdienmodel volledig inzichtelijk te hebben, door de veranderingen in de inkomstenstromen van zorginstellingen als subsidiestromen nog wijzigen. Zodra meer duidelijk is over de uiteindelijke toekenning van inkomstenstromen, is het verstandig om het verdienmodel op te nemen in het toetsingsmodel. Naar verwachting zal in 2015 meer duidelijkheid zijn welke zorginstelling recht heeft op welke inkomsten, waardoor het verdienmodel in 2015 mogelijk wel ingevoegd kan worden in het model. Op het moment leveren zorginstellingen nog vaak onvoldoende informatie en inzicht in de strategie van de zorginstelling en de omgeving waarin zij acteren. Er dient gekeken te worden of in 2015 meer informatie wordt geboden betreffende dit onderdeel. Nu dient voornamelijk nog gekeken te worden of een zorginstelling summiere informatie over de strategische KPI's verstrekt. Wanneer meer informatie kan worden gegeven over de strategie, kan de institutionele belegger ook een betere inschatting maken over de toekomstbestendigheid van een zorginstelling. De financiële kengetallen geven hier overigens ook voor een groot deel informatie over.

Tevens adviseer ik om in 2015 de medewerkerstevredenheid op te nemen in het toetsingsmodel, wanneer wellicht meer informatie wordt gepubliceerd over een gemiddelde score (ten opzichte van de concurrentie). Wanneer een institutionele belegger daadwerkelijk in gesprek is met een zorginstelling is het verstandig om de gemiddelde score van het medewerkers tevredenheidonderzoek op te vragen. Tevreden werknemers projecteren deze resultaten ook in hun werkzaamheden, wat invloed heeft op de zorgbeleving van de klant. Daarnaast is een bedrijf gebaat bij tevreden werknemers, omdat dit zorgt voor een goede reputatie onder medewerkers en potentiële medewerkers. Hoe slechter de reputatie van de zorginstelling, hoe moeilijker het zal zijn om gekwalificeerde medewerkers aan te trekken, dat weer direct effect heeft op de kwaliteit die de medewerkers leveren en de klant dus zal ontvangen.

Verder is mijn advies om in de tweede versie van het 'door ontwikkel' model een KSF Imago op te nemen. Naar mijn mening dienen zorginstellingen zich in de huidige markt steeds meer bewust te zijn van de media en publieke opinie. Zorginstellingen acteren nu eenmaal in een zeer gevoelige omgeving en de reputatie van een zorginstelling kan gemakkelijk beschadigen door negatieve berichten in de media. Daarnaast neemt in de bedrijfsvoering van een zorginstelling het Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen ook een steeds belangrijkere rol in.. Beide variabelen hebben in de zorgmarkt een grote opmars gemaakt, waar ook zorginstellingen op dienen in te spelen. In een volgende versie van het model wil ik graag aanbevelen deze twee KPI's tevens op te nemen.

Kort gezegd houden de aanbevelingen dus in: Het model dient in de komende perioden geijkt te worden op al uit het verleden bekende 'zwakke' huurders. Het model zal in 2015 en 2016 opnieuw bekeken moeten worden op aanvullingen en aanpassingen, in verband met de stormachtige ontwikkelingen in de zorgsector. In de toekomst zal gekeken moeten worden of de jonge, innovatieve zorginstellingen ook positief scoren.

BRONNEN

Accenture, Insititute for Strategic Change. Linder, J., Cantrell, S. (2000)
Changing Business Models: Surveying the Landscape.

Achmea Vastgoed, (2014).
Outlook 2014 – 2015. De Nederlandse markt voor zorgvastgoed.

Ansoff, I. (onbekend).
Strategies for Diversification

Beleggers ontdekken zorgvastgoed.
Zorgvisie magazine, december 2012.

CBS, (2011).
Een miljoen huishoudens meer in 2045.

CBS, (2012).
Gemeenten zien aantal 65-plussers tot 2040 toenemen.

CBS, (2013).
Gezondheid en zorg in cijfers 2013.

CBS, (2005).
Nederlandse bevolking steeds hoger opgeleid.

CBS, (2001).
Ouderen worden steeds ouder. Lang leven de ouderen.

CBS Statline, (3013).
Institutionele beleggers; vastgoedbeleggingen. Publicatie 27 september 2013.

CBS, (2012).
Vooral meer indirect vastgoed 2010. Publicatie 21 februari 2012.

CBS, (2013).
Uitgaven aan zorg met 3,7 procent gestegen.

CPB, (2014).
Economisch beleidsanalyse. Kortetermijnraming maart 2014.

CPB, (2013).
Economisch beleidsanalyse. Kortetermijnraming september 2013.

CPB, (2010).
Betalen voor vergrijzing.

CPB, (2013).
Economische beleidsanalyse. Kortetermijnraming december 2013.

CPB, (2013). Vergrijzing en ruimte: gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie.

CPB, (2010).

Vergrijzing verdeeld toekomst van de Nederlandse overheidsfinanciën.

CPB, (2011).

Zorg blijft groeien. Financiering onder druk.

Economisch Instituut voor de Bouw (EIB), (2012).

Bouwen voor de zorg. Perspectief voor de Nederlandse bouw.

Finance Ideas, (2014)

Risicobeoordeling van zorgvastgoed. Publicatie 2 mei 2014.

Gool, P., Jager, P., Weisz, R.M., Brounen, D., Jager, P. (2007).

Onroerend goed als belegging. Noordhoff Uitgevers bv.

Gordijn, (2005).

Comparing Two Business Model Ontologies for Designing e-Business Models and Value Constellations

Hogeschool Rotterdam (HR), (2013).

Afstudeerhandleiding Vastgoed en Makelaardij 2013- 2014.

Investerings in zorgvastgoed nemen sterk toe

Vastgoedmarkt, december 2012.

Jones Lang Lasalle, (2014).

Dutch Capital Markets Outlook 2014.

Sustainable steady growth. Publicatie 8 april 2014

Jones Lang Lasalle, (2013).

Beleggingsvolumes. Toenemende interesse in vastgoed. Publicatie 20 december 2013.

Keuning, (2007).

Grondslagen van het management. Uitgeverij Wolters- Noordhoff

Koesemaeker, F., de, Agt, M., van (2007)

Praktijkaspecten vastgoed, zevende druk. Wolters-Noordhoff.

Mintzberg, H. (2001).

The Strategy Concept I: Five Ps For Strategy.

Nationaal Kompas Volksgezondheid, (2014).

Wat is kwaliteit?, Rijksinstituut voor volgezondheid en milieu (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) Publicatie 5 juni 2014.

Osterwalder, A. (2004).

The business model ontology a proposition in a design science approach

Osterwalder, A., Pigneur, Y. (2010).

Business Model Generatie. Een handboek voor Visionairs, Game Changers en Uitdaggers. Kluwer

PBL, (2013).

Vergrijzing en ruimte.

Petrovic, O., Kittle, C., Teksten, R., (2001)
Developing Business Models for eBusiness

Projectgroep Uniformering Verzuimgrootheden, (1996).
'Berekening van ziekteverzuim, standaard voor verzuimregistratie, door de WCC vastgesteld op 21 juni 1996')

RIVM, (2013).
Aantal chronisch zieken neemt toe.

Rijksoverheid, (2012).
Factsheet krimpgebieden en anticipeergebieden.

Stichting IZZ, (2013).
Jaarrapport zorggebruik. Arbeidsrelevante zorg voor zorgmedewerkers 2012

Syntrus Achmea Real Estate & Finance, (2013).
Keyfacts.

Syntrus Achmea Real Estate & Finance, (2013).
Organisatiestructuur. Functioneel en complementair.

Syntrus Achmea Real Estate and Finance, (onbekend).
Outlook 2014- 2015. Beleggen in vastgoed en hypotheek.

Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO), (1990).
Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek kwaliteit van zorg.

Rijksoverheid, (2013).
Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014. Betere zorg, beheerste uitgaven.

Veldman, H. (2009).
Strategie en Management. Noordhoff Uitgevers.

Veldman, H., Velden, J. Van der (2011).
Succesvolle Bedrijven. Noordhoff Groningen.

VWS, (2012).
Hoe werkt de Algemene Wet Bijzondere Ziekten.

VWS, (2013- 2014).
Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014.

Worms, (2011).
IVBN, Het Risk Management van institutionele vastgoedbeleggers 2011.

Zorginstituut, (onbekend).
Meetverantwoording CQI-meting

Zorginstituut Nederland, (2013).
Werkinstructies voor de CQI Verpleging, Verzorging en Thuiszorg CQI

VV&T Algemeen Versie 4.2, publicatie december 2013

Zorgvastgoed speerpunt van Syntrus Achmea
Vastgoedmarkt, maart 2012.