

# Bouwen voor de zorg

---

Perspectief voor de Nederlandse bouw

**eib**

Economisch Instituut  
voor de Bouw



# Bouwen voor de zorg

Het auteursrecht voor de inhoud berust geheel bij de Stichting Economisch Instituut voor de Bouw. Overnemen van de inhoud (of delen daarvan) is uitsluitend toegestaan met schriftelijke toestemming van het EIB. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen en dergelijke, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

Oktober 2012

# Bouwen voor de zorg

---

Perspectief voor de Nederlandse bouw

---

M. van Elp MSc LLM  
M.P.J. van Zaal MSc  
drs. M.V. Zuidema



## Inhoudsopgave

<b>Conclusies op hoofdlijnen</b>	<b>7</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanpak	11
<b>2 Beschrijving van de zorgmarkt</b>	<b>13</b>
2.1 Zorguitgaven	14
2.2 Zorgconsumptie in volumes	17
2.3 Regionale verschillen	18
2.4 Welvarender, hoger opgeleid en gezondere ouderen	22
2.5 Beleid in de zorgmarkt	25
2.6 Segmentatie van de zorgmarkt	28
<b>3 Voorraadontwikkeling van het zorgvastgoed</b>	<b>33</b>
3.1 Historische ontwikkeling	33
3.2 Vastgoed in gebruik naar type gebouwen	35
3.3 Zorgvastgoed naar provincie	38
3.4 Bouwen van zorgvastgoed	39
<b>4 Perspectief voor de zorgbouw: 2016-2030</b>	<b>43</b>
4.1 Gekozen ramingsmethode	43
4.2 Bepalende ontwikkelingen	44
4.3 Afwijkende trends	46
4.4 Raming vraag naar zorgvastgoed	47
4.5 Raming zorgbouwproductie	50
4.6 Regionaal perspectief	53
<b>5 Kansen en bedreigingen</b>	<b>55</b>
5.1 Kansen	55
5.2 Bedreigingen	56
<b>Bijlage A Bronnen</b>	<b>59</b>
<b>Bijlage B Begrippen en definities</b>	<b>61</b>
<b>Bijlage C ZZPs Verpleging &amp; Verzorging</b>	<b>63</b>
<b>Bijlage D Gezondheids- en welzijnszorg (CBS)</b>	<b>66</b>
<b>EIB-publicaties</b>	<b>67</b>





---

## Conclusies op hoofdlijnen

---

Deze studie naar de toekomst van het bouwen voor de zorg biedt inzicht in de gevolgen van ontwikkelingen in demografie, beleid en trends op de korte en middellange termijn. De zorgmarkt in relatie tot zorgvastgoed is kwantitatief en kwalitatief geanalyseerd. Voor de jaren 2016 en 2030 is een raming van de bouw voor de zorg opgesteld. Tot slot zijn op basis van deze toekomstanalyse kansen en bedreigingen voor de zorgbouw geïdentificeerd.

### Zorgmarkt belangrijk onderdeel van Nederlandse economie

De zorgmarkt kan worden opgedeeld in de cure (curatieve zorg, gericht op genezing) en de care (langdurige welzijnszorg). In totaal bedragen de uitgaven aan de zorg ongeveer € 87 miljard, waarvan 60% cure en 40% care. De zorg (incl. kinderopvang) draagt daarmee voor 15% bij aan de Nederlandse economie. In de zorg werken ongeveer 1,3 miljoen mensen, waarvan 504.000 in de cure en 795.000 in de care. Het beroep dat mensen op de zorg doen verschilt sterk per leeftijdsgroep. Ouderen vragen relatief veel zorg, zoals verpleging en verzorging.

### Uitgaven aan de zorg groeien

De zorguitgaven zijn de afgelopen decennia gestegen tot circa 13% van het bruto binnenlands product (bbp). Als de zorguitgaven de huidige trends volgen dan maken de zorguitgaven volgens het CPB in 2040 bijna 22% van het bbp uit. De belangrijkste verklarende factoren voor de groei van de zorguitgaven zijn demografie, inkomensontwikkeling en innovatie.

### Mate en wijze van zorgconsumptie veranderen in de tijd

De mate en wijze van zorgconsumptie is in de tijd veranderd onder invloed van trends en efficiencyverbeteringen. In de cure is vooral de productiviteit per bed toegenomen: het aantal bedden in ziekenhuizen is gedaald, terwijl het aantal werknemers en opnames is toegenomen. De extramurale zorg is sterk toegenomen: het aantal ouderen in verzorgingshuizen is afgenomen, terwijl het totaal aantal ouderen met een zorgvraag is toegenomen.

### Belangrijke veranderingen in het beleid gericht op zorgvastgoed

De afgelopen jaren is een aantal belangrijke veranderingen met betrekking tot de zorgmarkt en zorgbouw ingevoerd. Ten eerste is het bekostigingssysteem van vastgoed veranderd van vergoeding van bouwkosten op basis van nacalculatie naar het integreren van de huisvestingskosten in de tarieven. In het nieuwe systeem moeten zorginstellingen zelf de bouwkosten terugverdienen en dragen zij dus zelf het vastgoedrisico.

Andere belangrijke veranderingen zijn extramuralisering, voor een deel door beleid gestuurd, en het scheiden van wonen en zorg. Extramuralisering houdt in dat een steeds groter deel van de zorg plaatsvindt buiten de zorginstelling. Scheiden van wonen en zorg houdt in dat de huisvestingskosten uit de tarieven van de AWBZ worden gehaald. Cliënten worden dan zelf verantwoordelijk voor hun huisvesting en de kosten daarvan.

### Effecten van beleid zichtbaar in de voorraad

De samenstelling van het zorgvastgoed laat de effecten van beleid in de afgelopen decennia zien. In de jaren '60 en '70 is door het systeem van nacalculatie en relatief soepele voorwaarden veel gebouwd. In de jaren '80 en '90 zijn maatregelen ingevoerd om te besparen op bouwkosten, waardoor er in deze periode minder gebouwd is. De opleving van de zorgbouw sinds begin deze eeuw hangt waarschijnlijk samen met het loslaten van de strakke budgettering en het wegwerken van de wachtlijsten in de zorg. De effecten van de recentste beleidswijzigingen richting meer marktwerking zijn nog niet goed zichtbaar.

## Meer dan 50 miljoen m<sup>2</sup> zorgvastgoed in Nederland

In totaal was er in Nederland in 2010 ongeveer 52 miljoen m<sup>2</sup> vastgoed in gebruik door een zorginstelling. In 1990 was dit nog ruim 35 miljoen m<sup>2</sup>, dus het gebruik van vastgoed door de zorg is de afgelopen twintig jaar duidelijk gegroeid. Cure instellingen maken meer gebruik van specifiek vastgoed gericht op de gezondheidszorg. In de care gaat het veel vaker om andere gebouwen met andere functies en dan vooral om wonen. Jaarlijks breidt het vastgoedgebruik door de zorg zich uit met gemiddeld circa 800 duizend m<sup>2</sup>.

Tabel 1 Samenstelling van het vastgoed in gebruik naar zorginstelling, miljoen m<sup>2</sup>, 2010

	Totaal
<b>Cure</b>	
- Ziekenhuizen	10,5
- Medische en tandheelkundige praktijken	4,7
- Paramedische en overige praktijken	8,6
	<b>23,8</b>
<b>Care intramuraal</b>	
- Verpleeghuizen	3,9
- Verzorgingshuizen en andere tehuizen	7,8
- Tehuizen: verstandelijk gehandicapten & psychiatrie	3,0
- Jeugdzorg en maatschappelijke opvang	1,2
	<b>15,9</b>
<b>Care extramuraal (w.o. thuiszorg, kinderopvang)</b>	
- Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op ouderen en gehandicapten	2,1
- Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting niet specifiek gericht op ouderen en gehandicapten	10,3
	<b>12,3</b>
<b>Vastgoed gebruikt door een zorginstelling</b>	<b>52,0</b>

Bron: BAG, bewerking EIB

## Regionaal gedifferentieerd beeld

Het marktaandeel van de provincies in het zorgvastgoed is vergeleken met het aandeel in de Nederlandse bevolking. In absolute zin staat in Zuid-Holland het meeste zorgvastgoed en in Zeeland het minste. Ten opzichte van de bevolking heeft Zeeland ook relatief het minste zorgvastgoed en Drenthe relatief het meeste. Deze verschillen relateren aan het aandeel in de Nederlandse bevolking van 65 jaar en ouder heeft enige verklarende kracht, maar ook dan blijven er verschillen bestaan tussen het aandeel in de bevolking en het aandeel in het zorgvastgoed.

## Zorgbouw stijgt sterk richting 2030

De belangrijkste determinanten van de toekomstige vraag naar zorgvastgoed zijn zoals gezegd de demografische groei, inkomensontwikkeling en innovatie. Daarnaast spelen veranderende voorkeuren van consumenten en overheidsbeleid een rol in de ontwikkeling van de zorguitgaven. Vooral de toename van het aantal ouderen en oudere ouderen zal bepalend zijn voor de uitbreiding van het zorgvastgoed.

Met een ramingsmodel, op basis van deze belangrijkste determinanten, wordt geschat dat het zorgvastgoed zal toenemen tot 58,6 miljoen m<sup>2</sup> in 2016 en 78,5 miljoen m<sup>2</sup> in 2030. De uitbreidingsvraag wordt hiermee geraamd op ruim 1,3 miljoen m<sup>2</sup> per jaar. Dit betekent een duidelijke toename ten opzichte van het historische gemiddelde van 800.000 m<sup>2</sup> per jaar.

Uitbreiding van het zorgvastgoed betekent een toename van het bouwen voor de zorg. Verder wordt verwacht dat vanwege de huidige leeftijdssamenstelling van het zorgvastgoed de vervangingsvraag sterk zal toenemen van 0,4 miljoen m<sup>2</sup> per jaar in de periode 2010-2016 tot 1,3 miljoen m<sup>2</sup> in 2030.

**Tabel 2**      **Bouwproductie zorgvastgoed, 2016 en 2030**

	Nieuwbouw (mln €)			Herstel en verbouw (mln €)			Totale bouwproductie (mln €)		
	2010	2016	2030	2010	2016	2030	2010	2016	2030
Cure	500	675	1.275	200	125	175	700	800	1.450
Care intramuraal	325	500	1.300	100	75	100	425	575	1.400
Care extramuraal	375	375	725	75	75	100	450	450	825
<b>Totaal</b>	<b>1.200</b>	<b>1.550</b>	<b>3.300</b>	<b>375</b>	<b>275</b>	<b>375</b>	<b>1.575</b>	<b>1.825</b>	<b>3.675</b>

Bron: EIB

Naar verwachting blijft de bouwproductie voor de zorg tot 2016 op een hoog niveau van circa € 1,8 miljard per jaar. Daarna zal onder invloed van de kwaliteitstoename, de verdere vergrijzing en de veroudering van het bestaande vastgoed de bouwproductie sterk toenemen. In 2030 ligt de totale bouwproductie voor de zorg naar verwachting op circa € 3,7 miljard per jaar.

In tabel 2 worden nieuwbouw, en herstel en verbouw onderscheiden, maar het is goed mogelijk dat er een uitruil plaatsvindt tussen deze twee typen bouwinvesteringen. In dat geval worden bestaande zorggebouwen grondig gerenoveerd. De uiteindelijke impact van die praktische afweging zal vooral de aard van het werk raken. Vanuit het perspectief van kostenbesparing zou het ook tot een wat lagere totale bouwproductie voor de zorg in euro's kunnen leiden. Het is echter niet gezegd dat een grondige renovatie van een verouderd gebouw veel lagere bouwkosten zal kennen dan vervangende nieuwbouw op een andere locatie. Het is dan vooral een definitiekwestie of de bouwproductie aan nieuwbouw of aan herstel en verbouw wordt toegerekend. Grote verschillen in de verwachte productievolumes zullen hierdoor niet optreden.

### Nauwelijks regionale verschuivingen

De relatieve groei van het aantal ouderen zal in ieder geval tot 2030 redelijk gelijkmatig over het land verdeeld zijn. Het provinciale marktaandeel in de toekomstige bouw van zorgvastgoed zal om die reden naar verwachting redelijk overeenkomstig het huidige marktaandeel zijn.

### Kansen en bedreigingen voor de zorgbouw

Er liggen in de zorgbouw kansen voor de bouwsector doordat:

- de zorg de komende decennia een zekere groeimarkt is;
- de groep ouderen die niet zonder intramurale zorg kan, blijft groeien;
- door de invoering van integrale tarieven er in de toekomst doelmatig en klantgericht zal worden gebouwd;

- door scheiden van wonen en zorg cliënten meer keuzevrijheid krijgen;
- de uitbreiding van de ketenzorg kansen biedt doordat zorgactiviteiten worden geclusterd;
- door onzekerheid over de toekomstige vraag naar specifieke zorg flexibel bouwen belangrijker wordt, in het bijzonder in krimpgebieden;
- door de omvangrijke voorraad van zorggebouwen uit de jaren '60 en '70 de vervangingsopgave de komende decennia sterk zal toenemen.

Bedreigingen voor de zorgbouw zijn er doordat:

- er onzekerheden zijn over toekomstige ontwikkelingen en de invloed van beleid;
- extramuralisering waarschijnlijk nog niet op zijn eind loopt, maar het is de vraag in hoeverre hier nog een extra impuls van verwacht mag worden;
- innovaties rondom eHealth en domotica langer thuis blijven wonen beter mogelijk maken, met voorspelbare gevolgen voor intramurale zorg;
- zorginstellingen na een gewenningsperiode onder invloed van integrale tarieven rationeler nieuwbouwbeslissingen zullen nemen;
- de financiering van nieuw zorgvastgoed, in ieder geval op korte termijn, onzeker is doordat zorgverzekeraars jaarcontracten afsluiten met zorginstellingen;
- invoering van huur voor huisvesting in zorginstellingen nadeel kan ondervinden van het woningwaarderingsstelsel: de huidige systematiek bemoeilijkt investeringen in de zorgfunctie van huisvesting;
- het de vraag is hoe de zorguitgaven zich zullen ontwikkelen en in hoeverre nog bezuinigd zal gaan worden op de zorg – en in welke mate de uitgaven aan vastgoed daardoor geraakt worden.

---

## 1 Inleiding

---

De zorgmarkt is naar verwachting een belangrijke groeisector in de komende decennia. Door de vergrijzing wordt de zorg voor ouderen steeds belangrijker. De zorg groeit in tegenstelling tot de rest van de economie nog sterk en investeringen, waaronder in vastgoed, nemen naar verwachting toe.

Tegenover deze groeiverwachting staan belangrijke institutionele wijzigingen. De financiering van zorgvastgoed wordt de eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen. Steeds meer facetten van de zorg worden geprivatiseerd. Er zijn steeds meer vermogende ouderen. Regionale verschillen in economie en demografie worden steeds groter. Dit betekent een gewijzigd perspectief voor de bouw met kansen en bedreigingen om op in te spelen.

Om meer inzicht te krijgen in de zorgmarkt als bron van vraag naar (nieuwe) gebouwen heeft Bouwend Nederland daarom aan het EIB gevraagd onderzoek te doen naar de zorgmarkt in relatie tot de bouw op middellange en lange termijn, respectievelijk 2016 en 2030.

### 1.1 Aanpak

Om zicht te krijgen op de relatie tussen de bouw en de zorgmarkt zijn in deze publicatie de zorgmarkt zelf, het vastgoedgebruik van zorginstellingen en de zorgbouwproductie in samenhang geanalyseerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van literatuur, kwantitatieve en kwalitatieve analyse, en interviews met experts uit de sector (zie bijlage A). Op basis van gesignaleerde historische en verwachte trends is vervolgens een raming gegeven van de toekomstige ruimtebehoefte van de zorgsector tot 2016 en 2030, en de bijbehorende bouwproductie.

In hoofdstuk 2 wordt de zorgmarkt beschreven en hoe deze markt zinvol gesegmenteerd kan worden met het oog op de toekomst. In hoofdstuk 3 wordt de markt voor zorgvastgoed beschreven. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de verwachte toekomstige ruimtebehoefte en de betekenis daarvan voor de bouw. Hoofdstuk 5 vat tot slot samen en wijst op kansen en bedreigingen.



## 2 Beschrijving van de zorgmarkt

Om ontwikkelingen in het zorgvastgoed te kunnen plaatsen, wordt in dit hoofdstuk een beschrijving van de zorgmarkt zelf gegeven. Eerst wordt de ontwikkeling van de zorguitgaven besproken en wordt ingegaan op enkele volume-ontwikkelingen. Vervolgens worden kort regionale verschillen besproken. Daarna wordt ingegaan op demografische ontwikkelingen, waaronder de trend dat ouderen steeds hoger opgeleid en welvarender zullen zijn. Tot slot wordt relevant beleid samengevat en volgt een segmentatie van de zorgmarkt als basis voor de volgende hoofdstukken.

### Zorgmarkt belangrijk voor de economie

De zorgmarkt wordt doorgaans onderscheiden naar cure, zoals ziekenhuizen en huisartsen, en care, zoals verzorging- en verpleeghuizen. De cure bestaat voornamelijk uit genezing en op preventie gerichte zorg. De care omvat voornamelijk langdurige verpleging en verzorging. In deze publicatie zal dit onderscheid naar cure en care daar waar mogelijk ook gemaakt worden.

Tabel 2.1 toont een kort overzicht van de zorgmarkt in 2005 en 2010. Uit het overzicht blijkt dat het aandeel van en de uitgaven aan de zorg zijn toegenomen. De uitgaven aan de cure sector zijn in beide jaren hoger dan de uitgaven aan de care sector. In de care werken in beide jaren meer mensen en wordt meer vastgoed gebruikt.

Tabel 2.1 Overzichtstabel zorgmarkt, lopende prijzen

	2005	2010
Aandeel bbp (%)	13,2	14,8
Totaal zorguitgaven <sup>1</sup> in mln €	67.614	87.183
<b>Cure uitgaven in mln €</b>	<b>39.010</b>	<b>50.791</b>
- Ziekenhuizen	16.624	22.727
- GGZ	4.099	5.401
- Overig verstrekkers gezondheidszorg	17.071	20.851
<b>Care uitgaven in mln €</b>	<b>25.821</b>	<b>33.399</b>
- Ouderenzorg	12.868	15.712
- Gehandicaptenzorg	6.015	8.061
- Overige verstrekkers welzijnszorg <sup>2</sup>	6.937	9.626
<b>Werknemers</b>		
Cure	448.000	504.000
Care	693.000	795.000
<b>Gebruikt vastgoed in mln m<sup>2</sup></b>		
Cure	20,5	22,5
Care	26,8	29,5

1 Hoger dan som van cure en care omdat het totaal inclusief overige kosten als overhead is

2 Deze post zit niet in de CPB cijfers, die later aan de orde komen. Zonder deze post komt het aandeel bbp op 13,2% in 2010, conform de CPB cijfers in tabel 2.4

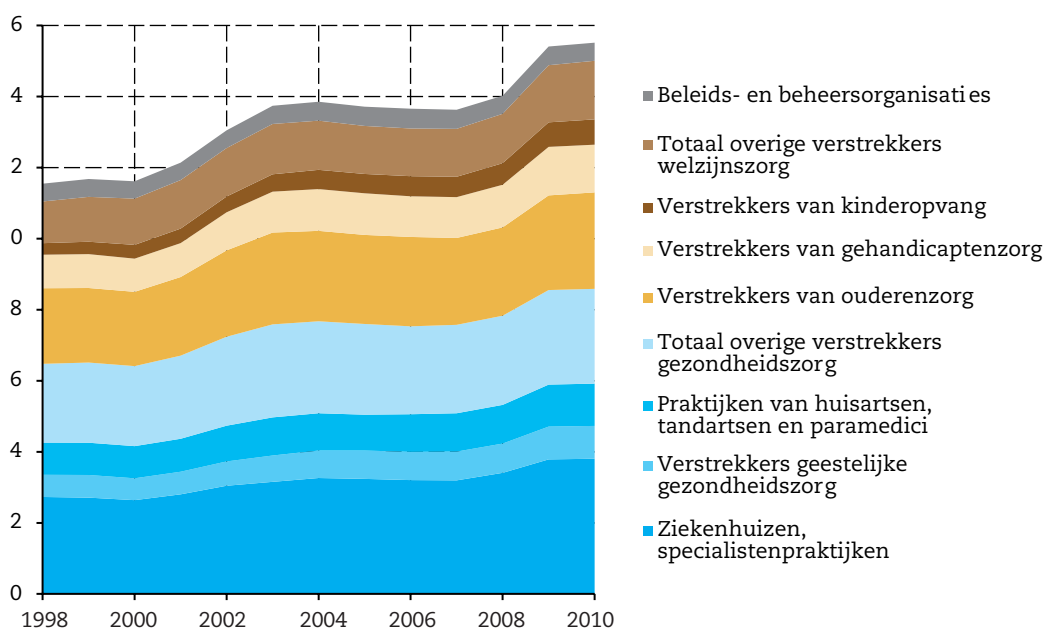
Bron: CBS, BAG, bewerking EIB

## 2.1 Zorguitgaven

### Belang van de zorg neemt toe

De Nederlandse zorg droeg volgens het CBS in 2010 voor 15% bij aan het Nederlandse bruto binnenlands product (zie figuur 2.1) en dit aandeel is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Figuur 2.1 maakt ook duidelijk dat de meeste deelsectoren van de zorg een vrij stabiel aandeel in de uitgaven hebben. In de figuur is de cure blauw en de care is geel en bruin gekleurd. Overige verstrekkers van gezondheidszorg en de ouderenzorg hebben aan belang verloren terwijl het belang van ziekenhuizen en kinderopvang is toegenomen.

Figuur 2.1 Opbouw van de zorguitgaven<sup>1</sup> als percentage van het bbp



<sup>1</sup> Het CBS hanteert verschillende statistische reeksen waardoor bovenstaand figuur niet exact overeenkomt met tabel 2.1

Bron: CBS

Tabel 2.2 brengt de zorgvraag van verschillende leeftijdsklassen in beeld. De verschillen vallen uiteen in twee effecten: een leeftijdsgebonden effect en een cohort effect. Het leeftijdsgebonden effect maakt dat vooral ouderen behoefte hebben aan verpleging en thuiszorg door ouderdomskwalen<sup>1</sup>. Het cohort effect betekent dat verschillende cohorten verschillende kenmerken hebben waardoor ze een andere zorgvraag kunnen hebben. De zorgconsument van nu is niet te vergelijken met de zorgconsument van vroeger en ook niet met de consument van de toekomst. Cohorten verschillen bijvoorbeeld op inkomen en opgebouwd vermogen maar ook op leefstijl zoals eten en drinken en het gebruik van computers en mobiele telefoons. Dergelijke verschillen in de cohorten kunnen in de toekomst tot een andere zorgvraag leiden.

<sup>1</sup> Het opvallend hoge aandeel van 0-19 jaar in de welzijnszorg heeft vooral betrekking op de kinderopvang.



Tabel 2.2 Verdeling zorguitgaven per leeftijdsgroep en sector, 2007, procenten

	0-14	15-24	25-44	45-65	65-74	75-84	85+
Aandeel bevolking	18,1	12,0	28,5	26,9	7,9	5,0	1,6
Totaal zorguitgaven	13,5	6,8	17,7	24,4	12,1	14,5	11,0
Ziekenhuiszorg	10,1	5,8	19,3	31,0	16,5	13,3	3,9
Verpleging/thuiszorg	1,5	0,5	3,2	6,5	9,9	34,1	44,3
GGZ	8,1	13,0	35,5	28,6	6,9	5,5	2,5
Gehandicaptenzorg	10,8	17,5	29,5	31,9	6,3	3,0	1,1
Welzijnszorg	58,3	9,3	11,5	10,5	4,7	4,2	1,5

Bron: Kosten van Ziekten (CBS), bewerking EIB

### Sterke groei van de zorguitgaven in het verleden

Het CPB heeft een studie gedaan naar de historische en verwachte ontwikkeling van de zorguitgaven. In de historische analyse zijn de effecten van verschillende verklarende factoren op de groei van de zorguitgaven onderzocht. Tabel 2.3 laat het onderscheid naar de factoren die de zorguitgaven beïnvloeden zien. Dit is onderverdeeld naar een prijs- en een volumecomponent.

De totale zorguitgaven stijgen met gemiddeld 5,6% per jaar tussen 1981-2010. Dit wordt voor 2,6% per jaar bepaald door hogere prijzen in de zorg. De resterende groei van 3% per jaar is een groei van het volume: er wordt meer en betere zorg geconsumeerd. Deze volume-ontwikkeling wordt bepaald door demografie en welvaartstoename.

Zo verklaart de gerealiseerde welvaartsontwikkeling in het verleden (gemiddeld ongeveer 1%) rond 2% van de groei in de zorguitgaven. Een deel van de zorguitgaven blijft onverklaard. Het onverklaarde deel is bijvoorbeeld toe te schrijven aan veranderend beleid of een veranderde leefstijl.

Tabel 2.3 Uitsplitsing van de groei van de zorguitgaven

	1981-2010	1981-2000	2001-2010
<b>Nominaal (groeipercentage per jaar)</b>	5,6	5,0	6,7
Prijs zorg	2,6	2,8	2,3
<b>Volume (= nominaal – prijs zorg)</b>	3,0	2,2	4,4
Demografie (inclusief bevolkingsgroei)	1,0	1,1	0,7
Inkomen per persoon (welvaart)	1,9	1,8	2,0
<b>Onverklaard (= volume – demografie – inkomen)</b>	0,1	-0,7	1,7

Bron: CPB

### Grote stijging van zorguitgaven verwacht

Het CPB heeft berekend dat de uitgaven aan zorg historisch zijn gestegen van 8% van het bbp in 1972 naar 13% in 2010<sup>2</sup>. De verwachting is dat de uitgaven verder zullen stijgen naar tussen 19% en 32% van het bbp in 2040.

Om de toekomstige ontwikkelingen te verkennen heeft het CPB vier verschillende scenario's opgesteld; een trendmatig, lagere kosten, minder gezond en betere zorg scenario. In het trendmatige scenario worden de huidige trends doorgetrokken naar de toekomst, in het lagere kosten scenario zorgt technologische ontwikkeling voor een daling van de kosten, in het minder gezond scenario daalt de volksgezondheid door slechte levensstijl of epidemieën. In het betere zorg scenario zorgt snelle technologische ontwikkeling voor meer mogelijkheden en gebruik van zorg. Deze volumegroei zorgt voor een hogere levensverwachting en sterke stijging van de uitgaven aan de zorg. De consequenties van de verschillende scenario's zijn in tabel 2.4 weergegeven.

Tabel 2.4 Zorg en levensverwachting in vier omgevingsscenario's

	2010	2040			
		Trendmatig	Lagere kosten	Minder gezond	Betere zorg
<b>Levensverwachting bij geboorte (jaren)</b>					
Mannen	78,8	83	83	79	88
Vrouwen	82,7	86	86	83	90
<b>Zorguitgaven (% bbp)</b>					
Totale uitgaven	13,2	22	19	21	31
- waarvan curatieve zorg	8,7	13	11	12	21
- waarvan langdurige zorg	4,1	9	7	8	9
- collectieve financiering	10,9	18	16	17	25
<b>Kostendekkende premies (% bruto gezinsinkomen)<sup>1</sup></b>					
Tweeverdiener (modaal inkomen)	23,5	36	31	34	47
<b>Werkgelegenheid in personen (% totale werkgelegenheid)</b>					
Totaal zorg	12,8	22	20	20	29

1 Kostendekkende belastingen en premies (% bruto gezinsinkomen), voor een tweeverdiener met anderhalf keer modaal inkomen

Bron: CPB

In alle door het CPB geraamde scenario's is sprake van toenemende zorguitgaven. Ook in het lagere kosten scenario voorziet het CPB een toename van de uitgaven aan zorg. Het trendmatige scenario voorziet een stijging van de uitgaven van bijna tien procentpunt van het bbp tot een niveau van meer dan een vijfde van het bbp. In het hoogste scenario zullen de uitgaven bijna verdrievoudigen en uiteindelijk bijna een derde van het bbp uitmaken. In dit scenario bedragen de zorguitgaven bijna de helft van het modale gezinsinkomen en werkt bijna een derde van de beroepsbevolking in de zorg.

2 Het CPB neemt uitgaven aan bijvoorbeeld kinderopvang en sociaal-cultureel werk niet mee in de berekening van de zorguitgaven waardoor er een verschil ontstaat tussen de CBS-definitie en het CPB-perspectief (vergelijk tabel 2.1 en 2.4).

De voornaamste verschillen tussen de scenario's zitten overigens in de curatieve zorg. De verschillen in de uitgaven aan de langdurige zorg (care) tussen de scenario's zijn klein.

### Scenario's even waarschijnlijk

In deze markt waar beleid en collectieve financiering een grote rol spelen, is het de vraag in hoeverre de geschetste ontwikkelingen realistisch zijn. Het 'Betere zorg' scenario leidt tot een fors groter beslag op het inkomen en het is de vraag of er bijvoorbeeld grenzen zijn aan de solidariteit of de bereidheid om zelf voor betere zorg te betalen. Het CPB doet, mede daarom, geen uitspraken over de waarschijnlijkheid van de afzonderlijke scenario's.

In deze studie ligt het accent op zorgvastgoed en niet op zorguitgaven. Zorguitgaven en investeringen in zorggebouwen lopen niet noodzakelijk gelijk op. De CPB scenario's worden in dit onderzoek daarom vooral als richtinggevend gezien, waarbij het CPB scenario 'Trendmatig' het meest overeenkomt met de op te stellen bouwproductieraming in hoofdstuk 4. Ook deze productieraming wordt voor een belangrijk deel gebaseerd op de historische trends en verhoudt zich mede daardoor met de geschetste trendmatige ontwikkeling door het CPB.

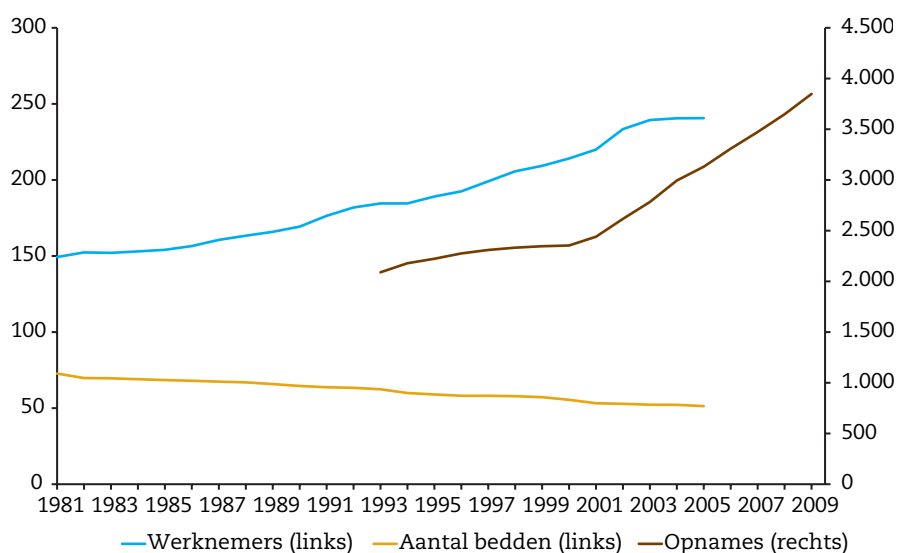
## 2.2 Zorgconsumptie in volumes

De vraag naar zorg, uitgedrukt in uitgaven, is de afgelopen decennia duidelijk toegenomen. Vervolgens is het de vraag hoe deze toename in de uitgaven zich heeft vertaald in consumptie van verschillende soorten zorg. Er is gekeken naar de ontwikkeling in verschillende segmenten, zoals ziekenhuizen, verpleging en verzorging en extramurale zorg.

### Productiviteit per bed in ziekenhuizen is gestegen

Figuur 2.2 laat zien dat het aantal ziekenhuiswerknemers en -opnames is toegenomen, maar dat de hoeveelheid bedden is afgenomen. Vooral het aantal opnames is vanaf 2000 toegenomen wat waarschijnlijk verklaard wordt door het loslaten van de strakke budgettering: het wegwerken van de wachtlijsten<sup>3</sup>.

Figuur 2.2 Ontwikkeling van enkele volumes in ziekenhuizen, duizendtallen



Bron: EIB

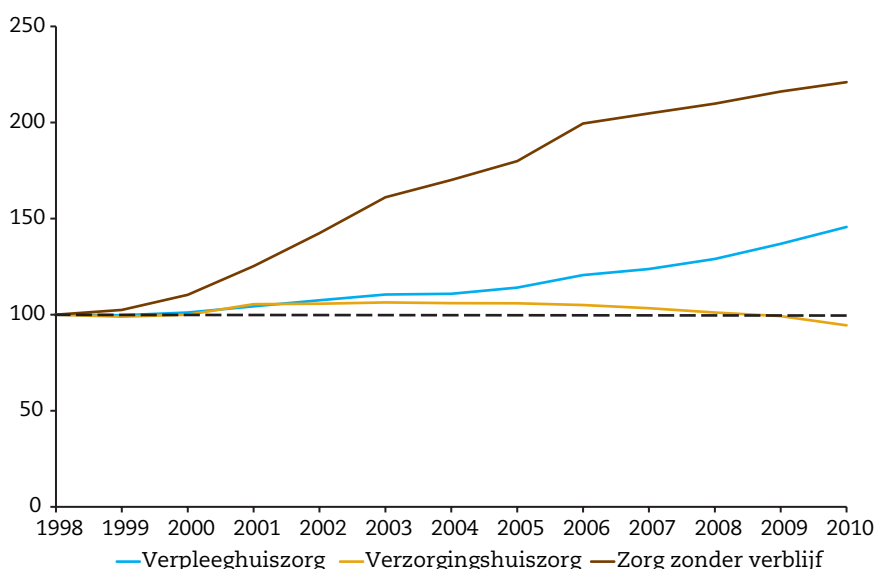
3 CPB (2012).

De geleverde zorg in ziekenhuizen heeft zich dus steeds meer gericht op klinische behandeling en minder op herstel daarna. Verder kan het zijn dat vanwege sterke prikkels tot kostenbesparing de arbeidsintensiviteit afneemt. Het totaal aantal verpleegdagen in ziekenhuizen is afgenomen, wat een lagere behoefte aan bedden bevestigt. Wanneer de behoefte aan bedden blijft afnemen, ondanks de groei van het aantal opnames, heeft dit logischerwijs gevolgen voor de vraag naar vastgoed voor ziekenhuizen.

### Verschuiving van intra- naar extramurale zorg

Het afgelopen decennium heeft een verschuiving plaatsgevonden van intra- naar extramurale zorg. Figuur 2.3 laat zien dat het volume extramurale zorg veel sneller is toegenomen dan het volume intramurale zorg. Toename van de extramurale zorg wijst op een groei van de thuiszorg. Het volume van de door verzorgingstehuizen geleverde zorg is sinds 1998 juist afgenomen. Deze bestaande trend van intra- naar extramurale zorg heeft waarschijnlijk een drukkende werking op de groei van de vraag naar zorgvastgoed.

**Figuur 2.3** Ontwikkeling van het zorgvolume in verpleeghuizen, verzorgingstehuizen en extramurale zorg, 1998 = 100



Bron: CBS

## 2.3 Regionale verschillen

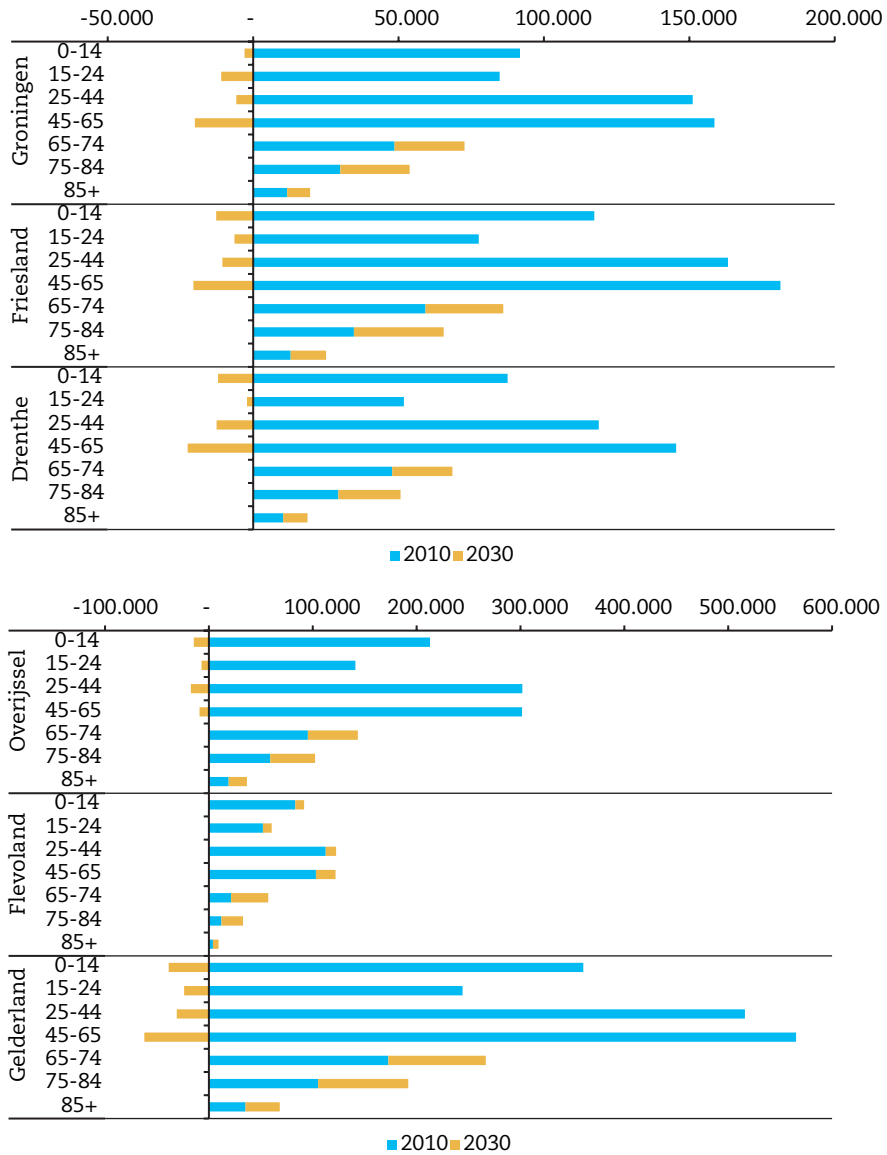
### Regionale verschillen beperkt

De meeste mensen blijken op latere leeftijd niet meer zo vaak te verhuizen<sup>4</sup>. Wanneer dit in de toekomst zo blijft, zal de komende decennia de procentuele groei van het aantal ouderen per regio overal ongeveer gelijk zijn. Hierdoor zal de behoefte aan zorg voor ouderen zich in elke regio relatief ongeveer hetzelfde ontwikkelen.

Figuur 2.4 en figuur 2.5 laten de verwachte toe- en afname van de bevolking per leeftijdsklasse en provincie tussen 2010 en 2030 ten opzichte van de bevolking in 2010 zien. De blauwe staaf staat voor de bevolking in 2010 en de gele staaf is de toe- (rechts) of afname (links) van de bevolking tot 2030. Deze figuren onderstrepen dat regionaal gezien overal het aantal ouderen toeneemt en dat dit in verhouding tot de bestaande oudere bevolking overal ongeveer even sterk oploopt.

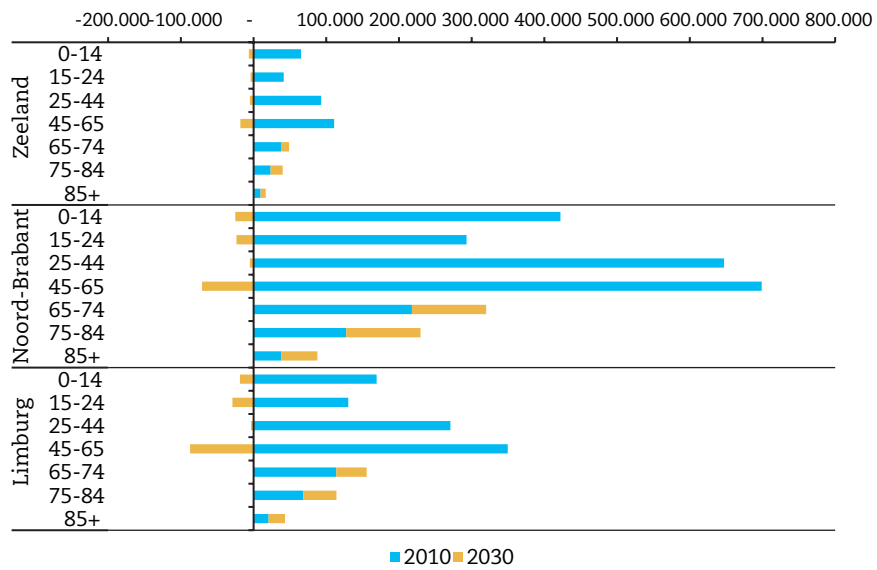
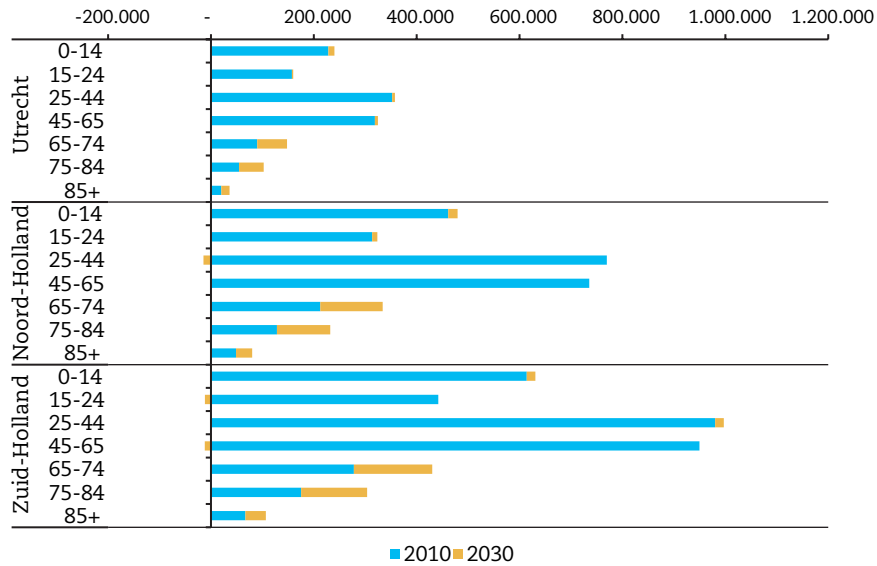
<sup>4</sup> WoON 2009.

**Figuur 2.4 Regionale bevolkingsontwikkeling per leeftijdsklasse, aantal personen, 2010 en saldo 2030, Noord- en Oost-Nederland**



Bron: CBS

**Figuur 2.5 Regionale bevolkingsontwikkeling per leeftijdsklasse, aantal personen, 2010 en saldo 2030, West- en Zuid-Nederland**



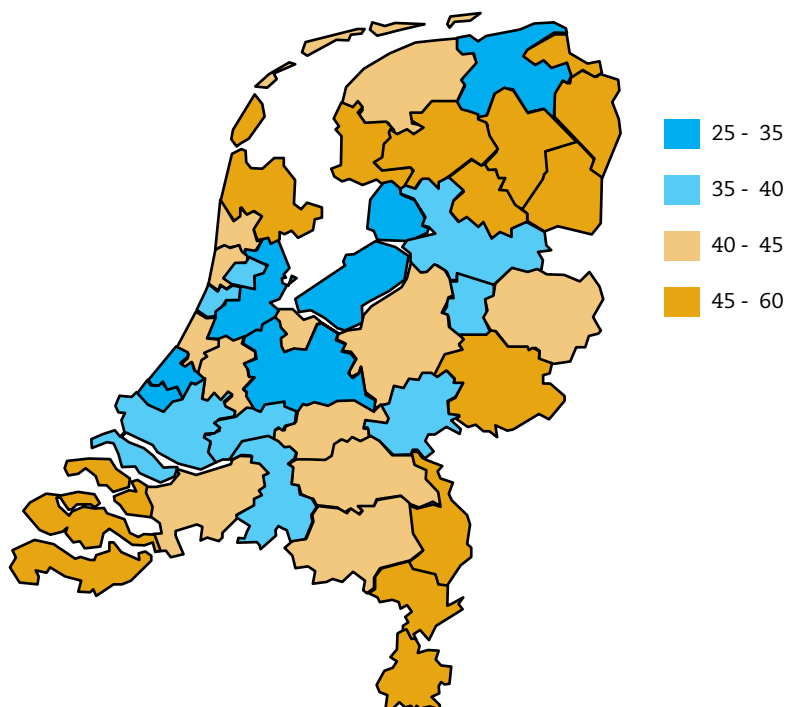
Bron: CBS

### Grijze druk varieert regionaal wel sterk

Het aantal ouderen in verhouding tot de rest van de bevolking, de grijze druk, verschilt wel per regio. Deze regionale verschillen zeggen iets over de lange termijnbehoefte aan (zorg)vastgoed en geschikte (zorg)woningen nadat de golf van de babyboom geweest is. Als deze golf geweest is, valt de vraag in delen van het land waarschijnlijk voor een deel weg omdat de volgende cohorten ouderen steeds weer kleiner zijn.

Bovendien maken lage bevolkingsdichtheden in krimpgebieden het moeilijker adequate zorg te bieden. Zo is het de vraag of er voldoende schaal is om de voorzieningen op peil te houden. Ook spelen er mededingingsvraagstukken. Zorgverzekeraars zijn sterk regionaal georganiseerd, waardoor in sommige dunner bevolkte regio's van een (te) sterke marktpositie sprake kan zijn. Figuur 2.6 maakt duidelijk dat de vergrijzing sterker speelt in de meer perifere regio's van Nederland.

Figuur 2.6 Percentage 65+-ers ten opzichte van de beroepsbevolking (15-65 jaar), grijze druk, in 2030



Bron: ABF (PRIMOS 2011), bewerking EIB

### Vershil in gezondheidservaring per regio

Een ander regionaal verschil is dat sommige regio's relatief ongezonder zijn dan andere regio's<sup>5</sup>. Ongezondere regio's hebben bijvoorbeeld een lagere levensverwachting en minder gezonde jaren. Regio's met een lagere sociaaleconomische status en een lager bbp hebben over het algemeen een lagere levensverwachting en een ongezondere bevolking.

Figuur 2.7 Minder goede ervaren gezondheid 2005-2008, totale bevolking, per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht



Bron: : CBS, bewerking RIVM

## 2.4 Welvarender, hoger opgeleid en gezondere ouderen

### Ouderen in de toekomst steeds welvarender

De huidige en toekomstige generaties ouderen zijn veel welvarender dan de ouderen in het verleden. Tabel 2.5 illustreert de toename van het vermogen van ouderen in het afgelopen decennium. Ouderen met meer vermogen hebben in toenemende mate de mogelijkheid om ruimer en luxer van de oude dag te genieten; dit gebeurt ook al. Dit blijkt bijvoorbeeld doordat welvarender ouderen minder gebruik maken van de AWBZ dan armere ouderen; deze welvarender groep regelt zijn oude dag vaker zelf. In sommige gevallen wordt dan maar een deel van het AWBZ-pakket afgenomen en wordt in de rest, zoals huisvesting, zelf voorzien. Dit betekent dat de zorgvraag in de care, zeker in de toekomst, niet beperkt blijft tot de verzekerde zorg.

Naarmate toekomstige generaties ouderen rijker worden, zullen zij vaker voor luxere oudedagvoorzieningen kiezen. Hierbij gaat het om verschillende aspecten: grotere appartementen, mooiere locatie, meer voorzieningen in pandig of nabij en meer dienstverlening. Voor de bouw liggen er kansen om in deze naar verwachting groeiende vraag naar luxe zorgwonen te voorzien.

5 RIVM (2006).



Tabel 2.5 Totale vermogen van ouderen in 1995-2010

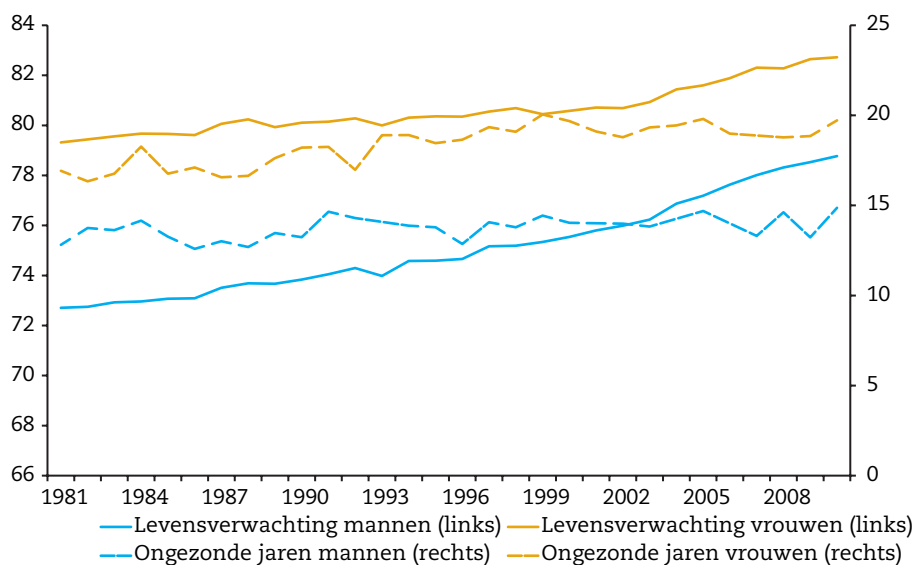
	€ miljoen, prijzen 2010					Gemiddelde jaarlijkse groei, %
	1995	2000	2006	2009	2010	95-10
55 - 65	102	189	327	348	336	8,3
65 - 75	91	142	202	235	241	6,7
> 75	66	114	152	168	170	6,5
<b>Totaal</b>	<b>259</b>	<b>445</b>	<b>681</b>	<b>751</b>	<b>747</b>	<b>7,2</b>

Bron: CBS

Volgens een studie van het SCP is de toekomstige groep ouderen voor een steeds groter deel, naast welvarender, tevens hoger opgeleid en gezonder dan voorheen. Hierdoor zullen ouderen er voor kiezen om langer thuis te blijven wonen en voorzieningen te treffen om dit mogelijk te maken. De mogelijkheden om langer thuis te blijven zijn door trapliften en andere woningaanpassingen zoals domotica bovendien steeds meer verruimd. Door verandering in welvaart en voorkeuren van ouderen ontstaan er dus kansen voor partijen die in deze nieuwe wensen ten aanzien van ouderenwoningen kunnen voorzien.

In het navolgende kader 'Nieuwe woonvormen voor ouderen' worden enkele nieuwe woonvormen verder besproken.

Figuur 2.8 Ontwikkeling van de levensverwachting van mannen en vrouwen, jaren



Bron: CBS

### Levensverwachting en het aantal ongezonde jaren nemen beide toe

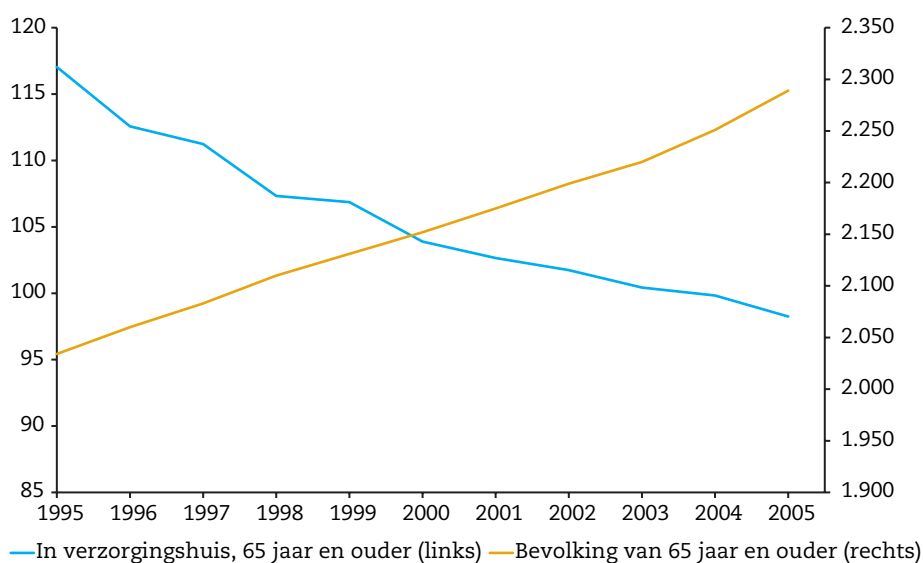
Een andere relevante demografische ontwikkeling is de toename van de levensverwachting, zie figuur 2.8. Omdat ouderen een belangrijk aandeel in de zorgvraag hebben, zorgt een toename van de levensverwachting voor een extra toename van de zorgvraag. De toename van de zorgvraag door een toename van het aantal ouderen zal zich voornamelijk voordoen in voor ouderen belangrijke zorg, zoals de verpleging. Verschillende studies van het CBS, CPB en RIVM voorspellen dat de levensverwachting de komende decennia verder zal stijgen. Het valt te verwachten dat de daarmee gepaard gaande vraag naar zorg dus verder zal toenemen.

Uit een studie van het RIVM blijkt dat een groot deel van de zorg zich in de laatste levensjaren afspeelt. Een toename van de zorgbehoevende jaren zal dus leiden tot een snellere stijging van de uitgaven aan zorg. Bovendien neemt het aantal ongezonde jaren toe. Een toename van het aantal ongezonde jaren impliceert dat er in de toekomst per persoon meer zorg zal worden geconsumeerd.

### Afname aantal ouderen in verzorgingshuizen

Een van de consequenties van de grotere welvaart en meer keuzevrijheid van ouderen is de afname van het aantal ouderen in verzorgingshuizen, zie figuur 2.9. Naast de toenemende welvaart wordt deze afname gedreven door beleidsmaatregelen: lichtere gevallen krijgen steeds minder makkelijk toegang doordat via budgetten de capaciteit is beperkt. Bovendien voert de overheid actief beleid om ouderen langer zelfstandig te laten wonen.

**Figuur 2.9** Aantal personen van 65 jaar en ouder in een verzorgingshuis en totale bevolking van 65 jaar en ouder, x 1.000



Bron: CBS

## Nieuwe woonvormen voor ouderen

Ouderen gaan minder vaak naar een verzorgingshuis dan voorheen. In toenemende mate is het mogelijk om bijvoorbeeld in de eigen woning oud te worden. Andere ontwikkelingen die er voor zorgen dat ouderen niet naar het verzorgingshuis gaan, zijn groepswonen, en gestippeld wonen of buurtnetwerken.

Bij groepswonen gaat het om een project met zelfstandige woningen en tenminste één gemeenschappelijke ruimte. Deelnemers aan de groep zijn bereid om gezamenlijke activiteiten te ondernemen en elkaar hulp te bieden. De groep bewoners vormt een vereniging die verantwoordelijkheid draagt voor het project en het toelaten van nieuwe bewoners. Doordat de groep zelf verantwoordelijkheid draagt, ziet groepswonen er per groep anders uit. Op verschillende plaatsen in Nederland zijn dit soort initiatieven ontplooid.

Gestippeld wonen of buurtnetwerken leunt niet op een specifiek project/complex. Wel is weer sprake van een gemeenschappelijke ruimte en het samen ondernemen van activiteiten. Er zijn verschillende varianten: de groepsbewoners delen een etage, zijn verspreid over een flat of zelfs over een buurt. Onderlinge contacten en wederzijdse hulp maken het hier ook weer mogelijk langer zelfstandig te blijven wonen, zonder naar een verzorgingshuis te hoeven.

Bron: Federatie Gemeenschappelijke Wonen

## 2.5 Beleid in de zorgmarkt

### Meer marktwerking

Het afgelopen decennium is een aantal hervormingen van het zorgstelsel doorgevoerd die een transitie van aanbod- naar vraaggestuurde zorg ten gevolg moeten hebben.

Ten eerste is de Zorgverzekeringswet (ZVW) ingevoerd. De ZVW verplicht alle burgers zich te verzekeren tegen ziektekosten met een wettelijk voorgeschreven basispakket. Zorgverzekeraars zijn op hun beurt verplicht om alle burgers als verzekerde te accepteren tegen een vaste premie. Verzekeraars mogen met de premie niet discrimineren tussen groepen door bijvoorbeeld chronisch zieken meer te laten betalen. De verzekeraars mogen wel concurreren met aanvullende pakketten zorgverzekering. Verder kunnen zij ervoor kiezen om verzekeringen aan te bieden met hoger eigen risico, maar een lagere premie. Door deze concurrentie hebben consumenten meer keuze in hun zorgconsumptie en worden zorgverzekeraars geprikkeld om kosten-effectief te opereren.

De verzekeraars moeten met de zorgaanbieders onderhandelen over de vergoedingen. Verzekeraars concurreren met elkaar op kosten. Des te lager de kosten, des te lager de premie die kan worden berekend. Hierdoor ontstaat een prikkel om efficiënt te werken en een goede prijs-kwaliteit verhouding te bedingen bij zorgaanbieders. De veronderstelling is dat verzekeraars hier richting zorgaanbieders beter in slagen dan individuele burgers.

In 2007 is de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) in werking gesteld. De Wmo bevat een wettelijke opdracht aan gemeenten om voorzieningen te treffen gericht op maatschappelijke ondersteuning. Een deel van de zorg die voorheen onder de AWBZ viel, is overgeheveld naar de Wmo. De Wmo is alleen van toepassing als de zorg niet uit andere voorzieningen betaald kan worden en als de algemene voorzieningen in de gemeente niet voldoende zijn.

Verder is de AWBZ veranderd door meer met functiegerichte in plaats van instellinggerichte beschrijvingen te werken. Hiervoor zijn zorgzwaartepakketten opgesteld. Deze zorgzwaartepakketten geven aan hoeveel zorgbehoefte een cliënt heeft en zijn verdeeld in tien categorieën (zie bijlage C). Aan de hand van deze zorgzwaartepakketten stelt het GIZ vast op hoeveel zorg de cliënt aanspraak maakt. Deze nieuwe regelingen hebben tot doel een meer vraaggestuurde, en daarmee doelmatigere en cliëntvriendelijke zorg te creëren.

### **Gewijzigde bekostigingssystematiek leidt tot zakelijker beslissingen in het zorgvastgoed**

In het nieuwe zorgstelsel worden de zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor hun productie en investeringen, waaronder investeringen in vastgoed. Een van de belangrijkste veranderingen met betrekking tot vastgoed is het afschaffen van het bouwregime. In het verleden moesten zorginstellingen een vergunning aanvragen bij het College bouw zorginstellingen (Cbz) en na goedkeuring waren ze niet meer verantwoordelijk voor de bouwkosten, want de kapitaallasten werden volledig vergoed door middel van nacalculatie. De zorginstellingen waren hierdoor niet risicodragend voor de gemaakte investeringen. Door dit bouwregime waren er prikkels om te veel en te groot te bouwen.

In het nieuwe stelsel zijn de kapitaallasten ondergebracht in de algemene tarieven via de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Onder de AWBZ wordt daarnaast nog steeds op toelating en capaciteit gestuurd. Door deze integrale tarieven worden zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor de exploitatie van hun vastgoed en de daarbij behorende risico's. De investeringsbeslissing is gedecentraliseerd en de financiering is losgemaakt van de beslissing om te gaan bouwen. De gedachte is dat vastgoedbeslissingen nu zakelijker worden genomen: grondprijs, afstootbaarheid en herbesteding worden zwaarder meegewogen. De investeringen in vastgoed moeten rendabel zijn. De verwachting is dat zorginstellingen zich hierdoor doelgerichter en efficiënter zullen gaan vestigen.

### **Gewijzigde bekostigingssystematiek leidt ook tot ander risicoprofiel**

Door de wijziging in de bekostigingssystematiek is het risicoprofiel van zorginstellingen veranderd. Omdat zorginstellingen nu zelf risicodragend zijn voor hun vastgoed benaderen banken de financiering van zorgvastgoed anders dan onder het bouwregime. Doordat zorginstellingen bovendien vooral voor een korte periode, 1 jaar, contracten aangaan met verzekeraars, wordt de financiering van zorgvastgoed verder bemoeilijkt.

Deze kortlopende contracten veroorzaken onzekerheid over de kasstroom na dat jaar en banken willen daarom graag van verzekeraars weten of ze 'achter' een zorginstelling staan. Om meer zekerheid te bieden, wordt geprobeerd langere contracten met verzekeraars af te sluiten. Ziekenhuizen zijn hierin verder dan de GGZ en V&V. Een verhoogd risicoprofiel van zorgvastgoed leidt tot een hogere rente en een kortere duur van leningen.

De zorg beschikt over een eigen waarborgfonds, het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ). Met een borgstelling van het WFZ kan een zorginstelling tegen gunstige condities financiering aantrekken voor investeringen. Voorstelbaar is dat het bestaan van een waarborgfonds een deel van de nadelige gevolgen van de grotere eigen verantwoordelijkheid kan wegnemen.

Uit de gesprekken met verschillende partijen is verder naar voren gekomen dat zorginstellingen vaak moeite hebben met het opstellen van een businesscase. Banken eisen een degelijk, goed onderbouwd plan met een duidelijk omschreven rendement voordat zij een lening afgeven voor nieuw vastgoed. Een van de uitdagingen voor zorginstellingen is hier meer ervaring mee op te doen.

### **Voortzettende extramuralisering**

Een belangrijke trend is het steeds meer buiten de muren van een instelling verlenen van zorg: extramuralisering. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) voorspelt dat extramuralisering in de toekomst een steeds grotere rol zal spelen in de zorgsector<sup>6</sup>. De toename van extramuralisering wordt gedreven door demografie, consumentenvoorkeuren en overheidsbeleid.

De overheid voert door bijvoorbeeld subsidiëring een actief beleid om extramurale zorg te stimuleren en ouderen langer zelfstandig te laten wonen. De eigen bijdrage voor extramurale zorg is veel lager dan voor intramurale zorg. Extramurale zorg is goedkoper en daarmee een mogelijke oplossing voor de oplopende zorgkosten.

Door regelwijzigingen is het realiseren van mantelzorgwoningen vereenvoudigd en in het verlengde daarvan voorspelt het SCP dat de mantelzorg de komende jaren verder zal toenemen.

---

6 SCP (2009).

Er wordt bovendien verwacht dat toekomstige generaties ouderen meer voor elkaar zullen gaan zorgen, zie voorgaande kader 'Nieuwe woonvormen voor ouderen'.

De overheid zet in op zo zelfstandig en lokaal mogelijk (extramurale) zorg te leveren<sup>7</sup>. Denk hierbij aan gezondheidszorgcentra in de buurt, verhoogde zelfredzaamheid en een grotere rol voor wijkverpleegkundigen. Meer flexibele woningaanpassingen zoals trapliften en natte cellen, die ook in een andere woning opnieuw ingezet kunnen worden, bevorderen verdere extramuralisering. Deze beleidsinzet zal een drukkend effect hebben op de vraag naar zorgvastgoed.

### **Extramuralisering verschilt per sector**

Extramurale zorg speelt in sommige zorgsectoren een grotere rol dan bij andere. In de geestelijke gezondheidszorg wordt extramurale zorg het langst toegepast en deze ontwikkeling is nog niet ten einde. De ontwikkeling van 'eHealth', hulpverlening via moderne communicatiemiddelen, is hiervan een bewijs. Extramurale zorg in de care is een meer recente ontwikkeling. Bij lichtere gevallen is het makkelijker om naar oplossingen in het eigen huis en de eigen buurt te zoeken dan bij zwaardere gevallen zoals dementie. De huidige instroom in de intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg betreft steeds zwaardere gevallen dan voorheen. Het 'laaghangend fruit' in de intramurale care is dus op enig moment geplukt waardoor verdere extramuralisering onder druk komt.

Wanneer de rantsoenering in de care doorzet, zal er in toenemende mate geen plek meer zijn voor ouderen met een zorgzwaartepakket (ZZP) van 1 tot en met 4. Een groot deel van de lagere ZZP indicaties worden op dit moment al niet meer geconsumeerd. Bij deze tussengroep liggen misschien mogelijkheden voor private partijen om een beschermde woonzorgomgeving aan te bieden als iemand liever niet in het eigen huis blijft. De situatie voor de groep ouderen met een ZZP indicatie van 1 tot en met 4 en een laag inkomen is op dit moment nog onduidelijk. Deze groep heeft straks geen recht meer op intramurale zorg en heeft niet het eigen vermogen om zelf zorg in te kopen.

### **Scheiding van wonen en zorg**

Door de val van het kabinet Rutte is onduidelijk hoe ver de beoogde scheiding tussen wonen en zorg in de toekomst zal gaan. Het in het voorjaar van 2012 gesloten Lenteakkoord wijst op een versnelde invoering van onderdelen van scheiden van wonen en zorg.

Scheiden van wonen en zorg betekent dat de wooncomponent uit de AWBZ gehaald wordt. Ouderen zijn dan zelf verantwoordelijk voor het betalen van hun woonlasten in een zorginstelling. Het idee is dat op deze manier de kosten van wonen en zorg gescheiden worden. Het is nog niet duidelijk in hoeverre ouderen hiervoor als compensatie huurtoeslag zullen ontvangen.

Verder verdwijnt met scheiden van wonen en zorg een deel van de ongelijkheid tussen intra- en extramurale zorg. Voorheen ontvingen cliënten van intramurale zorg naast een vergoeding voor de zorgkosten ook een vergoeding voor een woning, terwijl cliënten van extramurale zorg alleen een zorgvergoeding ontvingen uit de AWBZ. Het verschil werd dan weer deels teniet gedaan door een lagere eigen bijdrage voor extramurale zorg. In het nieuwe systeem ontvangen beide cliënten alleen een zorgvergoeding. Ouderen krijgen hierdoor meer keuzevrijheid doordat ze zelf kunnen kiezen welk deel van hun inkomen aan woonlasten wordt besteed. Minder vermogende cliënten kunnen daarnaast huurtoeslag aanvragen, onder de voorwaarde dat de woning voldoet aan de daarvoor gestelde eisen.

Scheiding van wonen en zorg zal enerzijds tot uitdrukking komen in meer thuiszorg en anderzijds zullen er ouderen zijn die kiezen voor een woning waarin zij, wanneer nodig, meer zorg kunnen krijgen. Scheiding van wonen en zorg zal dus bijdragen aan het verder extramuraliseren van zorg. Andere oplossingen die aan verdere extramuralisering bijdragen zijn qua grootte overzichtelijke appartementen, gelijkvloerse woningen en technieken als domotica.

Scheiden van wonen en zorg zal enerzijds waarschijnlijk een drukkend effect hebben op de vraag naar zorgvastgoed. Anderzijds valt te verwachten dat, doordat ouderen vaker thuis blijven

---

<sup>7</sup> Ministerie van VWS (2011), Kamerbrief 'Zorg en ondersteuning in de buurt', 14 oktober 2011.

wonen, de vraag naar nieuwe ouderenwoningen of verbouwing van bestaande woningen zal toenemen.

### **Flexibel bouwen**

De zorgmarkt is duidelijk aan verandering onderhevig door innovaties, zoals nieuwe technologie, behandelmethoden of medicatie. De ernstigste ziektes van nu zijn wellicht niet meer de aandoeningen over tien jaar. Zo wordt verwacht dat dementie op termijn een te genezen aandoening zal zijn, wat een sterke impact op de inrichting van instellingen zal hebben. Zoals geschetst speelt daarnaast beleid een belangrijke rol in de markt, wat op langere termijn ook een onzekerheid voor zorgaanbieders betekent.

De onzekerheid in de markt vraagt van zorginstellingen dat zij flexibel omgaan met hun zorgvastgoed. Flexibiliteit in zorgvastgoed betekent dat nieuw zorgvastgoed dusdanig gebouwd wordt, dat het makkelijker geschikt gemaakt kan worden voor andere doeleinden. Meer flexibiliteit kan door flexibele huisvestingsconcepten, een kortere levensduur van nieuwbouw of het bouwen van verschillende modules. Dit maakt het enerzijds mogelijk om aan verschuivingen in de behoefte van de eigen doelgroep te voldoen en anderzijds om eventueel te transformeren naar een andere functie. Hierdoor kan het overtollig geworden zorgvastgoed makkelijker worden verkocht aan andere partijen.

## **2.6 Segmentatie van de zorgmarkt**

Om de ontwikkelingen in de zorgmarkt en de relatie met het vastgoedgebruik beter te begrijpen, kan de zorgmarkt in segmenten worden ingedeeld. Zorgverleners hebben immers verschillende kenmerken en verschillende vooruitzichten voor de toekomst. Verschillende soorten zorg zijn afhankelijk van andere ontwikkelingen.

Het eerste evidente onderscheid wat gemaakt moet worden is die tussen cure en care. Dit breed gedragen onderscheid zegt iets over het soort zorg: genezing, tegenover verpleging en verzorging. In de cure is het vastgoed meer gericht op 'productie' terwijl het in de care meer gericht is op het bieden van een veilige woonomgeving.

### **Cure en care**

Er is geen eenduidige definitie van de begrippen cure en care. Voor deze publicatie is aansluiting gezocht bij de definitie van het CBS: gezondheidszorg is cure en welzijnszorg is care<sup>8</sup>.

In de gezondheids- en welzijnszorg werken circa 1,3 miljoen mensen (inclusief aanverwante sectoren zoals paramedische verslavingszorg en kinderopvang). De werkgelegenheid nam in de care sterker toe dan in de cure, zie figuur 2.10.

### **Cure**

De cure wordt voornamelijk vanuit de Zorgverzekeringswet (ZVW) bekostigd door premies voor de afgesloten verzekering, via de loonstrook en door een rijksbijdrage. De ZVW stelt een zorgverzekering voor iedereen verplicht. Hiervan wordt geneeskundige zorg betaald. De zorg wordt bijvoorbeeld verleend in het ziekenhuis of door een huisarts. Zorgverzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders over prijzen. Hierdoor worden zorgaanbieders gedwongen om meer kosten-effectief te werken.

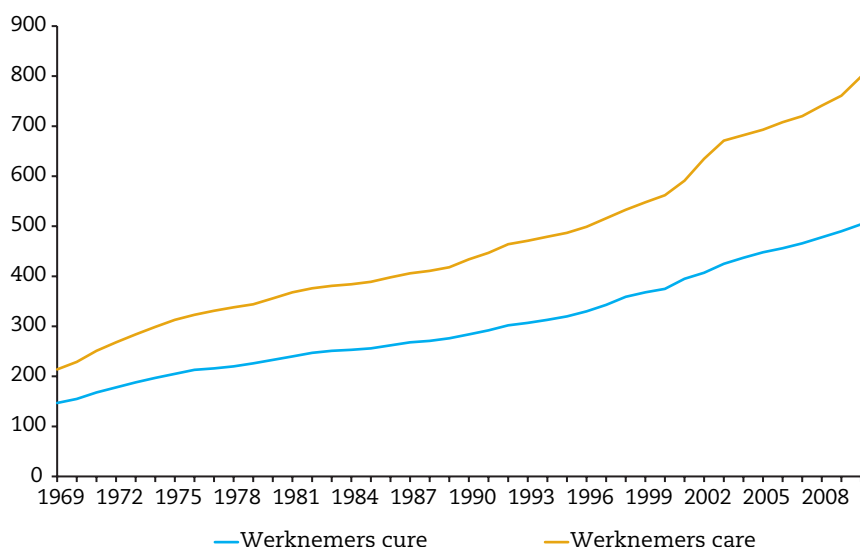
Door de toegenomen marktwerking en technische vooruitgang zijn ziekenhuizen genoodzaakt scherpere keuzes te maken in het aanbieden van zorg. In de praktijk leidt dit grofweg tot twee aanpakken:

- Een groter ziekenhuis waar specialismen worden geconcentreerd met satellietziekenhuizen in de omgeving;
- Regionale (middel-)grote ziekenhuizen die zich in verschillende disciplines specialiseren.

---

<sup>8</sup> Het CBS maakt nog een nader onderscheid in de welzijnszorg: verpleging, verzorging en begeleiding met overnachting, en maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting. Onder deze laatste vallen ook peuterspeelzalen en de kinderopvang.

Figuur 2.10 Werknemers in cure en care, in duizendtallen



Bron: CBS

De gekozen aanpak varieert afhankelijk van demografische omstandigheden en de positie van de verschillende stakeholders zoals het bestuur, verzekeraars en financiers.

### Care

In de care gaat het om verpleging en verzorging. Het intramurale deel van de care wordt geregeld via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en betreft ouderenzorg, gehandicaptenzorg en een deel van de geestelijke gezondheidszorg. De AWBZ is een verplichte collectieve verzekering voor het verzekeren tegen langdurige en onverzekerbare risico's. De extramurale care wordt steeds meer overgebracht van de AWBZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De Wmo wordt uitgevoerd door de gemeente en wordt via eigen bijdragen en een uitkering vanuit het Gemeentefonds bekostigd. Door extramuralisering is het aantal en soort taken dat uitgevoerd wordt vanuit de Wmo over de tijd toegenomen.

Het Rijk verdeelt de AWBZ-premie over zogeheten zorgkantoren, de contracteerruimte. Deze 32 regionale zorgkantoren doen de inkoop van de AWBZ-zorg. De grootste zorgverzekeraar in een regio beheert tegen een vergoeding het regionale zorgkantoor. Het niveau van de verdeelde AWBZ-premie is in feite een budgetrestrictie die bepaalt voor hoeveel plaatsen er in een regio budget is. Het zorgkantoor moet bijvoorbeeld toestemming geven om een verzorgingshuis om te bouwen naar verpleeghuis. Het aantal intramurale plaatsen wordt dus meer door budgetten beheerd dan door de vraag. Door verdere extramuralisering wordt er telkens voor de zwaardere gevallen plek gecreëerd binnen hetzelfde beperkte zorgaanbod.

Per 2013 zullen de zorgkantoren verdwijnen en zullen zorgverzekeraars elk voor hun eigen verzekerden zorg moeten inkopen. Waarschijnlijk zullen de verzekeraars gebonden blijven aan de contracteerruimte. Verzekeraars zullen zelf moeten bepalen op welke manier ze in heel het land voor hun verzekerden AWBZ-zorg gaan inkopen. Vasthouden aan de contracteerruimte betekent waarschijnlijk dat capaciteitsuitbreiding in de AWBZ-zorg in de praktijk moeilijk te realiseren blijft.

Maatschappij, gemeenten en zorgverzekeraars zullen bepalen waar uiteindelijk de grens tussen Wmo en AWBZ ligt. Door de AWBZ aan zorgverzekeraars te laten en gemeenten verantwoordelijk

te maken voor de Wmo ontstaat er een schot: de zorgverzekeraar houdt iemand het liefst zo lang mogelijk in de Wmo terwijl de gemeente op een gegeven moment iemand liever over ziet gaan naar de AWBZ. Het is daarom nu nog onduidelijk hoeveel zorgvraag uiteindelijk in de AWBZ achterblijft en om doelgericht vastgoed vraagt.

### **Geestelijke gezondheidszorg**

De geestelijke gezondheidszorg heeft zowel aspecten van cure als care in zich. Psychiatrische afdelingen of ziekenhuizen zijn als cure op te vatten en langduriger opvang als care.

### **Overig**

Enkele economische activiteiten die niet meteen met de zorg geassocieerd worden, vallen wel onder de bedrijfstak gezondheids- en welzijnszorg zoals gedefinieerd door het CBS. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld kinderopvang, peuterspeelzalen en maatschappelijk werk en lokaal welzijnswerk. Voor zover de statistieken dit toelaten worden deze activiteiten buiten beschouwing gelaten in de analyse van de zorgvastgoedmarkt.

### **Segmentatie**

In de markt is tenslotte nog een laatste onderscheid te maken, namelijk die tussen verzekerde en onverzekerde zorg. Verzekerde zorg is van oudsher gerantsoeneerd en groeit in dat segment zal naar verwachting van een andere orde zijn dan die in de onverzekerde zorg. Omdat de toekomstige ouderen gemiddeld genomen rijker zijn, wordt verwacht dat zij meer zorg zullen vragen dan waarvoor zij (verplicht) verzekerd zijn.

Gebruikers van zorgvastgoed zijn in figuur 2.11 toegedeeld aan een van vier kwadranten, gebaseerd op twee assen die het soort zorg typeren: cure of care, en verplicht verzekerd of vrijwillig/niet verzekerd. Het doel is een zinvolle en toe te passen differentiatie<sup>9</sup> tussen gebruikers van zorgvastgoed te maken.

Gebruikers in verschillende segmenten zouden alsnog in hetzelfde soort gebouw kunnen zitten. In veel gevallen wordt een gebouw pas zorgvastgoed doordat de gebruiker er zorg verleent. De segmentatie maakt het daarom vooral mogelijk, daar waar gebruikers wel voor een ander type gebouw kiezen, te bepalen hoe de vraag vanuit de zorg voor dat type gebouw er in de toekomst uitziet.

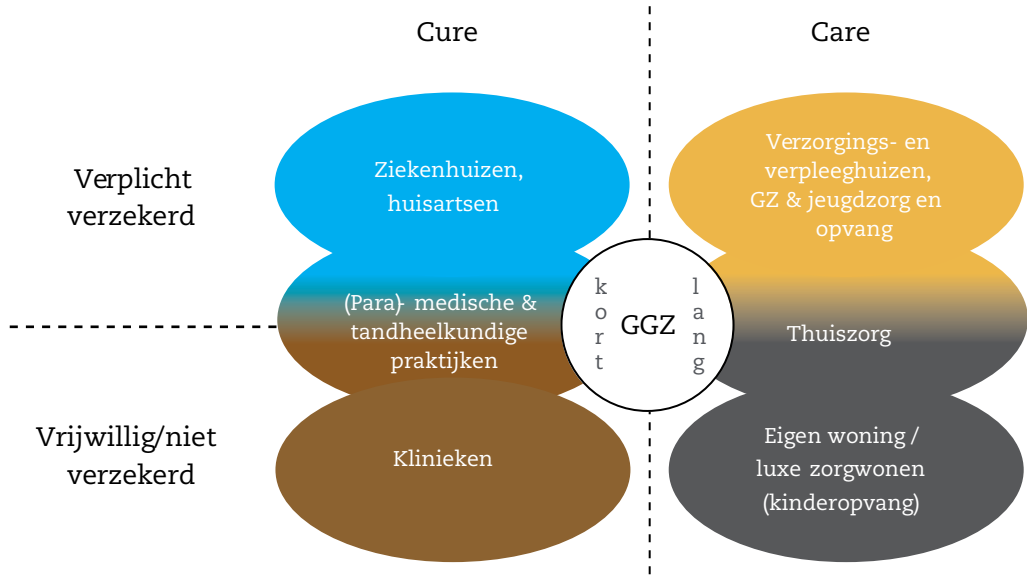
De segmenten van figuur 2.11 maken het vervolgens mogelijk na te denken over welke factoren op welk soort zorg van invloed zijn. Demografie heeft waarschijnlijk de meeste invloed op zorg die op basis van een verplichte verzekering wordt verleend. Verschillende trends zoals extramuralisering wegen waarschijnlijk zwaarder door in de care. Zonder uitpuittend te zijn, geeft figuur 2.12 conceptueel factoren die bovengemiddeld van invloed zijn op de vraagontwikkeling van dat type zorgverlening.

---

<sup>9</sup> Cure en care laten zich door middel van de SBI-classificatie van het CBS relatief logisch en makkelijk onderscheiden.

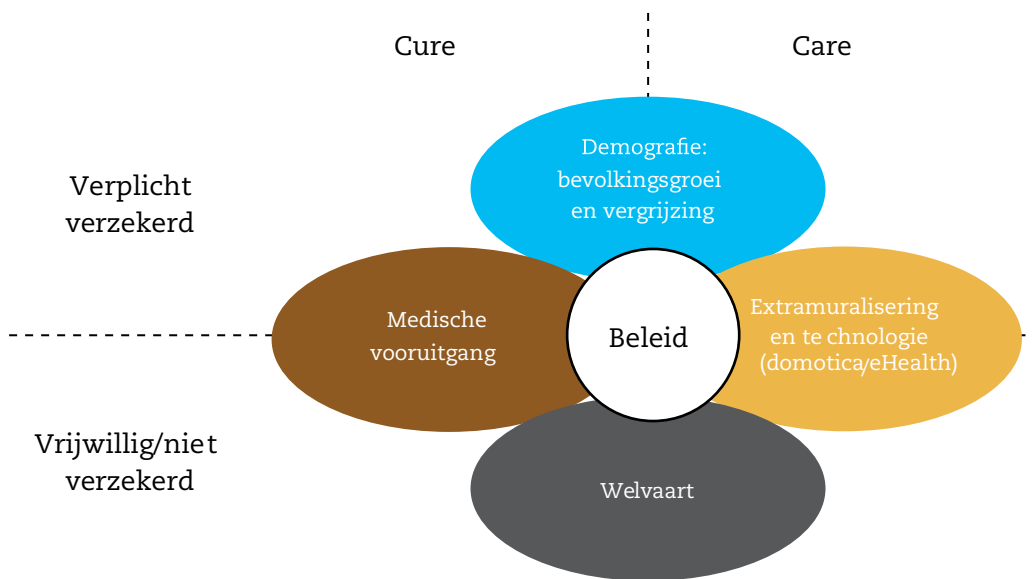


Figuur 2.11 Marktsegmentatie zorgaanbieders



Bron: EIB

Figuur 2.12 Drijvende krachten van de zorgconsumptie



Bron: EIB



### 3 Voorraadontwikkeling van het zorgvastgoed

In Nederland stond eind 2011 naar schatting voor ongeveer 52,0 miljoen m<sup>2</sup> aan vastgoed dat in gebruik is door gezondheids- en welzijnszorg. Jaarlijks breidt het vastgoedgebruik door de zorg zich uit met circa 800 duizend m<sup>2</sup>.

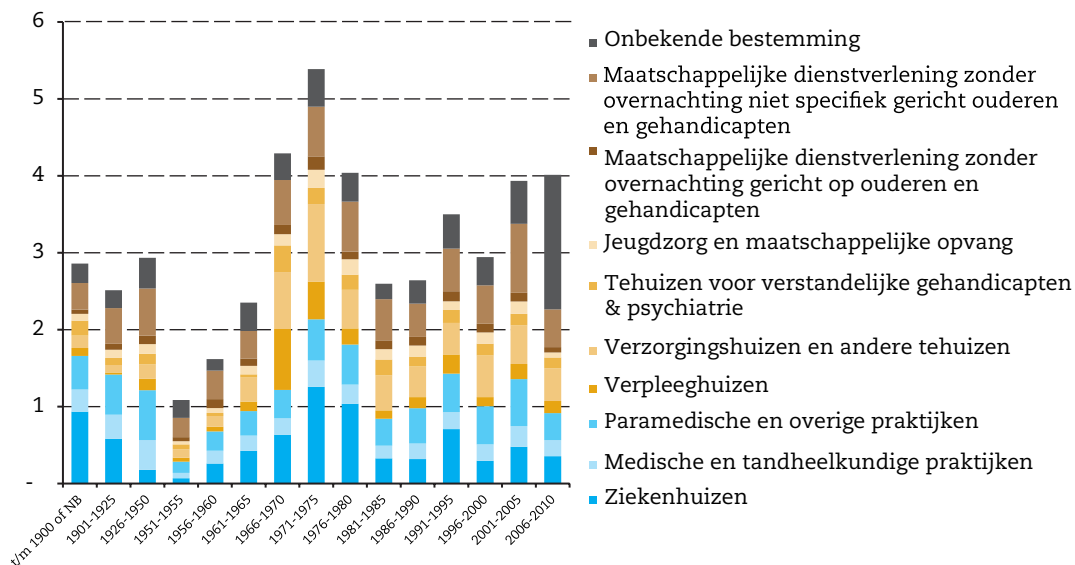
Net als de zorgmarkt zelf is zorgvastgoed zeer divers samengesteld. Om tot een volledig en aannemelijk beeld te komen is op basis van het nog lopende onderzoek 'Investeren in Nederland' van het EIB meer inzicht in het zorgvastgoed verkregen. In dit hoofdstuk wordt de samenstelling van de voorraad zorgvastgoed geanalyseerd.

#### 3.1 Historische ontwikkeling

##### Zorgvastgoed naar bouwjaarklassen: veel gebouwd eind jaren '60 en jaren '70

Het is mogelijk om de gebouwenvoorraad te specificeren naar de instelling die in dat gebouw is gevestigd. Zo is het vastgoedgebruik door zorginstellingen in kaart te brengen. Dit vastgoedgebruik is weergegeven in figuur 3.1. Het vastgoed is niet alleen gespecificeerd naar type zorginstelling maar ook naar bouwjaaren.

Figuur 3.1 Gebouwen met een zorgverlener en/of gezondheidszorgfunctie, m<sup>2</sup> naar bouwjaarklasse, per 2010



Bron: EIB

De leeftijdsamenstelling van het vastgoed laat de effecten van verschillende beleidsveranderingen duidelijk zien. Uit figuur 3.1 blijkt dat eind jaren '60 en jaren '70 relatief veel van het huidige vastgoed gebouwd is. Voorheen was het bouwregime de bekostigingssystematiek voor zorgvastgoed, zie paragraaf 2.5. In dit systeem werden alle bouwkosten door het rijk vergoed. Instellingen hadden daardoor een sterke prikkel tot budgetmaximalisatie, wat leidde tot meer vastgoed.

Gedurende de jaren '50 en '70 is het oppervlak per bed in ziekenhuizen bovendien steeds verder toegenomen (van 55 naar 80 à 90 m<sup>2</sup>), waardoor de investeringskosten sterk stegen.

### **Bezuinigingen op zorginvesteringen in de jaren '80**

Begin jaren '80 is nieuw beleid gemaakt om op deze groeiende zorginvesteringen te bezuinigen. Hierin was onder meer sprake van drie grootteklassen voor ziekenhuizen, met een maximaal oppervlak per bed: 74 m<sup>2</sup>/bed voor een basisziekenhuis, 76 m<sup>2</sup>/bed voor een centrumziekenhuis en 78 m<sup>2</sup>/bed voor een topziekenhuis.

Daarnaast is het Exploitatie Verlagend Initiatief (EVI) ingevoerd om de bouwproductie te bevorderen en toch op zorgkosten te kunnen bezuinigen. Om exploitatie verlagend te kunnen zijn, bestond er grote druk op deze initiatieven om de investering zo beperkt mogelijk te houden. Het effect is een sterke krimp van de bouw van care instellingen eind jaren '70 en eenzelfde krimp van de ziekenhuisbouw begin jaren '80. In verschillende interviews is aangegeven dat zorggebouwen gebouwd onder de EVI-systematiek een lage kwaliteit hebben en functioneel lastig herbestemd kunnen worden.

Door het bestaan van deze slechte EVI-gebouwen en de hoge bouwproductie in de jaren '60 en '70 lijkt er de komende jaren een flinke renovatie- en, op termijn, vervangingsopgave aan te komen.

### **Wegwerken van wachtlijsten geeft investeringsimpuls**

De lichte opleving van de zorgbouw sinds begin deze eeuw hangt waarschijnlijk samen met het loslaten van de strakke budgettering en het wegwerken van de wachtlijsten in de zorg.

De afgelopen jaren is de bekostigingssystematiek in de zorg veranderd van een budgetgeoriënteerde naar een vraagegeoriënteerde systematiek. De kosten van vastgoed worden verwerkt in de tarieven waardoor zorginstellingen zelf verantwoordelijk worden voor de exploitatie. De effecten van deze verandering in de bekostigingssystematiek zijn vanwege de korte tijdsperiode nog niet duidelijk merkbaar in de statistieken.

### **Voorraad zorgvastgoed in beeld met de BAG**

Met de Basis Administratie Gebouwen (BAG) is per 2012 een statistiek beschikbaar waarin alle gebouwen in Nederland met onder meer adres, omvang, functietypering en bouwjaar zijn terug te vinden. De typering van zorggebouwen in de BAG is binnen het nog lopende onderzoek 'Investeren in Nederland' verder uitgewerkt.

De voorraad zorgvastgoed is onderverdeeld naar segmenten (zie figuur 3.1). De verdeling is gebaseerd op de geregistreerde activiteit van de zorginstelling volgens de definities van het CBS: de Standaard Bedrijfsindeling (SBI 2008).

Het onderzoeksgebied van deze rapportage is al het vastgoed dat door een zorginstelling wordt gebruikt. Voor het bouwtype betekent dit, dat de analyse zich niet beperkt tot typische zorggebouwen maar zich ook uitstrekt naar bedrijfsgebouwen

### **Ontwikkeling van zorgvastgoed verschilt per gebruiker**

Figuur 3.2 geeft met indexcijfers inzicht in de ontwikkeling van het gebruik van zorgvastgoed door de verschillende gebruikers. Deze historische trend is geconstrueerd op basis van de bouwjaar van de huidige voorraad.

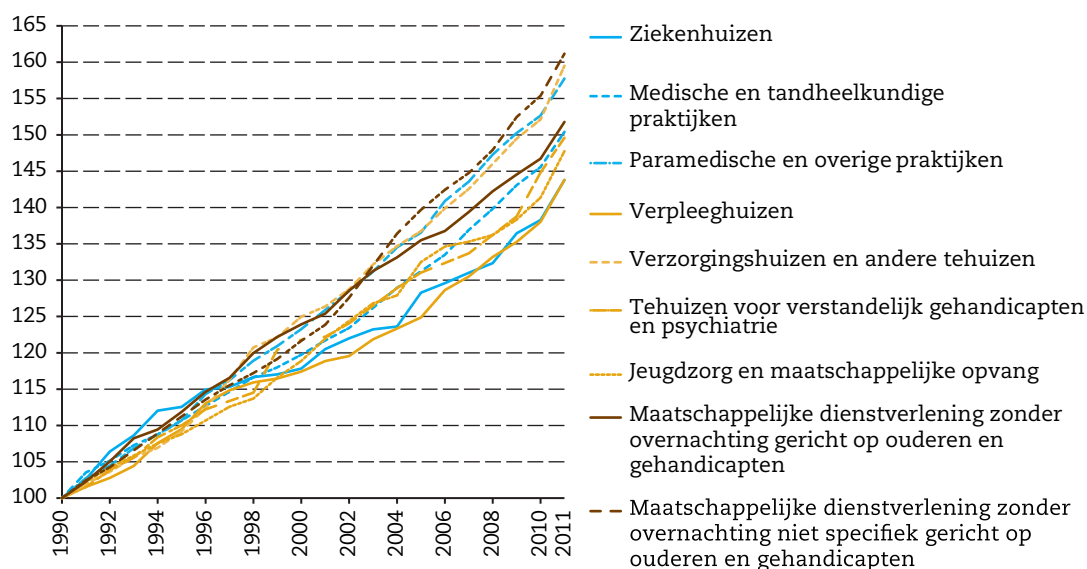
De groei van het zorgvastgoed verloopt niet in alle sectoren gelijk. De laagste groei van het vastgoedgebruik trad op in verpleeghuizen. De groei van het metrage ziekenhuizen loopt daarnaast duidelijk niet zo hard op als de uitgaven in de ziekenhuiszorg. Zie bijvoorbeeld figuur 2.2, waar al zichtbaar is gemaakt dat het aantal bedden achterblijft bij de groei van de werkgelegenheid en het aantal opnames.

De hoogste groei zat in de maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting die niet specifiek is gericht op ouderen en gehandicapten, waaronder thuiszorg. De extramuralisering en het in toenemende mate poliklinisch behandelen van gebreken zou dit kunnen verklaren.

Opvallend is het toenemende aantal m<sup>2</sup> aan verzorgingshuizen, want het volume verzorgingshuiszorg in dagen neemt af, zie figuur 2.3. Dit verschil kan te verklaren zijn door een toenemend metrage per persoon, bijvoorbeeld doordat meerpersoonskamers zijn omgebouwd naar eenpersoonskamers<sup>10</sup>. Bij hetzelfde aantal verzorgingshuisdagen neemt het metrage dan toe.

Ook kan het zo zijn dat instellingen die geregistreerd staan als verzorgingshuis steeds meer voor verpleging worden gebruikt. Zo blijkt bij nadere analyse dat het ruimtegebruik per werknemer in verzorgingshuizen sterk daalt en dichterbij het ruimtegebruik in verpleeghuizen in de buurt komt. Het wijst er op dat verzorgingshuizen wat dienstverlening betreft dichterbij verpleeghuizen zijn komen te liggen. Het totale metrage verzorgingshuizen laat dan een andere trend zien dan de maatstaven die juist op een daling van de activiteiten in verzorgingshuizen wijzen.

**Figuur 3.2** Ontwikkeling van het gebruik van zorgvastgoed, 1990-2011, indexcijfers, 1990 = 100



Bron: BAG, bewerking EIB

### 3.2 Vastgoed in gebruik naar type gebouwen

In de vorige paragraaf is het vastgoedgebruik naar type zorginstelling geanalyseerd. Van dit ruimtegebruik door de zorg is ook een historische ontwikkeling besproken. In deze paragraaf wordt het zorgvastgoed benaderd vanuit het type gebouw waarin de zorginstelling is gevestigd. Zo wordt de samenstelling van het vastgoed in gebruik door zorginstellingen in kaart gebracht.

In deze analyse wordt aan de ene kant onderscheid gemaakt naar type gebouwen met een echte gezondheidsfunctie, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen. Aan de andere kant wordt inzichtelijk hoeveel 'ander' vastgoed zorginstellingen gebruiken. Denk hierbij aan fysiotherapeuten of huisartsenpraktijken in een woning of een gezondheidscentrum of kinderopvang in een bedrijfsgebouw of kantoor.

<sup>10</sup> Plexus en BKB (2010).

### Gezondheids- en welzijnszorg had 52 miljoen m<sup>2</sup> gebouwen in gebruik in 2010

Tabel 3.1 geeft een indruk van de samenstelling van de naar schatting 52,0 miljoen m<sup>2</sup> zorgvastgoed in Nederland zoals die er in 2010 stond. Er zijn voor 24,3 miljoen m<sup>2</sup> verblijfsobjecten met de functie gezondheidszorg. Hiervan heeft 2,8 miljoen m<sup>2</sup> ook een woonfunctie, zoals een tandarts met praktijk aan huis. Van dit metrage is bij benadering 21,7 miljoen m<sup>2</sup> in gebruik door zorginstellingen zelf en 2,6 miljoen m<sup>2</sup> door andere bedrijvigheid.

Zorginstellingen gebruiken ook nog eens 30,3 miljoen m<sup>2</sup> in verblijfsobjecten zonder expliciete gezondheidszorgfunctie in de BAG. Met 16,1 miljoen m<sup>2</sup> heeft het grootste deel een woonfunctie in de BAG. Het resterende deel heeft betrekking op kantoren of andere bedrijfsruimten in gebruik door zorginstellingen. Ook kan het zo zijn dat dit wel zorggebouwen zijn maar dat deze in de BAG nog niet als zodanig zijn gedefinieerd. De BAG is pas recent volledig te gebruiken. De database is gevuld en wordt geactualiseerd door de gezamenlijke gemeenten en niet alle gemeenten hebben de informatievoorziening al helemaal op orde.

**Tabel 3.1 Samenstelling van het vastgoed in gebruik door zorginstellingen, miljoen m<sup>2</sup>, 2010**

Gebouw...	Bron BAG	Bewerking EIB
Met gezondheidszorgfunctie	24,3	24,3
(waarvan in combinatie met een woonfunctie)	2,8	2,8
- waarvan in gebruik door een zorginstelling	16,6	21,7 <sup>1</sup>
- waarvan niet in gebruik door een zorginstelling	(2,0)	(2,6) <sup>1</sup>
Zonder gezondheidszorgfunctie, maar wel in gebruik door zorginstelling		30,3
- waarvan woningen		16,1
<b>Vastgoed gebruikt door een zorginstelling</b>		<b>52,0</b>

<sup>1</sup> Niet van alle zorggebouwen is een gebruiker bekend. Met leegstand is geen rekening gehouden

Bron: : BAG, bewerking EIB

### Volume zorgvastgoed neemt toe

Tabel 3.2 geeft een historisch perspectief op de ontwikkeling van het vastgoed in gebruik door zorginstellingen. Deze historische ontwikkeling is geconstrueerd op basis van de bouwjaren in de huidige database. De onderlinge verhoudingen tussen de verschillende onderdelen wijzigen over de periode 1990-2010 weinig. De totale toename van het aantal m<sup>2</sup> in de periode 1990 tot en met 2010 bedroeg ongeveer 16,6 miljoen. Dat betekent dat het zorgvastgoed in deze periode gemiddeld jaarlijks met ongeveer 800.000 m<sup>2</sup> is uitgebreid.

### Niet al het zorgvastgoed heeft een gezondheidszorgfunctie

Het is mogelijk nader te specificeren door welke soort zorginstellingen zorgvastgoed gebruikt wordt. Een beter begrip van de huidige verdeling van zorginstellingen over het zorgvastgoed helpt bij het vormen van een beeld van de toekomstige behoefte aan zorgvastgoed. Tabel 3.3 geeft een nadere uitsplitsing van het zorgvastgoed naar gebruiker verdeeld over verblijfsobjecten met en zonder gezondheidszorgfunctie.

Het resulterende beeld komt goed overeen met de typering van de verschillende onderdelen van de zorg: des te sterker de genezingscomponent van de zorg des te vaker is men gevestigd in een verblijfsobject met een formele gezondheidszorgfunctie. Verzorgende en kleinschaliger activiteiten, zoals verzorgingshuizen en huis- en tandartsen, zitten vaker in een verblijfsobject zonder gezondheidszorgfunctie. Van het totale volume zorgvastgoed wordt 46% gebruikt door de cure, 30% door intramurale care en 24% door extramurale care (waaronder ook kinderopvang).

**Tabel 3.2 Samenstelling van het vastgoed in gebruik door zorginstellingen, miljoen m<sup>2</sup>, 2010**

Gebouw...	1990	2000	2010
Gezondheidszorgfunctie (waarvan in combinatie met een woonfunctie)	16,4 2,0	19,8 2,4	24,3 2,8
- waarvan gebruikt door een zorginstelling	14,7	17,7	21,7
- waarvan niet gebruikt door een zorginstelling	1,7	2,1	2,6
Niet-gezondheidszorgfunctie in gebruik door zorginstelling - waarvan onder andere woonfunctie	20,7 11,6	25,1 13,8	30,3 16,1
<b>Vastgoed gebruikt door een zorginstelling</b>	<b>35,4</b>	<b>42,8</b>	<b>52,0</b>

Bron: BAG, bewerking EIB

**Tabel 3.3 Samenstelling van het vastgoed in gebruik naar zorginstelling, miljoen m<sup>2</sup>, 2010**

	Wel gzf <sup>1</sup>	Niet gzf <sup>2</sup>	Totaal
<b>Cure</b>			
- Ziekenhuizen	8,9	1,5	10,5
- Medische en tandheelkundige praktijken	2,0	2,7	4,7
- Paramedische en overige praktijken	1,5	7,1	8,6
	<b>12,4</b>	<b>11,4</b>	<b>23,8</b>
<b>Care intramuraal</b>			
- Verpleeghuizen	3,3	0,6	3,9
- Verzorgingshuizen en andere tehuizen	3,3	4,4	7,8
- Tehuizen: verstandelijk gehandicapten & psychiatrie	1,5	1,5	3,0
- Jeugdzorg en maatschappelijke opvang	0,5	0,8	1,2
	<b>8,6</b>	<b>7,3</b>	<b>15,9</b>
<b>Care extramuraal (w.o. thuiszorg, kinderopvang)</b>			
- Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op ouderen en gehandicapten	0,3	1,7	2,1
- Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting niet specifiek gericht op ouderen en gehandicapten	0,4	9,9	10,3
	<b>0,7</b>	<b>11,6</b>	<b>12,3</b>
<b>Zorgvastgoed gebruikt door een zorginstelling</b>	<b>21,7</b>	<b>30,3</b>	<b>52,0</b>

1 In een verblijfsobject met gezondheidszorgfunctie

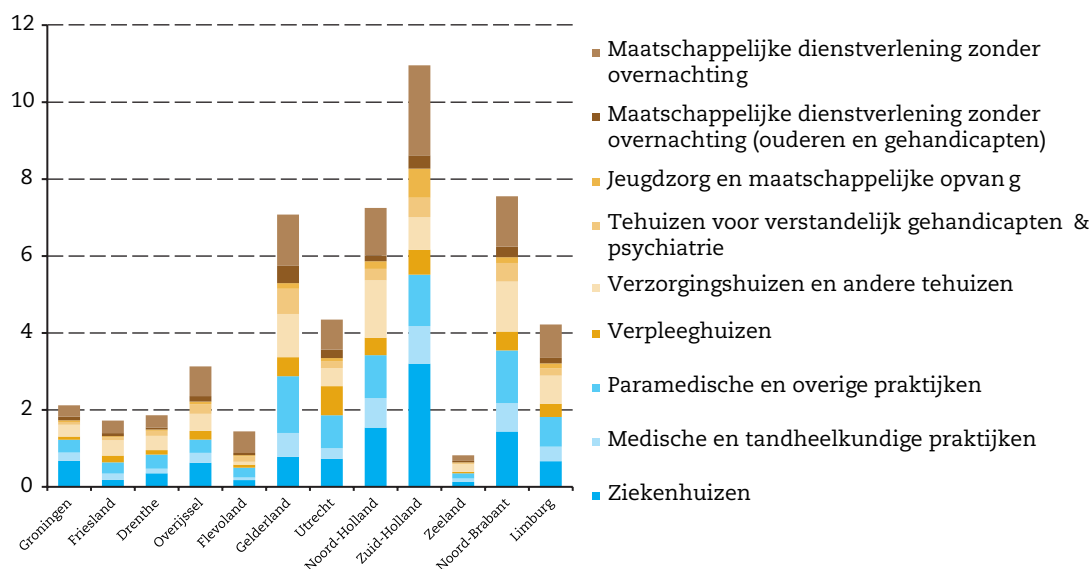
2 In een verblijfsobject zonder gezondheidszorgfunctie

Bron: BAG, bewerking EIB

### 3.3 Zorgvastgoed naar provincie

In de vorige paragrafen is het landelijke beeld van het zorgvastgoed weergegeven. De BAG maakt het ook mogelijk deze cijfers naar provincie te specificeren, zie figuur 3.3. Het regionale beeld is conform verwachting. De grotere provincies hebben ook het meeste zorgvastgoed.

Figuur 3.3 Samenstelling van het vastgoed in gebruik naar zorginstelling en provincie, miljoen m<sup>2</sup>, 2010



Bron: BAG

#### Zorgvastgoed in verhouding tot de bevolking

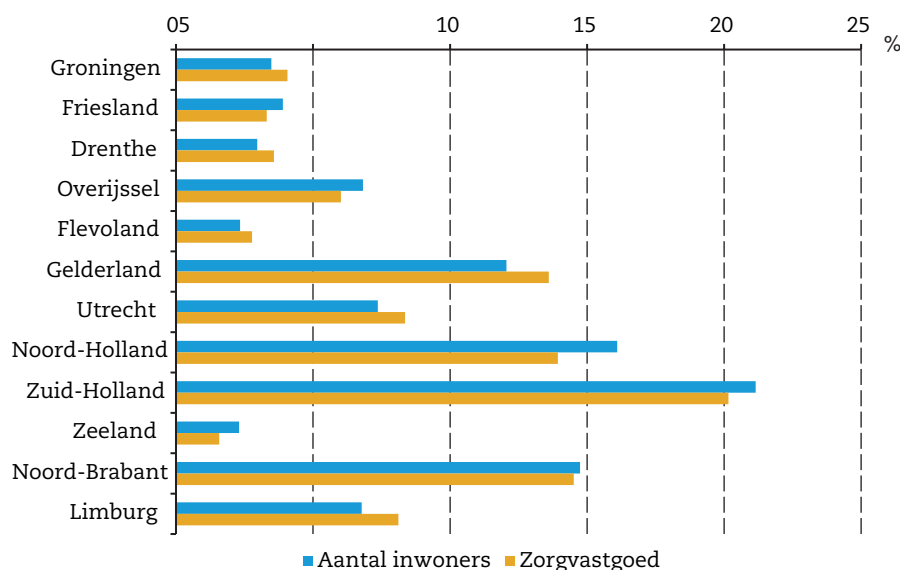
Het is mogelijk een gedetailleerder vergelijking te maken tussen de in de provincie woonachtige bevolking en de hoeveelheid zorgvastgoed in dezelfde provincie, zie figuur 3.4. Enkele conclusies die uit deze analyse rollen zijn, niet uitputtend:

- In Zuid-Holland staat het meeste zorgvastgoed en in Zeeland het minste;
- In Groningen staat relatief veel vastgoed voor de cure, in het bijzonder ziekenhuizen (met een belangrijke rol voor het UMCG), terwijl in Friesland, Overijssel en Zeeland relatief weinig cure vastgoed staat;
- Drenthe, Gelderland, Utrecht en Limburg hebben relatief veel m<sup>2</sup> ten behoeve van de intramurale care, terwijl Zuid-Holland en Zeeland hier relatief weinig van hebben;
- In Flevoland en Limburg zijn er relatief veel meters voor extramurale care, Noord-Holland en Zeeland scoren hier relatief laag;
- Voorts valt nog op dat in Gelderland relatief veel tehuizen voor verstandelijk gehandicapten & psychiatrie staan en dat er in Zuid-Holland relatief veel ziekenhuismeters staan;
- Totaal gezien heeft Zeeland ten opzichte van de bevolking relatief het minste zorgvastgoed en Drenthe relatief het meest.

De meer perifere provincies hebben relatief veel ouderen wat bovenstaande verschillen voor een deel kan verklaren, maar ook dan staat er in die provincies vaak nog steeds relatief veel zorgvastgoed. Andere voorstelbare verklaringen zijn waarschijnlijk situaties die historisch zo gegroeid zijn, het karakter van bepaalde zorg die beter past in een specifiek, bijvoorbeeld landelijke, omgeving en dat vestiging van bepaalde activiteiten in de meer perifere provincies een economisch voordeel oplevert zoals goedkopere grond en/of arbeidskrachten.



**Figuur 3.4 Aantal inwoners en zorgvastgoed, aandelen naar provincie, 2010**



Bron: CBS, BAG

### 3.4 Bouwen van zorgvastgoed

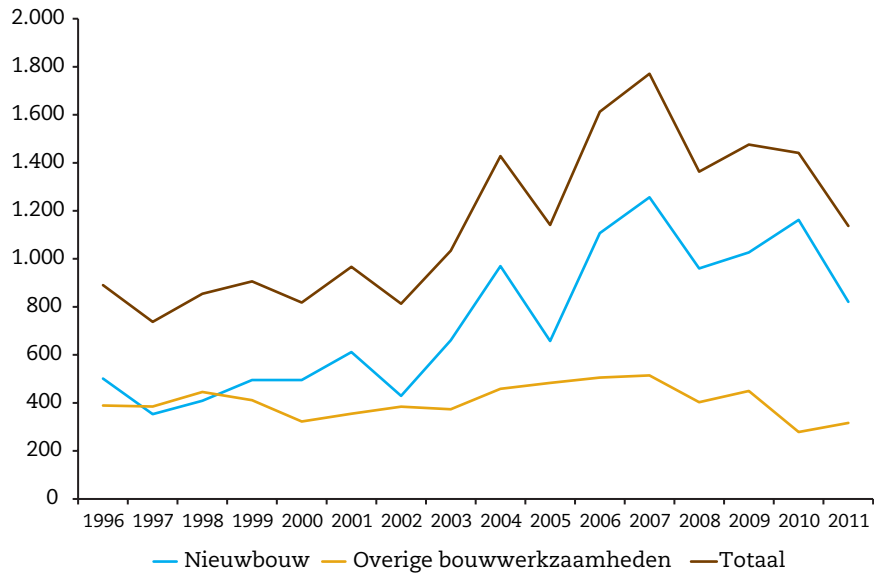
Tot dusver heeft de beschouwing over het zorgvastgoed zich gericht op de voorraadontwikkeling. In deze paragraaf wordt ingegaan op de bouwproductie van zorggebouwen. Het EIB beschikt over gedetailleerde gegevens over de verleende bouwvergunningen. De bouwvergunningen worden centraal bij het CBS aangeleverd door gemeenten. Op basis van deze verleende bouwvergunningen kan de ontwikkeling van de gerealiseerde zorggebouwen en de bijbehorende bouwkosten geanalyseerd worden. Figuur 3.5 laat de ontwikkeling van de totale bouwproductie per jaar<sup>11</sup> voor de zorg tussen 1996 en 2011 zien.

De totale bouwkosten laten tussen 1996 en 2007 een duidelijk stijgende trend zien. De kosten zijn tussen 1996 en 2011 gestegen van bijna € 0,9 miljard naar € 1,8 miljard. Vanaf 2007 zijn de bouwkosten weer gedaald naar € 1,1 miljard in 2011. Mogelijke oorzaken voor de daling na 2007 zijn de aanhoudende economische crisis en reguleringsonzekerheid na het afschaffen van het bouwregime.

De uitgaven aan nieuwbouw van zorgvastgoed zijn veel sterker gestegen dan de uitgaven aan overige bouw. In 1997 was het aandeel van de nieuwbouw en overige bouw ongeveer gelijk. In 2010 maakte de nieuwbouw meer dan 80% van de bouwkosten uit. De kosten van overige bouwwerkzaamheden zijn zelfs licht gedaald. Blijkbaar is er in de zorg veel meer behoefte geweest aan nieuwbouw dan aan herstel en verbouw van het bestaande vastgoed.

<sup>11</sup> In de praktijk zullen bouwkosten op de vergunning en bouwproductie niet aan elkaar gelijk zijn. Productie wordt later gerealiseerd, gegeven de doorlooptijd tussen vergunningverlening en oplevering.

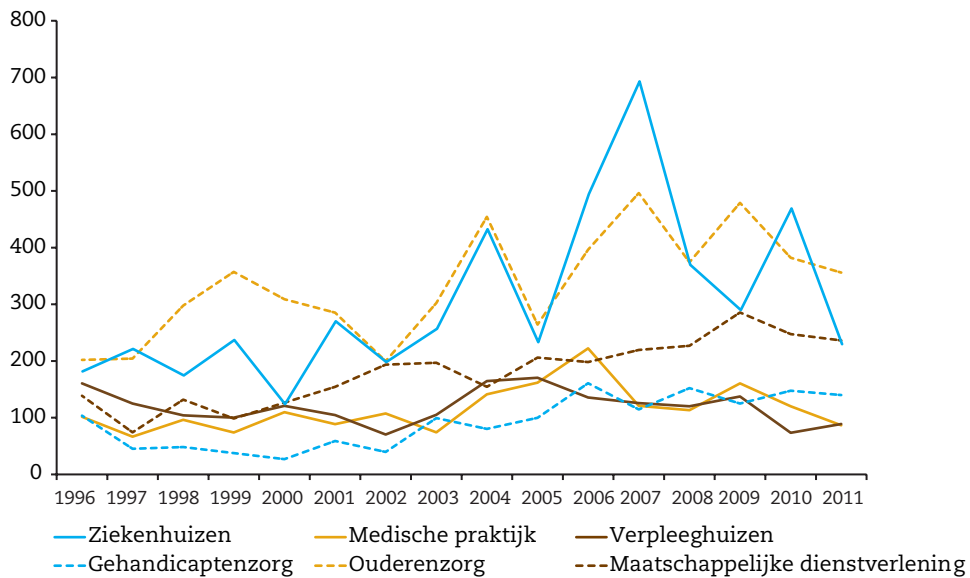
**Figuur 3.5 Totale bouwkosten zorggebouwen, miljoen €, prijzen 2011**



Bron: CBS

Figuur 3.6 laat zien hoe de bouwkosten in de verschillende segmenten zich hebben ontwikkeld tussen 1996 en 2011.

**Figuur 3.6 Bouwkosten zorgvastgoed, naar segmenten, miljoen €, prijzen 2011**



Bron: CBS

Ziekenhuizen en ouderenzorg hebben in de periode 1996-2011 het grootste aandeel in de bouwkosten voor de zorg gehad. Verder valt op dat de bouwkosten van maatschappelijke dienstverlening duidelijk zijn toegenomen. De bouwkosten voor verpleeghuizen en medische praktijken zijn juist afgenomen.

De bouwkosten in de cure zijn tussen 2007 en 2010 veel sterker gedaald dan de bouwkosten in de care. De uitgaven aan de cure daalden met 60%, tegenover een daling van 1% in de care. De cure en de care hebben beide een andere organisatie wat betreft vastgoed en aard van de bouwprojecten. Het eerste verschil is dat de care voor een groot deel bestaat uit AWBZ-zorg, waardoor deze instellingen minder risico's lopen dan cure instellingen. Bovendien zijn er in de cure vaker 'incidenteel' grote projecten. Zo wordt meestal een heel ziekenhuis gebouwd of gerenoveerd. In de care hebben zorgaanbieders vaak meerdere kleinere gebouwen die telkens gedeeltelijk worden vervangen of gerenoveerd. Daarnaast kan de cure flexibeler inspelen op ontwikkelingen in de markt. Daardoor zijn de effecten van beleidsveranderingen sneller zichtbaar in de cure sector.



---

## 4 Perspectief voor de zorgbouw: 2016 en 2030

---

De komende decennia zal de vraag naar en de uitgaven aan zorg verder blijven toenemen door de bevolkingsgroei en vergrijzing, stijgende welvaart en levensverwachting, en innovaties. Deze ontwikkelingen zullen bijdragen aan een grotere behoefte aan zorggebouwen en dus een toename van de vraag naar zorgbouw.

Naast een toenemende vraag naar zorg zal ook de samenstelling van de zorg veranderen door bijvoorbeeld veranderend overheidsbeleid en consumentenvoorkeuren. Zo vindt er de laatste jaren een verschuiving plaats van intramurale naar extramurale zorg, zowel vanuit veranderende consumentenvoorkeuren als gestuurd door beleid.

In dit hoofdstuk zullen dit soort trends worden verwerkt in een prognose van de bouwproductie voor de zorg. Om dat te kunnen doen, is bepaald welke determinanten relevant zijn voor de ontwikkeling van de vraag naar zorgvastgoed. Deze determinanten zijn gebruikt om de toekomstige vraag naar vastgoed in gebruik door zorginstellingen te ramen.

### 4.1 Gekozen ramingsmethode

In het vorige hoofdstuk is bepaald hoeveel zorgvastgoed historisch door welke gebruikers in gebruik was. Dit kan afgezet worden tegen de ontwikkeling van verschillende verklarende determinanten. Het CPB heeft aangegeven dat demografie een belangrijke factor is in de groei van de zorguitgaven.

Naast demografie speelt inkomensgroei een rol. Naarmate mensen welvarender worden, kan ook meer inkomen worden uitgegeven aan de zorg. Het CPB (2012) gaat mede op basis van de in hoofdstuk 2 beschreven historische analyse uit van een inkomenselasticiteit van 1,0. Dat wil zeggen, een 1% hoger inkomen leidt ook tot 1% hogere uitgaven aan zorg.

Demografie en inkomen verklaren echter niet de hele ontwikkeling in de zorg. Een deel van de ontwikkeling in de zorg blijft onverklaard, zoals ook de historische analyse van het CPB liet zien.

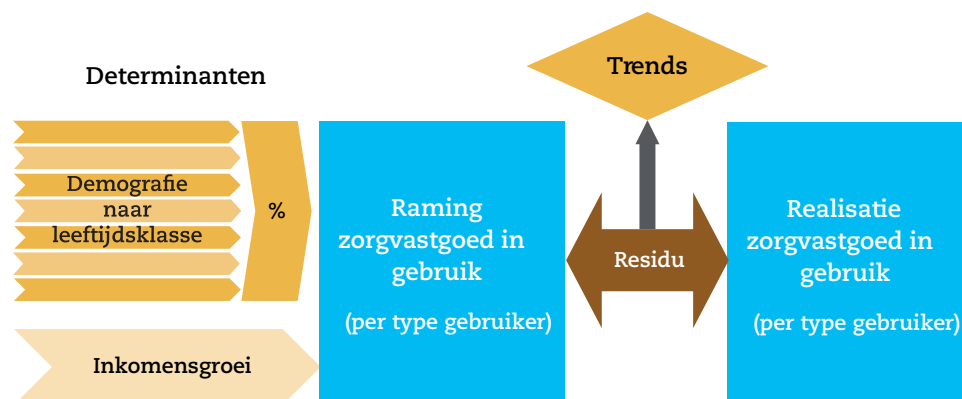
#### **Ramingsmodel zorgvastgoed**

Om tot een raming te komen van de vraag naar gebouwen vanuit de zorg wordt een model gebruikt met een vergelijkbare opzet. De historische ontwikkeling van het zorgvastgoed wordt afgezet tegen de welvaarts- en de demografische ontwikkeling. Een deel van de voorraadontwikkeling zal niet kunnen worden verklaard door deze beide determinanten. Deze onverklaarde trend zal worden geanalyseerd en worden meegenomen in de op te stellen ramingen.

Figuur 4.1 geeft een schematische weergave van het model: demografische determinanten die gewogen invloed hebben op het zorgvastgoed, een determinant inkomensgroei die corrigeert voor toenemende welvaart en een residu dat staat voor de onverklaarde invloed van trends (en beleid).

Het ramingsmodel bepaalt dus het volume zorgvastgoed in indexcijfers. Hieruit is de verwachte voorraadontwikkeling af te leiden. De weging van de determinanten demografie en welvaart wordt gebaseerd op de historische relaties.

Figuur 4.1 Schematische weergave van het ramingsmodel van de vraag naar zorgvastgoed



Bron: EIB

## 4.2 Bepalende ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen zijn een belangrijke factor in de zorg, zoals in hoofdstuk twee benoemd (zie tabel 2.3). In zijn algemeenheid doen ouderen een groter beroep op de zorg dan jongeren. Om ontwikkelingen in de zorgmarkt, en het zorgvastgoed, beter te begrijpen is het daarom van belang om demografische ontwikkelingen naar leeftijdsgroep in beeld te brengen.

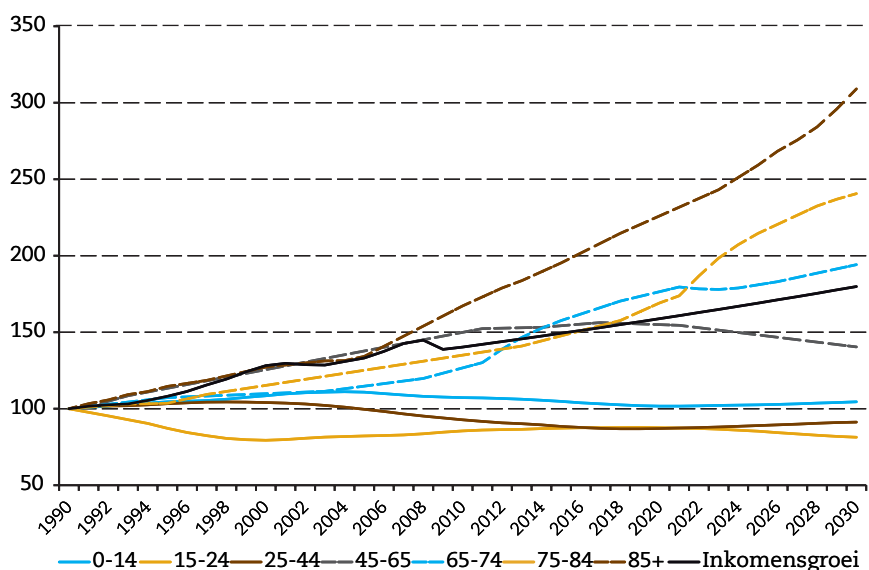
In de analyse wordt rekening gehouden met een afwijkende zorgvraag per leeftijdsgroep. Mensen van verschillende leeftijden hebben een andere zorgvraag. Leidend voor deze weging is de samenstelling van de zorgbehoefte naar zorgsector, zoals gepresenteerd in tabel 2.2. Dat wil bijvoorbeeld zeggen, dat de groei in de bevolkingsgroep 85+ voor 44,3% de ontwikkeling van de vraag naar verpleging/thuiszorg zal bepalen.

Voor een raming van de bevolkingsontwikkeling naar leeftijdsgroepen wordt aangesloten bij de ramingen van het CBS.

### Demografie: aantal ouderen neemt toe; oudste ouderen groeien het sterkst

Figuur 4.2 geeft de historische en toekomstige ontwikkeling van de demografie, opgebouwd naar leeftijdsklassen. Ook de welvaartsontwikkeling is opgenomen. De figuur maakt duidelijk dat vooral de oudste leeftijdscategorieën het sterkst groeien de komende decennia. Dit is overeenkomstig de historische trend, en de groei neemt verder toe. De babyboomgeneratie begint nu 65 te worden en uit het figuur blijkt ook duidelijk vanaf welk moment deze groep 75 en ouder begint te worden.

**Figuur 4.2** Ontwikkeling van de determinanten in indexcijfers, bevolking naar leeftijd en inkomensgroei<sup>1</sup>, 1990 = 100



<sup>1</sup> Voor de inkomensgroei na 2010 is 1¼% per jaar aangenomen, overeenkomstig de groei van de productiviteit in de periode 1990-2010

Bron: CBS, EIB

### Inkomensgroei andere drijvende kracht achter toename zorgvastgoed

In figuur 4.2 is ook de historische en verwachte inkomensontwikkeling opgenomen. Voor de inkomensgroei 2010-2030 wordt dezelfde groei als over de periode 1990-2010 aangenomen.

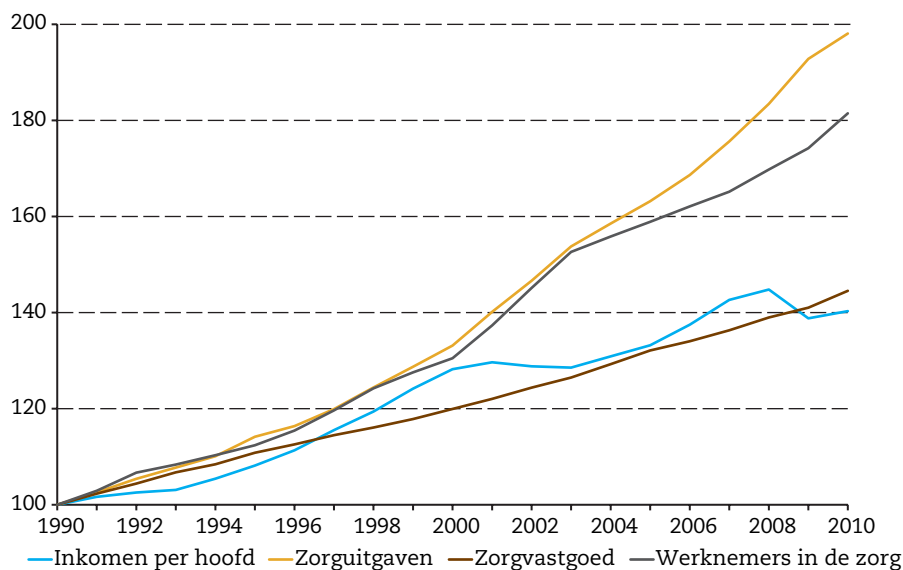
Inkomensgroei zorgt er voor dat in toenemende mate zorgvastgoed in gebruik genomen wordt. Wanneer we meer uitgeven aan zorg, zal er ook meer ruimte moeten komen voor het verlenen van deze zorg.

Het CPB (2012) neemt zoals gezegd voor de toekomstige groei van de zorguitgaven een inkomenselasticiteit van 1 aan. Omdat het in deze studie om zorgvastgoed gaat, is gekeken of in relatie tot de aanname van het CPB een plausibele aanname voor de inkomensgroei in relatie tot zorgvastgoed gedaan kan worden. Daarmee wordt ook impliciet aangesloten bij het trendmatig scenario uit tabel 2.4.

Figuur 4.3 laat zien dat het metrage zorgvastgoed minder sterk is gestegen dan de zorguitgaven. Het ligt in de rede om daarom een inkomenselasticiteit tussen 0 en 1 aan te nemen; de historische ontwikkeling duidt op ongeveer 0,5. Dat betekent dat 10% welvaartsstijging tot 5% meer m<sup>2</sup> zorgvastgoed leidt.

Ter bevestiging van deze aanname is de ontwikkeling van het aantal werknemers in de zorg ook in figuur 4.3 opgenomen. Dan blijkt dat het metrage zorggebouwen ook minder hard is gestegen dan het aantal werknemers. Naar verwachting blijft de stijging van het metrage zorggebouwen ook in de toekomst wat lager dan de zorguitgaven en de toename van het aantal werknemers in de zorg.

**Figuur 4.3** Ontwikkeling van het inkomen per hoofd, de zorguitgaven in constante prijzen, werknemers in de zorg en het volume zorgvastgoed in meters, indexcijfers, 1990 = 100



Bron: EIB

### 4.3 Afwijkende trends

Op basis van de veronderstelde relaties tussen demografie, inkomen en voorraad zorgvastgoed kan een verwachte ontwikkeling van het zorgvastgoed worden berekend. Dit is de voorraadontwikkeling zoals die verwacht had mogen worden wanneer inkomen en demografie deze ontwikkeling volledig hadden kunnen verklaren. Dit blijkt niet het geval. De ontwikkeling van het zorgvastgoed is niet enkel te verklaren op basis van demografie en inkomen.

Het verschil tussen berekende ontwikkeling en realisaties ontstaat mede door de invloed die uitgaat van beleid en trends zoals genoemd in hoofdstuk 2. Zo zorgt de trend extramuralisering voor een duidelijk lagere behoefte aan verpleeghuizen dan enkel op basis van demografische en economische ontwikkeling verwacht had mogen worden. Daarentegen neemt het vastgoedgebruik in de extramurale zorg juist meer toe dan berekend.

#### Voorraadontwikkeling historisch verklaard

Tabel 4.1 vergelijkt de gerealiseerde groei van het zorgvastgoed over de periode 1990-2010 met de berekende groei. De verwachte toename van het zorgvastgoed wordt teruggerekend enkel op basis van demografie en inkomen. Het verschil tussen de op deze wijze berekende groei en de realisatie is het onverklaarde residu, zie tabel 4.1.

De tabel is als volgt te lezen. Voor ziekenhuizen bedraagt de verwachte voorraadgroei 41,1% tussen 1990 en 2010. In de praktijk nam de voorraad echter toe met 38,3%. De realisatie blijft over de hele periode dus 2,8% achter bij de berekende groei. Per jaar is dit 0,1%. Voor de paramedische en overige praktijken onderschat het model met een groei van 41,1% juist de realisatie van 52,6%.

Voor de cure sector is de historische ontwikkeling van zorgvastgoed redelijk goed te verklaren met het model. In de care zijn de afwijkingen groter. Voor verpleeghuizen is zoals eerder aangegeven sprake van een duidelijke overschatting. In de extramurale zorg groeit het vastgoedgebruik juist sterk.



### Historische trends in het ramingsmodel

Deze 'onverklaarde' trends in de ontwikkeling van het zorgvastgoed bieden waardevolle informatie. De trends worden daarom betrokken in de uiteindelijke raming van de vraag naar zorgvastgoed in 2016 en 2030. Dat betekent voor verpleeghuizen bijvoorbeeld dat rekening wordt gehouden met een achterblijvende vraag dan enkel uit de toekomstige demografische en economische ontwikkeling zou volgen. De verwachte voorraadontwikkeling zal met -1% per jaar worden gecorrigeerd. Op die manier worden bestaande trends, zoals extramuralisering, impliciet doorgetrokken naar de toekomst.

Tabel 4.1 Onverklaarde ontwikkeling van het zorgvastgoed, procenten

	1990-2010		Onverklaard residu	
	Verwachte groei	Realisatie	Totaal	Per jaar
<b>Cure</b>				
- Ziekenhuizen	41,1	38,3	-2,8	-0,1
- Medische en tandheelkundige praktijken	41,1	45,6	4,5	0,2
- Paramedische en overige praktijken	41,1	52,6	11,5	0,4
<b>Care intramuraal</b>				
- Verpleeghuizen	68,2	38,0	-30,1	-1,0
- Verzorgingshuizen en andere tehuizen	68,2	52,1	-16,1	-0,5
- Tehuizen: verstandelijk gehandicapten & psychiatrie	28,1	44,8	16,7	0,6
- Jeugdzorg en maatschappelijke opvang	26,5	41,4	14,9	0,6
<b>Care extramuraal (w.o. thuiszorg)</b>				
- Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op ouderen en gehandicapten	45,3	46,7	1,4	0,1
- Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting niet specifiek gericht op ouderen en gehandicapten	26,5	55,4	28,9	1,0

Bron: BAG, EIB

### Ramingsmodel

Het model waarmee de toekomstige vraag naar zorggerelateerd vastgoed wordt geraamd, volgt uit de onderzochte verbanden tussen demografie, inkomen en zorgvastgoed enerzijds en de historische trends in de voorraadontwikkeling anderzijds.

1. De relaties tussen demografie, inkomen en zorgvastgoed zijn gebaseerd op door CPB en CBS gevonden relaties en historische verbanden. Dit is de basis om de voorraadontwikkeling van het zorgvastgoed te ramen.
2. Historisch gezien wijken de verwachte uitkomsten af van de realisaties. Deze onverklaarde trend (tabel 4.1) wordt ook naar de toekomst als trend opgenomen in de raming.

### 4.4 Raming vraag naar zorgvastgoed

De behoefte aan zorgvastgoed in meters hangt zoals duidelijk is geworden in belangrijke mate af van demografische ontwikkeling en inkomensgroei. Daarnaast speelt een aantal trends die in

bepaalde sectoren voor meer of minder vraag naar gebouwen zorgen. Dit zijn de bouwstenen op basis waarvan tot een raming van de toekomstige gebouwenbehoefte is gekomen.

#### Vraag naar zorgvastgoed neemt met circa 1,3 miljoen m<sup>2</sup> per jaar toe

Tabel 4.2 geeft de verwachte behoefte aan zorgvastgoed voor de steekjaren 2010 (realisatie), 2016 en 2030 naar sector. De vraag naar zorgvastgoed neemt in twintig jaar tijd met 26,5 miljoen m<sup>2</sup> toe, een toename van bijna 51% of ruim 2% per jaar. Deze toename in het gebruik van zorgvastgoed komt neer op gemiddeld ruim 1,3 miljoen m<sup>2</sup> per jaar (uitbreidingsvraag).

De vraag naar verpleeg- en verzorgingshuizen tezamen zal opvallend genoeg sterk toenemen ondanks de remmende invloed van trends als extramuralisering, en het scheiden van wonen en zorg<sup>12</sup>. Deze vraag komt dus tot stand na het over twintig jaar afboeken van circa 30% op verpleeghuizen en bijna 16% op verzorgingshuizen ten opzichte van de demografische en economische ontwikkeling.

Wooneenheden in intramurale instellingen zullen onder invloed van economische groei en rijkere ouderen steeds groter worden, zeker wanneer kamerbewoning door ontwikkelingen rond scheiding van wonen en zorg relatief onaantrekkelijker wordt. Bovendien is de demografische druk van een groeiend aantal ouderen, en vooral oudere ouderen, zo hoog (zie figuur 4.2) dat alsnog een sterke groei van het metrage verpleeg- en verzorgingshuizen resteert, zelfs wanneer relatief veel meer ouderen thuis blijven wonen.

**Tabel 4.2 Samenstelling van het zorgvastgoed, naar gebruiker, miljoen m<sup>2</sup>, 2010, 2016 en 2030**

	2010	2016	2030
<b>Cure</b>			
- Ziekenhuizen	10,5	11,6	14,6
- Medische en tandheelkundige praktijken	4,7	5,3	6,9
- Paramedische en overige praktijken	8,6	9,8	13,3
	<b>23,8</b>	<b>26,7</b>	<b>34,8</b>
<b>Care intramuraal</b>			
- Verpleeghuizen	3,9	4,4	6,2
- Verzorgingshuizen en andere tehuizen	7,8	9,1	13,5
- Tehuizen: verstandelijk gehandicapten & psychiatrie	3,0	3,3	4,1
- Jeugdzorg en maatschappelijke opvang	1,2	1,3	1,6
	<b>15,9</b>	<b>18,1</b>	<b>25,4</b>
<b>Care extramuraal (w.o. thuiszorg)</b>			
- Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op ouderen en gehandicapten	2,1	2,3	3,2
- Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting niet specifiek gericht op ouderen en gehandicapten	10,3	11,4	15,0
	<b>12,3</b>	<b>13,7</b>	<b>18,3</b>
<b>Zorgvastgoed gebruikt door een zorginstelling</b>	<b>52,0</b>	<b>58,6</b>	<b>78,5</b>

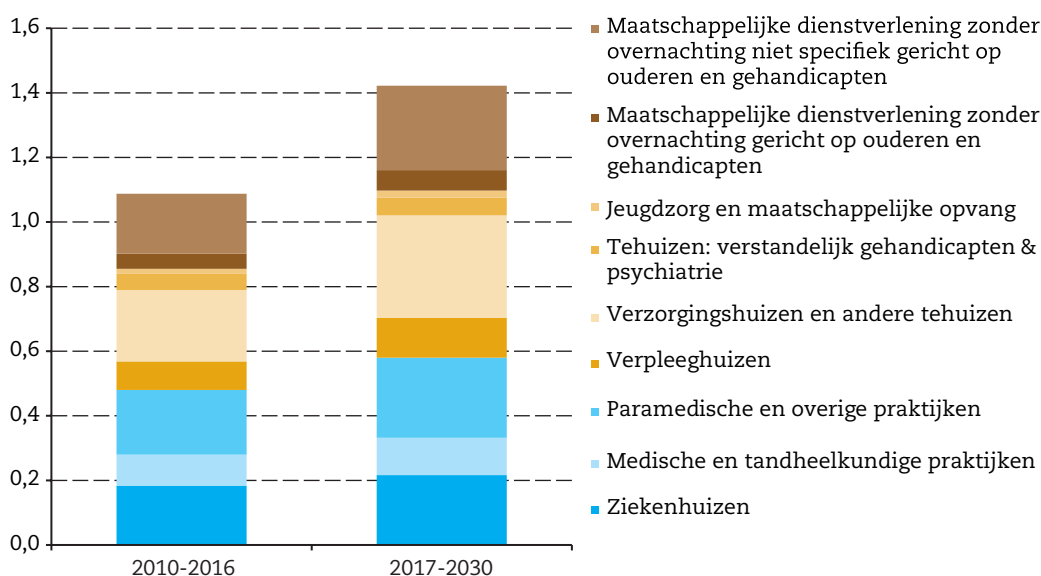
Bron: BAG, EIB

<sup>12</sup> De in tabel 4.1 genoemde onverklaarde ontwikkeling op jaarbasis is doorgetrokken naar de toekomst. De groei van het volume verpleeghuizen over de periode 2010-2030 is dus bijvoorbeeld 30% lager ingeschat dan zou zijn gedaan op basis van enkel demografie en economische ontwikkeling.

Voor de interpretatie van tabel 4.2 is voorts van belang dat er geen uitspraak gedaan wordt over de bekostiging van de nieuwe gebouwen en of hier meer of minder beperkingen zullen zijn dan in het verleden. Daarnaast zal een m<sup>2</sup> zorgvastgoed er in de toekomst qua invulling anders uit kunnen zien dan nu het geval is.

Figuur 4.4 geeft de jaarlijkse uitbreidingsvraag van zorgvastgoed in de periode 2010-2016 en 2017-2030, onderverdeeld naar gebruiker. Zo wordt bijvoorbeeld duidelijk dat de bouw van ziekenhuizen in absolute zin belangrijk blijft.

**Figuur 4.4** Uitbreidingsvraag zorgvastgoed naar gebruiker, gemiddeld per jaar, 2010-2016 en 2017-2030, miljoen m<sup>2</sup>



Bron: EIB

#### Raming zorgvastgoed sluit aan bij CPB raming "Trendmatige ontwikkeling"

Het zorgvastgoed is tussen 1990 en 2010 met 45% toegenomen (figuur 3.2), de totale zorgkosten met 98% en de werkgelegenheid met 81% (figuur 4.3). De hier geraamde groei van het zorgvastgoed is 51%, wat zich dan evenredig zou verhouden tot een kostenstijging van 111% en een toename van de werkgelegenheid van 92%.

Het CPB (tabel 2.4) rekent in het trendmatige scenario op een stijging van de zorguitgaven met 67% als percentage van het bbp, dus circa 90% uitgaande van een economische groei van 1½% tot 2030. De werkgelegenheid in de zorg stijgt relatief wat minder snel, met 72% over een langere termijn, tot 2040.

Omdat de samenstelling van de toekomstige voorraad zorgvastgoed licht verschuift naar (nieuwe) vormen van verpleeg- en verzorgingshuizen, verhoudt de hier gepresenteerde raming zich daarom zeer goed tot de CPB raming Trendmatig. De geraamde stijging van 51% wordt namelijk meer door verplegings- en verzorgingshuizen gedreven dan in het verleden. Het ruimtegebruik per werknemer is in deze sectoren hoger dan gemiddeld. Een aantal sectoren met een lager dan gemiddeld ruimtegebruik per werknemer zien hun ruimtevrage juist minder sterk toenemen dan in het verleden. Hierdoor zal het totale metrage zorgvastgoed naar verwachting, in verhouding tot de zorguitgaven en het aantal werknemers in de zorg, sterker toenemen dan vroeger.

## 4.5 Raming zorgbouwproductie

De uitbreidingsvraag en de vervangingsvraag zullen uiteindelijk samen het volume bouwproductie voor de zorg gaan bepalen. Daarbovenop zal de bouwproductie gemiddeld genomen ook toenemen omdat gebouwen een steeds betere kwaliteit krijgen.

In 2016 zal de totale jaarlijkse nieuwbouwproductie voor de zorg uitkomen op circa € 1,6 miljard en in 2030 op circa € 3,3 miljard. Inclusief de herstel en verbouwproductie resulteert een totale zorgbouwproductie van circa € 1,8 miljard per jaar in 2016 en circa € 3,7 miljard in 2030.

### Uitbreidingsvraag in meters stijgt richting 2016 en blijft dan gelijk

In de periode 2010-2016 is er gemiddeld behoefte aan 1,1 miljoen m<sup>2</sup> uitbreiding voor de zorg per jaar en richting 2030 loopt dit op naar 1,4 miljoen m<sup>2</sup>, zie tabel 4.3. Ter vergelijking, in de periode 2009-2011 werd gemiddeld 0,9 miljoen m<sup>2</sup> uitgebreid.

Tabel 4.3 Uitbreidingsvraag zorgvastgoed, 2016 en 2030

	Uitbreidingsvraag, gemiddeld per jaar (mln m <sup>2</sup> )		Bouwproductie uitbreidingsvraag (mln €)	
	2010-2016	2017-2030	2016	2030
Cure	0,5	0,6	500	700
Care intramuraal	0,4	0,5	400	625
Care extramuraal	0,2	0,3	250	400
<b>Totaal</b>	<b>1,1</b>	<b>1,4</b>	<b>1.150</b>	<b>1.725</b>

Bron: EIB

### Gemiddelde kwaliteit van zorgvastgoed neemt toe

Gemiddeld genomen krijgen zorggebouwen in de loop van de tijd een betere bouwtechnische kwaliteit. Denk hierbij aan investeringen in energiebesparingen en betere materialen. Gemiddeld genomen zorgt deze kwaliteitsontwikkeling voor hogere bouwkosten.

Dit uit zich onder meer in oplopende (reële) bouwkosten per m<sup>2</sup>. De vergunningenstatistiek van het CBS geeft een indicatie van deze bouwproductie per m<sup>2</sup> van nieuwe gebouwen voor de zorg. Hierin is een kwaliteitsgroei van circa 1% gevonden<sup>13</sup>. Deze trendmatige kwaliteitsgroei wordt ook in de ramingen opgenomen.

De nieuwbouwproductie per m<sup>2</sup> maakt het mogelijk om de uitbreidingsvraag in m<sup>2</sup> te vertalen naar productievolumes. Dit resulteert in een totale uitbreidende bouwproductie voor de zorg van circa € 1,2 miljard in 2016 en € 1,7 miljard in 2030.

<sup>13</sup> De gevonden ontwikkeling is enigszins tentatief omdat het door (niet-)observeerbare samenstellingseffecten moeilijk te zeggen is of jaar-op-jaar stijgingen veroorzaakt zijn door kwaliteitsgroei of een verandering in het type gebouwen dat elk jaar voor de zorg is gebouwd. Over een termijn van vijftien jaar is in ieder geval sprake van een reële bouwkostenstijging per meter van circa 1%.

### Belang vervangingsvraag neemt op termijn sterk toe

Op basis van de huidige leeftijdssamenstelling van de zorggebouwenvoorraad, zie figuur 3.1, en een aanname ten aanzien van de levensduur van zorgvastgoed, 60 jaar, kan een inschatting gegeven worden van de vervangingsvraag die op de bouw afkomt. In andere woorden, in deze raming wordt dus verondersteld dat alle zorggebouwen uit 1970 in 2030 vervangen worden<sup>14</sup>.

In de periode 2010-2016 is er gemiddeld behoefte aan 0,4 miljoen m<sup>2</sup> vervanging voor de zorg per jaar. Tussen 2017 en 2030 loopt dit op naar maar liefst 1,3 miljoen m<sup>2</sup> per jaar, zie tabel 4.4. Dit betekent overigens dat de hausse aan opgeleverde zorggebouwen in de jaren '70 nog geen onderdeel zijn van deze raming. Na 2030 zal de vervangingsvraag dan nog verder oplopen.

Tabel 4.4 Vervangingsvraag zorgvastgoed, 2016 en 2030

	Vervangingsvraag, gemiddeld per jaar (mln m <sup>2</sup> )		Bouwproductie vervangingsvraag (mln €)	
	2016	2030	2016	2030
Cure	0,2	0,5	175	575
Care intramuraal	0,1	0,6	100	675
Care extramuraal	0,1	0,3	125	325
<b>Totaal</b>	<b>0,4</b>	<b>1,3</b>	<b>400</b>	<b>1.575</b>

Bron: EIB

Tabel 4.5 Gevoeligheidsanalyse vervangingsvraag zorgvastgoed, 2016 en 2030, kortere en langere levensduur

	Bouwproductie vervangingsvraag, gemiddeld per jaar (mln m <sup>2</sup> )		Bouwproductie vervangingsvraag, vervanging na 65 jaar (mln €)	
	2016	2030	2016	2030
Cure	300	425	100	400
Care intramuraal	150	775	50	250
Care extramuraal	150	275	75	200
<b>Totaal</b>	<b>600</b>	<b>1.475</b>	<b>225</b>	<b>850</b>

Bron: EIB

14 Om te corrigeren voor uitschieters wordt het gemiddelde over drie jaar gebruikt.

Met dezelfde aannames ten aanzien van de bouwkosten als voor nieuwbouw resulteert dit in een totale vervangende bouwproductie voor de zorg van circa € 0,4 miljard in 2016 en € 1,6 miljard in 2030.

Om te analyseren hoe gevoelig de raming is voor een kortere of langere levensduur van zorggebouwen is doorgerekend wat het betekent wanneer een gebouw na 55 of 65 jaar wordt vervangen (tabel 4.5). Wanneer gebouwen vijf jaar langer meegaan, neemt de vervangingsvraag tot 2030 al gelijk fors af. De piek in de vervangingsopgave komt dan na 2030.

#### **Uitruil tussen vervangende nieuwbouw en herstel en verbouw**

De toekomstige ontwikkeling van de herstel en verbouw is met onzekerheid omgeven. Tussen 1996 en 2011 lag de herstel- en verbouwproductie voor de zorg langjarig rond € 400 miljoen (zie figuur 3.5). Het is de vraag hoe de herstel- en verbouwproductie zich in de toekomst zal ontwikkelen. In de laatste vijftien jaar is gebleken dat de herstel- en verbouwproductie in euro's relatief stabiel blijft en dus niet de sterk schommelende nieuwbouw volgt.

Voor een indicatie van de toekomstige herstel- en verbouwproductie is de historische ontwikkeling gerelateerd aan het metrage gebouwen dat in een jaar 30 jaar oud is<sup>15</sup>. Hierbij is over meerdere jaren het gemiddelde genomen om uitschieters uit te vlakken. Het resultaat van deze exercitie is dat een m<sup>2</sup> nieuwbouw van 30 jaar geleden zich redelijk verhoudt tot ongeveer € 500 herstel- en verbouwproductie.

Wanneer dit verband ook voor de toekomst wordt aangenomen en een reële kwaliteitsstijging van 1% wordt verondersteld, overeenkomstig de kwaliteitsgroei in de nieuwbouw, komt de herstel- en verbouwproductie in 2016 uit op circa € 275 miljoen per jaar, zie tabel 4.6. In 2030 is het resultaat van die aannames € 375 miljoen herstel- en verbouwproductie per jaar. De volumes liggen lager dan historisch. De ontwikkeling blijft ook duidelijk achter bij de nieuwbouw. In de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw zijn dan ook aanzienlijk minder m<sup>2</sup> toegevoegd dan in de periode daarvoor, waardoor de herstel- en verbouwing relatief laag uitkomt.

**Tabel 4.6 Herstel en verbouw zorgvastgoed, 2016 en 2030**

	Bouwproductie herstel en verbouw (mln €)	
	2016	2030
Cure	125	175
Care intramuraal	75	100
Care extramuraal	75	100
<b>Totaal</b>	<b>275</b>	<b>375</b>

Bron: EIB

Kwalitatief kan hier aan toegevoegd worden dat kan blijken dat sommige verouderde panden door grondig herstel en verbouw te plegen weer adequaat gebruikt kunnen worden. Van gebouwen gebouwd onder de EVI-systematiek is inmiddels bekend dat deze functioneel lastig herbe-

<sup>15</sup> Voor een grote renovatie van (zorg)gebouwen is 30 jaar geen ongebruikelijke termijn. Zie bijvoorbeeld <http://goo.gl/5pdL4> (Agentschap NL).

stemd kunnen worden. Het is denkbaar dat dit soort gebouwen vanwege de functionele beperkingen een zorggebouw blijven en grondig gerenoveerd worden en niet worden vervangen.

Het is daarom mogelijk dat er een uitruil plaatsvindt tussen vervangende nieuwbouw, tabel 4.4, en herstel en verbouw. De uiteindelijke impact van die praktische afweging zal vooral de aard van het werk raken. Vanuit het perspectief van kostenbesparing zou het ook tot een wat lagere totale bouwproductie voor de zorg in euro's kunnen leiden. Het is echter niet gezegd dat een grondige renovatie van een verouderd gebouw veel lagere bouwkosten zal kennen dan vervangende nieuwbouw op een andere locatie. Het is dan vooral een definitiekwestie of de bouwproductie aan nieuwbouw of aan herstel en verbouw wordt toegerekend. Grote verschillen in de verwachte productievolumes zullen hierdoor niet optreden.

#### **Bouwen voor de zorg zal komende twintig jaar sterk groeien**

Naar verwachting blijft de bouwproductie voor de zorg tot 2016 op een hoog niveau van circa € 1,8 miljard, zie tabel 4.7. Daarna zal onder invloed van kwaliteitstoename, de verdere vergrijzing en de veroudering van het bestaande vastgoed de bouwproductie sterk toenemen. In 2030 ligt de totale bouwproductie voor de zorg naar verwachting op circa € 3,7 miljard.

**Tabel 4.7**    **Bouwproductie zorgvastgoed, 2016 en 2030**

	Nieuwbouw (mln €)			Herstel en verbouw (mln €)			Totale bouwproductie (mln €)		
	2010	2016	2030	2010	2016	2030	2010	2016	2030
Cure	500	675	1.275	200	125	175	700	800	1.450
Care intramuraal	325	500	1.300	100	75	100	425	575	1.400
Care extramuraal	375	375	725	75	75	100	450	450	825
<b>Totaal</b>	<b>1.200</b>	<b>1.550</b>	<b>3.300</b>	<b>375</b>	<b>275</b>	<b>375</b>	<b>1.575</b>	<b>1.825</b>	<b>3.675</b>

Bron: EIB

#### **4.6 Regionaal perspectief**

Figuur 2.4 en figuur 2.5 hebben laten zien dat de relatieve groei van het aantal ouderen in ieder geval tot 2030 redelijk gelijkmatig over het land verdeeld zal zijn. Het marktaandeel in de bouw van zorgvastgoed in de verschillende provincies zal om die reden naar verwachting ook redelijk overeenkomstig de marktaandelen in deze figuren zijn. Het type bouw, bijvoorbeeld naar levensduur, zou wel per provincie kunnen afwijken, maar meer hierover in hoofdstuk 5 over kansen en bedreigingen.





---

## 5 Kansen en bedreigingen

---

Op basis van het kwantitatieve onderzoek en de interviews met partijen uit de praktijk kan een aantal kansen en bedreigingen rond de zorgbouw worden beschreven.

### 5.1 Kansen

#### **Zorg is een groeimarkt**

De zorg groeit de komende decennia sterk, in tegenstelling tot andere sectoren. Het aantal ouderen zal in de toekomst sterk toenemen. Binnen deze groep neemt het aandeel oudere ouderen en alleenstaanden bovendien nog sterker toe. Deze groep oefent een relatief grote zorgvraag uit. De toekomstige ouderen zijn bovendien welvarender dan de huidige ouderen; zij zullen meer willen besteden aan zorg en wonen.

#### **Scheiden van wonen en zorg zorgt voor meer keuzevrijheid**

Het scheiden van wonen en zorg in de AWBZ zal resulteren in een grotere vrijheid voor consumenten bij het kiezen van hun huisvesting. Ouderen worden steeds welvarender en hebben dus meer mogelijkheden om hun individuele voorkeuren voor zorg of huisvesting te realiseren. De bouw heeft een rol bij het faciliteren van deze grotere keuzevrijheid.

Deze welvarende ouderen voelen zich ook minder aangetrokken door traditionele verzorgingshuizen. Ouderen die thuis willen blijven wonen zullen hun woning aanpassen. Vanaf een bepaalde leeftijd zullen welvarende ouderen voor luxere oplossingen dan het huidige aanbod zorgwonen, het traditionele bejaardenhuis, kiezen. Sommigen zullen al willen voorsorteren en verhuizen, voordat gebreken actueel worden, naar een voor gebreken aangepaste woning of naar een wijk met voldoende (nog te bouwen) zorgvoorzieningen.

#### **Concentratie, specialisatie en ketenzorg zorgen voor verschuivingen in het vastgoedgebruik**

Een mogelijk belangrijke door beleid gedreven trend is de specialisatie van zorginstellingen in bepaalde disciplines en de concentratie van voorzieningen. Doordat zorginstellingen zich specialiseren in bepaalde disciplines en deze vorm van zorg niet meer overal hoeft te worden aangeboden ontstaan er schaalvoordelen en ruimtebesparingen.

Concentratie van zorgvoorzieningen betekent het aanbieden van verschillende zorgfuncties in hetzelfde complex of gebied en bij nauwe samenwerking wordt dit ook wel ketenzorg genoemd. In de cure kunnen zowel in nieuwe als bestaande situaties zorgfuncties gecombineerd worden. In de bestaande situatie zullen ziekenhuizen met overtollig vastgoed andere partijen binnenhalen. In de care voldoet het bestaande vastgoed vaak niet aan de voorwaarden voor ketenzorg. Met ketenzorg worden synergie- en schaalvoordelen voor de verschillende betrokken partijen gerealiseerd.

Om deze plannen uit te voeren zal er op concentratielocaties mogelijk behoefte aan uitbreiding ontstaan. Daarnaast zullen elders bestaande zorggebouwen leeg komen te staan. Deze gebouwen kunnen met een bouwkundige ingreep worden getransformeerd of worden gesloopt.

#### **Doelmatiger en klantgerichter bouwen**

Door de invoering van tarieven met een integrale vergoeding voor de huisvesting zijn zorginstellingen in de toekomst zelf verantwoordelijk voor een kostendekkende exploitatie van hun vastgoed. Hierdoor zullen zorginstellingen hun vastgoedbeslissingen zakelijker nemen. Zorginstellingen zullen dus doelmatiger en klantgerichter gaan bouwen. Partijen die zorginstellingen hierbij kunnen faciliteren zullen hiervan profiteren.

#### **Flexibel bouwen**

Vanwege onzekerheid over de toekomstige vraag naar specifieke zorghuisvestingsdiensten zetten zorginstellingen meer en meer in op flexibiliteit in hun zorgvastgoed. Instellingen staan

door integrale tarieven meer stil bij alternatief gebruik en afstootbaarheid. Flexibiliteit wordt ook bereikt door flexibele huisvestingsconcepten of een kortere levensduur van nieuwbouw. Dit maakt het enerzijds mogelijk om aan verschuivingen in de behoefte van de eigen doelgroep te voldoen en anderzijds om makkelijker te transformeren naar een andere functie.

In krimpgebieden neemt het aantal ouderen aanvankelijk in relatieve termen nog even hard toe als in de rest van Nederland. Op een gegeven moment zal naar verwachting ook hier een kentering in komen. Dit betekent dat er in krimpgebieden waarschijnlijk een extra reden is voor flexibel bouwen, omdat het veel onzekerder is hoeveel zorgvastgoed over een aantal decennia nog nodig is.

### **Vervangingsvraag loopt komende decennia op**

Figuur 3.1 heeft laten zien dat in de jaren '60 en '70 veel nieuw zorgvastgoed gebouwd is. Zorggebouwen worden vaak boekhoudkundig in 30 of 40 jaar afgeschreven. In de praktijk bestaan zorggebouwen langer dan de boekhoudkundige termijn, maar uiteindelijk zullen ze vervangen moeten worden. Daardoor zal de komende jaren de vraag naar vervanging van het bestaande vastgoed verder toenemen.

Zorggebouwen gebouwd onder het Exploitatie Verlagend Initiatief (EVI) zouden bovendien relatief slechte gebouwen zijn. EVI-gebouwen kunnen moeilijk worden aangepast voor andere doeleinden. Gebouwen die onder de EVI-regeling zijn gebouwd zullen de komende jaren zorgen voor meer renovatie om de zorgfunctie te behouden of gesloopt worden om plaats te maken voor nieuwbouw.

## **5.2 Bedreigingen**

### **Onzekere effecten van innovatie**

De zorgmarkt wordt sterk beïnvloed door technologische en medische innovatie. Innovaties hebben invloed op zowel het volume van de zorg als de samenstelling van de zorg. Zo zal een mogelijke toekomstige remedie tegen dementie er toe leiden dat de vraag naar verpleeghuisplaatsen fors zal afnemen.

Andere innovaties zoals bijvoorbeeld eHealth en domotica maken het mogelijk voor ouderen om langer zelfstandig te wonen. De vraag naar intramurale zorg neemt daardoor af en de vraag naar woningaanpassingen kan dan toenemen.

### **Extramuralisering loopt al jaren en de impuls ervan werkt op termijn uit**

Extramuralisering zorgt ervoor dat ouderen met een lagere ZZP classificatie niet meer in verzorgingshuizen zijn gaan wonen. Hierdoor neemt de vraag naar zorgbouw af. Aan de andere kant neemt de vraag naar aanpassingen van woningen om ouderen thuis te laten wonen toe.

De toekomstige ontwikkeling van extramuralisering is niet helemaal duidelijk. Het 'laaghangend fruit' wat betreft de extramuralisering is de laatste jaren grotendeels geplukt, dus waarschijnlijk zal deze trend in de toekomst gaan afvlakken. Zo zullen dementerenden naar verwachting altijd intramuraal gehuisvest moeten worden. Aan de andere kant kunnen de ZZP classificaties, die voor extramuralisering in aanmerking komen, uitgebreid worden als nieuwe innovaties het voor deze groepen mogelijk maken om thuis te blijven.

### **Overgang naar integrale tarieven: ontbrekende kennis en rationalisering zorgbouw**

De invoering van integrale tarieven in de zorg heeft waarschijnlijk een negatief korte en lange termijn-effect op de zorgbouw.

Voor de korte termijn geldt dat de nieuwe bekostigingssystematiek pas recent is ingevoerd. Zorginstellingen hebben daarom nog vaak onvoldoende kennis van de noodzakelijke verdienmodellen om de kosten voor vastgoed terug te verdienen. Om die reden zijn zorginstellingen vaak nog niet goed in staat om succesvolle business cases voor nieuw vastgoed op te stellen.

Een aantal instellingen die kort voor het invoeren van de integrale tarieven en de afschaffing van het bouwregime nieuw vastgoed hebben laten bouwen, zouden moeilijkheden hebben om

de exploitatie onder het nieuwe systeem dekkend te krijgen. Dit wijst er op dat op de lange termijn zuiniger en rationeler nieuwbouw gepleegd zal gaan worden.

#### **Jaarcontracten met zorgverzekeraars bieden vastgoedfinanciers te weinig zekerheid**

Voor de financiering van nieuw vastgoed moet een zorginstelling geld lenen van een bank. Banken eisen voor een dergelijke lening een goed uitgewerkte lange termijn exploitatieplan. De exploitatie is afhankelijk van de tarieven en volumes die de zorginstelling is overeengekomen met de zorgverzekeraar.

De huidige gang van zaken is dat de zorgverzekeraar vaak de tarieven en volumes voor één jaar wil contracteren met de zorginstelling en dit veroorzaakt onzekerheid. Door deze onzekerheid over de exploitatie van het vastgoed voor de lange termijn wordt het verkrijgen van financiering voor zorgvastgoed moeilijk. Daarnaast biedt zorgvastgoed vergeleken met andere investeringen een laag rendement waardoor het moeilijk kan zijn om beleggers aan te trekken.

#### **Onvoldoende waardering voor investeringen in de zorgfunctie van wonen in het WWS**

Het woningwaarderingssysteem (WWS) beloont instellingen onvoldoende voor investeringen voor door de zorg benodigde aanpassingen, zoals extra veiligheid, bredere gangen enzovoort. Hiervoor worden onvoldoende of geen punten toegekend waardoor deze investeringen niet terugverdiend kunnen worden.

#### **Snel stijgende zorguitgaven geven mogelijk aanleiding tot bezuiniging op zorgvastgoed**

Tabel 2.4 heeft laten zien dat de zorguitgaven sterk zullen gaan stijgen. Het is onduidelijk in hoeverre de uitgaven aan de zorg in de praktijk zullen gaan stijgen voordat er bezuinigd zal gaan worden. In de jaren '80 heeft een bezuinigingsronde in de zorg geleid tot een forse bezuiniging op de zorgbouw, met dus nadelige gevolgen voor de bouwproductie. In de toekomst kan de zorgbouw weer onder druk komen te staan als de zorguitgaven snel stijgen en er voor bezuinigen wordt gekozen.



---

## Bijlage A Bronnen

---

### Interviews

Dirk Holtkamp Pieter van Hulst	Actiz Aedes
Jeroen Kingma	BAM Vitaal ZorgVast
Anneke Speelman Ron van Bloois	HEVO
Valentin Neevel	Ministerie van VWS
Aad Noordermeer Johan van Manen Rein Halbersma	NZa
Stefan van Heumen Menno Hinkema	TNO Centrum Zorg en Bouw
Piet van der Lei	Zorgkantoor Zorg & Zekerheid

### Statistiek

Statline	(CBS)
Bouwvergunningenregistratie	(CBS)
Basisadministratie Adressen en Gebouwen	(Kadaster)
Basisrapportage AWBZ	(CIZ)

### Literatuur

CBS (2011), 'Demografie van de vergrijzing', Den Haag: CBS.

CPB (2011), 'Trends in gezondheid en zorg', CPB Policy Brief 2011/11, Den Haag: CPB.

CPB (2012), 'Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010 – CPB Achtergronddocument bij: CPB Policy Brief 2011/11', Den Haag: CPB.

CVZ (2004), 'Het scheiden van wonen en zorg', Diemen: CVZ.

EIB (2005), 'Bouwen voor de gezondheids- en welzijnszorg', Amsterdam: EIB.

EIB (2013), 'Investeren in Nederland' (nog te publiceren), Amsterdam: EIB.

Kriek, R.J & Dooyeweerd, R. (2009), 'Risicovol investeren in de zorg'. Real Estate, 63, 20-25.

NYFER (2012), 'Integrale zorg in de buurt', Utrecht: NYFER.

RIVM (2006), 'Zorg voor gezondheid: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006', Bilthoven: RIVM.

RIVM (2007), 'Kosten van ziekten in Nederland', Bilthoven: RIVM.

SCP (2009), 'Vergrijzing, verpleging en verzorging: Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030', Den Haag: SCP.

SCP (2011), 'Zorg in de laatste jaren: Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008', Den Haag: SCP.

SER (2008), 'Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ', Den Haag: SER.

TNO (2010), 'Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2010', Utrecht: TNO.

Plexus en BKB (2010), 'Bouw en Diversiteit van Wonen', Breukelen: Plexus

---

## Bijlage B Begrippen en definities

---

### **Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)**

Uit de AWBZ worden de kosten voor langdurige zorg betaald. Dit betreft gehandicaptenzorg, verblijf in een verpleeghuis of langdurige geestelijke gezondheidszorg. Deze zorg wordt niet vergoed door de basisverzekering of aanvullende zorgverzekeringen. Iedereen die in Nederland woont of werkt is automatisch verzekerd voor AWBZ-zorg.

### **Basisregistraties Adressen en Gebouwen (BAG)**

De BAG is een registratie waarin gemeentelijke basisgegevens over alle gebouwen en adressen in Nederland zijn verzameld. De BAG is een belangrijk onderdeel van het stelsel van basisregistraties. De BAG biedt een overzicht van alle gebouwen in Nederland en een adressenbestand van hoge kwaliteit van heel Nederland.

### **Bouwkosten**

De bouwkosten zijn de materiaal- en arbeidskosten (inclusief bouwinstallatie) van het bouwwerk waarvoor een bouwvergunning is verleend, exclusief bruto toegevoegde waarde (BTW). Eventuele inventaris valt hier buiten.

### **Extramurale zorg**

Extramurale zorg is zorg die thuis geleverd wordt. Zie ook intramurale zorg.

### **GGZ**

Geestelijke gezondheidszorg.

### **GZ**

Gehandicaptenzorg.

### **Gezondheidszorg**

Zie bijlage D.

### **Gezondheidszorgfunctie**

Gedeelten van een of meer bouwwerken die dezelfde gebruiksbestemming hebben en die tezamen een gebruikseenheid vormen voor medisch onderzoek, verpleging, verzorging of behandeling.

### **Intramurale zorg**

Intramurale zorg is hulp en verblijf die door een (woon)instelling wordt verleend aan mensen die dat 24 uur per dag nodig hebben. Zie ook extramurale zorg.

### **Welzijnszorg**

Zie bijlage D.

### **Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)**

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) regelt dat mensen met een beperking de voorzieningen, hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Het kan gaan om ouderen, gehandicapten of mensen met psychische problemen. De Wmo zorgt ervoor dat iedereen kan meedoen aan de maatschappij en zo veel mogelijk zelfstandig kan blijven wonen. Gemeenten voeren de Wmo uit, vanuit een bijdrage van het Gemeentefonds, en iedere gemeente legt andere accenten.

### **Zorgvastgoed**

Vastgoed dat gebruikt wordt door een zorginstelling. Gebaseerd op de Basisregistraties Adressen en Gebouwen.

**Zorgverzekeringswet (ZVW)**

Iedereen die in Nederland woont of werkt is wettelijk verplicht een basisverzekering te hebben. De basisverzekering dekt de standaardkosten van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. Mensen kunnen zich aanvullend verzekeren voor kosten die niet in het basispakket zitten, zoals beperkte fysiotherapie of tandartsbezoek. De vergoedingen en de premie verschillen per verzekeraar. De overheid bemoeit zich niet met aanvullende verzekeringen.

**Zorgzwaartepakket (ZZP)**

Ouderen of mensen met een langdurige ziekte of handicap kunnen niet altijd zelfstandig wonen. De zorg die zij nodig hebben, wordt beschreven in een zorgzwaartepakket (ZZP). Het zorgzwaartepakket bepaalt ook hoeveel geld een verblijfsinstelling krijgt voor de zorg aan de cliënt. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft de indicatiebesluiten af en bepaalt welk zorgzwaartepakket daarbij hoort. Zie ook bijlage C.

Bron: CBS, website Rijksoverheid.



---

## Bijlage C ZZPs Verpleging & Verzorging

---

### **Pakket 1: Beschut wonen met enige begeleiding**

Dit is wonen in een veilige omgeving met enige begeleiding van een zorginstelling.

### **Pakket 2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging**

U woont dan in een veilige omgeving met dagelijkse verzorging en begeleiding van een zorginstelling.

### **Pakket 3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging**

Hier is sprake van wonen in een veilige omgeving met intensieve dagelijkse verzorging en begeleiding door een zorginstelling.

### **Pakket 4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging**

Dit is wonen in een verzorgingshuis of verpleeghuis voor mensen die veel verzorging en begeleiding nodig hebben. De begeleiding geeft veiligheid en is voortdurend dichtbij.

### **Pakket 5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg**

Hier is sprake van wonen in een verpleeghuis of verzorgingshuis. Het is voor mensen die intensieve zorg en veel bescherming nodig hebben. Het is een pakket voor mensen die ernstig dement zijn.

### **Pakket 6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging**

Dit is wonen in een verpleeghuis of een verzorgingshuis. Het is voor mensen die lichamelijk ziek zijn en veel zorg nodig hebben. Het gaat om een chronische ziekte: een ziekte die heel lang duurt, steeds terugkomt of niet overgaat.

### **Pakket 7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding**

Dit pakket is bestemd voor ouderen die al heel lang psychiatrische problemen hebben en daarbij zulke grote lichamelijke problemen hebben dat ze niet thuis kunnen wonen. Ook is het pakket geschikt voor mensen onder de 65 jaar die ernstig dement zijn of een niet-aangeboren hersenbeschadiging hebben.

### **Pakket 8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen met de nadruk op verzorging/verpleging**

Dit pakket is bestemd voor mensen met een ernstige lichamelijke ziekte. Zij hebben daardoor heel speciale zorg nodig.

### **Pakket 9: Verblijf met herstelgerichte verpleging en verzorging**

Dit pakket is voor mensen die een zware operatie achter de rug hebben. Hierdoor kunnen zij nog niet naar huis en brengen zij een bepaalde tijd door in een instelling waar zij speciale zorg krijgen.

### **Pakket 10: Beschermd verblijf met intensieve palliatieve-terminale zorg**

Dit pakket is bedoeld voor mensen die een terminale ziekte hebben en in de eindfase van die ziekte verkeren.

Bron: website Zorgkantoor Zorg & Zekerheid



## Bijlage D Gezondheids- en welzijnszorg (CBS)

Hieronder wordt de sector gezondheids- en welzijnszorg uitgesplitst overeenkomstig de SBI classificatie van het CBS. Duidelijk wordt welke zorg onder welke verzamelcategorie is gebracht. Cure komt overeen met de gezondheidszorg (86). Care betreft de verpleging, verzorging en begeleiding met overnachting (87). Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting (88) is een meer bonte verzameling met thuiszorg, maar ook kinderopvang.

### Gezondheids- en welzijnszorg

<b>86</b>	<b>Gezondheidszorg</b>
86.1	Ziekenhuizen
86.10	Ziekenhuizen
86.10.1	Universitair medische centra
86.10.2	Algemene ziekenhuizen
86.10.3	Categorale ziekenhuizen
86.10.4	Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting
86.2	Medische en tandheelkundige praktijken
86.21	Praktijken van huisartsen
86.22	Praktijken van medisch specialisten en medische dagbehandelcentra (geen tandheelkunde)
86.22.1	Praktijken van medisch specialisten en medische dagbehandelcentra (geen tandheelkunde of psychiatrie)
86.22.2	Praktijken van psychiaters en dagbehandelcentra voor geestelijke gezondheids- en verslavingszorg
86.23	Tandartspraktijken
86.23.1	Praktijken van tandartsen
86.23.2	Praktijken van tandheelkundig specialisten
86.9	Paramedische praktijken en overige gezondheidszorg zonder overnachting
86.91	Praktijken van verloskundigen en paramedici
86.91.1	Praktijken van verloskundigen
86.91.2	Praktijken van fysiotherapeuten
86.91.3	Praktijken van psychotherapeuten en psychologen
86.91.9	Overige paramedische praktijken (geen fysiotherapie en psychologie) en alternatieve genezers
86.92	Overige aanbieders van gezondheidszorg zonder overnachting en gezondheidsondersteunende diensten
86.92.1	Gezondheidscentra
86.92.2	Arbobegeleiding en reïntegratie
86.92.3	Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding)
86.92.4	Medische laboratoria, trombodediensten en overig behandelingsondersteunend onderzoek
86.92.5	Ambulancediensten en centrale posten
86.92.9	Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten

Bron: CBS

- 87 Verpleging, verzorging en begeleiding met overnachting**
- 87.1 Verpleeghuizen
- 87.10 Verpleeghuizen
- 87.2 Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten
- 87.20 Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten
- 87.3 Huizen en dagverblijven voor niet-verstandelijk gehandicapten en verzorgingshuizen
- 87.30 Huizen en dagverblijven voor niet-verstandelijk gehandicapten en verzorgingshuizen
- 87.30.1 Huizen en dagverblijven voor niet-verstandelijk gehandicapten
- 87.30.2 Verzorgingshuizen
- 87.9 Jeugdzorg en maatschappelijke opvang met overnachting
- 87.90 Jeugdzorg en maatschappelijke opvang met overnachting
- 87.90.1 Jeugdzorg met overnachting en dagverblijven voor jeugdzorg
- 87.90.2 Maatschappelijk opvang met overnachting
- 88 Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting**
- 88.1 Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op ouderen en gehandicapten
- 88.10 Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting gericht op ouderen en gehandicapten
- 88.10.1 Thuiszorg
- 88.10.2 Welzijnswerk voor ouderen
- 88.10.3 Ondersteuning en begeleiding van gehandicapten
- 88.9 Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting niet specifiek gericht op ouderen en gehandicapten
- 88.91 Kinderopvang en peuterspeelzaalwerk
- 88.91.1 Kinderopvang
- 88.91.2 Peuterspeelzaalwerk
- 88.99 Ambulante jeugdzorg, maatschappelijk werk en advies en lokaal welzijnswerk
- 88.99.1 Ambulante jeugdzorg
- 88.99.2 Maatschappelijk werk
- 88.99.3 Lokaal welzijnswerk
- 88.99.9 Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn

---

## EIB-publicaties

---

### 2007

Verwachtingen bouwproductie en werkgelegenheid in 2007

Beperking hypotheekrenteaftrek - gevolgen voor de bouwproductie en woningmarkt

Opdrachtgevers aan het woord - meting 2006

Infrastructuurmonitor - MIT 2007

De restauratieproductie tot 2011

Procesintegratie en innovatief ondernemerschap in het bouwproces

Bouwbedrijven 2007 - ontwikkelingen-vooruitzichten

Sectorprofiel stukadoors-, afbouw- en terrazzo-/vloerenbedrijf 2005-2012

Het ziekteverzuim in de bouwnijverheid in 2006

De sector civiele betonbouw - marktontwikkelingen, opdrachtgeverschap en werkgelegenheid

Bouwconcerns in beeld 2006/2007

Opdrachtgevers aan het woord - meting 2007

Bedrijfseconomische kencijfers van gww-bedrijven in 2006

Bedrijfseconomische kencijfers van b&u-bedrijven in 2006

Het arbeidsbestand in de bouw in 2006

Monitor arbeidsongevallen in de bouw 2006 (ARBOUW)

Transparantie in de bouwpraktijk

De bouwbedrijven in 2006

### 2008

Verwachtingen bouwproductie en werkgelegenheid 2008

Procesintegratie en innovatief ondernemerschap in het bouwproces - meting 2007

Kostendruk van wet- en regelgeving in het gespecialiseerde aannemingsbedrijf

Infrastructuurmonitor - MIRT 2008

Bouw in beeld 2007

Openbaarvervoerinfrastructuur in een geliberaliseerde markt

Algemene kosten in het bouwbedrijf

Het ziekteverzuim in de bouw in 2007

Kwaliteit van de dienstverlening en het bestuurlijk proces van lagere overheden

De markt voor restauratie en onderhoud van monumenten tot 2013

Uitdagingen en beleidsopties bij nieuwbouw van woningen - regionale ontwikkelingen en beleid na 2009

De Vastgoedlezing 2008 - crisis op de Nederlandse woning- en vastgoedmarkt? (ASRE)

Bedrijfseconomische kencijfers van b&u-bedrijven in 2007

Bedrijfseconomische kencijfers van gww-bedrijven in 2007

Monitor arbeidsongevallen in de bouw 2007 (ARBOUW)

Bouwconcerns in beeld 2007/2008

## 2009

Verwachtingen bouwproductie en werkgelegenheid 2009

Opdrachtgevers aan het woord - meting 2008

Procesintegratie en innovatief ondernemerschap in het bouwproces - meting 2008

Middenkaderopleidingen in de bouw

Algemene kosten in het bouwbedrijf 2006-2007

Bouw in beeld 2008

Trends en ontwikkelingen in de afbouwbranche 2009-2014

De zelfstandige zonder personeel in de bestratingsbranche

Het ziekteverzuim in de bouw in 2008

Verkenning effecten stimuleringsmaatregelen rond de woningbouw ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Monitor arbeidsongevallen in de bouw 2008 (ARBOUW)

Hervorming van de woningmarkt

Reïntegratie van langdurig zieke werknemers in de bouw

Bouwconcerns in beeld 2008-2009

## 2010

Verwachtingen bouwproductie en werkgelegenheid 2010

Algemene kosten in het bouwbedrijf 2006-2008

Bedrijfseconomische kencijfers b&u-bedrijven 2008

Bedrijfseconomische kencijfers gww-bedrijven 2008

Trends en ontwikkelingen in de afbouwbranche 2010-2015

Zzp'ers in de bouw

De arbeidsmarkt in de bitumineuze en kunststofdakbedekkingsbranche

Kantorenleegstand - probleemanalyse en oplossingsrichtingen ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Ondergrondse netwerken en grondwaterbeheer

Monitor arbeidsongevallen in de bouw 2009 (ARBOUW)

Ziekteverzuim in de bouw 2009

Beleidsvarianten beperking hypotheekrenteaftrek en liberalisatie huursector ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Nacht- en weekendwerk in het wegonderhoud

Bouw in beeld 2009

De bouwmarkt 2010-2015

Bedrijfseconomische kencijfers gespecialiseerde bedrijven 2007-2008

Strategie en crisis

Vrouwen in technische functies

Marktstudie AFNL 2011-2012

Infrastructuurmonitor - MIRT 2011

Kantorenleegstand - analyse van de marktwerking ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

## 2011

Verwachtingen bouwproductie en werkgelegenheid 2011

Algemene kosten in het bouwbedrijf 2007-2009

Openbare aanbestedingen in de gww

Bedrijfseconomische kencijfers gww-bedrijven 2009

Bedrijfseconomische kencijfers b&u-bedrijven 2009

Succesvol binnenstedelijk bouwen

De winst van innoveren ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Algemene BouwplaatsKosten (ABK) van B&U-projecten 2010 (RRBOUW)

Productiviteit en strategie ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Bouwconcerns in beeld 2009-2010

Trends en ontwikkelingen in de afbouwbranche 2011-2016

Restauratie en onderhoud van monumenten - marktverkenning tot 2015

Aanbestedingsgedrag opdrachtgevers ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Actuele situatie in de bouw - overzicht ten behoeve van de nieuwe woonvisie ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Dynamiek op de woningmarkt

De civiele betonbouw tot 2016 - ontwikkelingen op de markt en in de rolverdeling in het bouwproces ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Monumenten en corporaties - monumentenbezit en -beleid van corporaties ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Ziekteverzuim in de bouw 2010 ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Maatschappelijke woonagenda - van programmeren naar stimuleren

Monitor arbeidsongevallen in de bouw 2010 (ARBOUW)

Kantorenmonitor - analyse van vraag en aanbod ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

MKBA Herstructurering Eemsdelta

Bedrijfseconomische kencijfers - b&u- en gww-bedrijven 2010 ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Kosten en baten van de bouw bbl-opleiding ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Overheid en markt; nieuw evenwicht in aanbesteden ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Dienstverlening van medeoverheden - quick scan onder architectenbureaus ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Infrastructuurmonitor - MIRT 2012 ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Algemene kosten in het bouwbedrijf 2008-2010 ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Kostenmodel omgevingsrecht ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Bouwen voor kwaliteit ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

## 2012

Evaluatie stimuleringspakket woningbouw ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Verwachtingen bouwproductie en werkgelegenheid 2012

Situatie op de Nederlandse hypotheekmarkt

Arbeid en scholing in de restauratiesector

Trends en ontwikkelingen in de wegenbouw tot 2017 ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Trends en ontwikkelingen in de afbouwbranche 2012-2017

Bouwconcerns in beeld 2010-2011

Effecten van bezuinigingen in de infrastructuur ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))



Annuitaire beperking hypotheekrenteaf trek ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Vitaliteit: van feit tot beleid ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Ziekteverzuim in de bouw 2011 ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Landelijke samenvatting kantorenmonitor ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Stedelijke ontwikkeling en infrastructuur ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Monitor arbeidsongevallen in de bouw 2011 (ARBOUW)

Aanbestedingsgedrag opdrachtgevers ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Gemeentefinanciën, voorzieningen en ruimtelijke investeringen in krimpgebieden ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Kantorenmarkt Noord Nederland ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Kantorenmarkt Oost Nederland ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Kantorenmarkt provincie Utrecht ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Kantorenmarkt Noord-Holland en Flevoland ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Kantorenmarkt Zuid-Holland ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Kantorenmarkt Zeeland ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Kantorenmarkt Noord-Brabant ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Kantorenmarkt Limburg ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

Verkiezingsprogramma's - gevolgen voor de woningmarkt en de bouwproductie ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))

De bouw in 2020 ([www.eib.nl](http://www.eib.nl))



**Economisch Instituut voor de Bouw**

Basisweg 10  
1043 AP Amsterdam

Postbus 58248  
1040 HE Amsterdam

t (020) 583 19 00  
f (020) 583 19 99

[eib@eib.nl](mailto:eib@eib.nl)  
[www.eib.nl](http://www.eib.nl)

Desktop publishing: Margo Wakidjan-Nijbroek, EIB





The logo for the Economisch Instituut voor de Bouw (EIB) features the lowercase letters 'eib' in a bold, blue, sans-serif font. The 'e' and 'i' are connected at the top, and the 'b' is slightly taller than the 'e' and 'i'. The background of the logo is white, which is part of a larger white rectangular area on the page.

Economisch Instituut  
voor de Bouw

Basisweg 10  
1043 AP Amsterdam

Postbus 58248  
1040 HE Amsterdam

t (020) 583 19 00  
f (020) 583 19 99

[info@eib.nl](mailto:info@eib.nl)  
[www.eib.nl](http://www.eib.nl)