

A WELL certificate in healthcare housing.

Master of Architecture, Urbanism & Building Sciences

Master Thesis, Delft University of Technology



[this page intentionally left blank]

Title of subject

A WELL certificate in healthcare housing.

Subtitle

A WELL certificate in healthcare housing for both the benefits of an ageing population and institutional investor.

Personal information

Name | Sofie Oosdijk

Student number | 4622448

Phone number | +31 681150892

Email | a.s.oosdijk@student.tudelft.nl



Studio

Graduation laboratory | Real Estate Management

Main motor | drs. PW. Koppels & Dr. I. Nase

Second mentor | dr. ir. E.W.T.M. Heurkens



Graduation organization

Real Estate Developer Provast

Mentor | ir. J.L.W.M. de Jong MRE



[this page intentionally left blank]

Preface

In front of you lies my thesis as the final part of MSc Management in the Built Environment at the Delft University of Technology. During a period of hard work, I attempted to contribute to the healthcare housing development and WELL certificate research. The research focuses both on the preferences of an ageing population and institutional investor. The thesis process was a period with ups and downs, but I have learned a lot about the feasibility of a WELL certificate in healthcare housing and writing down the research in a comprehensible and scientific way.

The dissemination and audiences where this research is focussing on is in particular towards real estate developer Provast. An advice will be given based on the outcomes of this research whether a WELL certificate will be a feasible investment in healthcare housing. By investigating this, the outcome of this research will also be applicable for comparable real estate developers who are interested to create a better understanding about what requirements healthcare housing have and what the added value is to develop healthcare housing with a WELL certification.

Additionally, I would like to thank several people that guided me through this process. First, I want to express my gratitude to my supervisors, drs. P.W. Koppels, dr. I. Nase and dr. ir. E.W.T.M. Heurkens, who supported me through the whole process. I appreciate their comments about the content of my work and the time they took to help me. Next, I would like to thank ir. J.L.W.M. de Jong MRE from Provast, he gave me the opportunity to gain knowledge about project development. His feedback on my work and the laughs we had, either at the office or in the car, helped me in keeping motivated.

In addition, I would like to thank all the participants for their contribution to the outcome of this research. I could not have achieved the research results without them.

Sofie Oosdijk

The Hague, June 18th 2019

[this page intentionally left blank]

Abstract

The WELL certificate offers advantages for healthcare housing development of the future. As a consequence, new and unknown challenges within the field of the built environment arise. Moreover, there are uncertainties within the behavioral responses of an ageing population and, among other things, the willingness and benefits to invest in a WELL certificate by an institutional investor and developer. There is a lack of extensive knowledge about the contribution of a WELL certificate to healthcare housing development. In this study, the relative preferences for a WELL certificate in healthcare housing were compared to an ageing population in Delft and The Hague. To establish this, a face-to-face interview in combination with a structured questionnaire was held. Based on the response of 23 respondents, the demographical, social (healthcare housing requirements and preferences) and economical dissimilarities are evaluated. Moreover, the preference for a WELL certificate is also estimated by the institutional investors. To establish this, also a face-to-face interview in combination with a questionnaire was held. Based on the response of 4 respondents, the interest to invest in healthcare housing, the healthcare housing requirements, the financial components and the interest in a WELL certificate are evaluated. At this moment it can be argued that the WELL v2 certificate creates more advantages than disadvantages for the different stakeholders during both the development and exploration phase in healthcare housing. On the other hand, based on the estimated results, it can be concluded that more recognition must arise about a WELL certificate by both the ageing population and institutional investor. The results show that there are differences regarding the preference for a WELL certificate between the ageing population and institutional investors. The ageing population with a higher education level, who exercise more than three times a week, who have a healthy eating pattern and who are more satisfied with the quality of their appartement, apartment complex and neighborhood are found to receive less utility for a WELL certificate. This effect is strong for both men and women. The higher educated ageing population living in social rental housing share this idea compared to the lower educated ageing population in social rental housing. The majority of the ageing population prefer a few WELL concepts, in particular the lower educated ageing population. Moreover, institutional investors claims that investing in healthcare housing is less risky compared to offices and regular housing developments. Nevertheless, not enough healthcare homes have been realized yet. Besides this, the institutional investors argue that a WELL certificate in healthcare housing does not improve the GRESB score. This argument is strong for all institutional investors: no distinction regarding professional position. Furthermore, institutional investors show a higher preference to implement all WELL concepts in contrast to the ageing population. The result shows more preference for a certificate: investors are eager when a certificate can be obtained. The estimation of the results increases the understanding of stated preferences of a few WELL concepts in healthcare housing development. To conclude, from a scientific perspective, this research contribute to the understanding of institutional investor and an ageing population choice behavior regarding WELL certificate in healthcare housing. In addition, it contribute to a potential ex-post study of an ageing population living in healthcare housing. Besides the scientific perspective, this research also contribute to the practical relevance were the behavior of two different social groups within the ageing population will be investigated regarding the social rental, free rental and owner-occupant sector. Additionally, this research contribute to the understanding of the current preferences for a WELL certificate complementing healthcare housing without a WELL certificate.

Keywords

WELL certificate, healthcare housing development, ageing population, institutional investor, real estate developer

[this page intentionally left blank]

Table of contents

Title page	iii
Preface	v
Abstract	vii
Chapter 1. Introduction	
1.1 Healthcare real estate	p. 11
1.2 Institutional investor	p. 12
1.3 Ageing population	p. 13
1.4 WELL certificate	p. 15
1.5 Relevance	p. 16
1.6 Scope and research delimitation	p. 19
1.7 Research objective and questions	p. 20
1.8 Research design	p. 21
1.9 Thesis outline	p. 22
Chapter 2. Literature review	
2.1 Current housing situation	p. 24
2.2 Willingness to move to another home	p. 24
2.3 Physical (healthcare) housing requirements	p. 25
2.4 Institutional investor	p. 26
2.5 WELL Building Standard	p. 28
Chapter 3. Stated preference experiment	
3.1 Stated preference method	p. 34
3.2 Factor analysis	p. 36
Chapter 4. Relating a WELL certificate to healthcare housing	
4.1 The WELL v2 certificate	p. 43
4.2 A match or mismatch	p. 44
Chapter 5. Structural research design	
5.1 Identification of healthcare housing problems and opportunities	p. 48
5.2 Design of stated preference experiment	p. 50
Chapter 6. Results	
6.1 Sample characteristics	p. 54
6.2 Attributes and attributes levels	p. 55
6.3 Discussion of most preferred and least preferred outcomes	p. 55
6.4 Discussion of the socio-economic, observable and attitudinal variable outcomes	p. 57

Chapter 7. Simulation

7.1 Choice probabilities	p. 67
7.2 Healthcare housing scenario	p. 67

Chapter 8. Discussion

8.1 Integrating a WELL certificate in healthcare housing	p. 69
8.2 Socio-economic variables	p. 71
8.3 Observable variables	p. 72
8.4 Attitudinal factors	p. 72
8.5 Effects of unobserved parameters	p. 72
8.6 Methods that are used and the power of explained data	p. 72

Chapter 9. Conclusion	p. 74
------------------------------	-------

Chapter 10. Recommendations

10.1 Scientific recommendations	p. 77
10.2 Practical recommendations	p. 78
10.3 Policy recommendation	p. 80

Chapter 11. Reflection and research limitations	p. 82
--	-------

Chapter 12. List of references	p. 86
---------------------------------------	-------

Appendices	p. 93
-------------------	-------

1. Introduction

Currently, the Netherlands deals with an alarmingly high housing shortage. Last year, the housing need was 235.000 new homes, whereas at the beginning of 2019 it was estimated at 263.000 homes. That is 3.4% of the housing stock (Capital Value, 2019, p. 5; IVVD, 2018a, p. 24-25). Based on current forecasts, there will be a high housing shortage until 2030. In particular, many new homes are needed for an ageing population. Due to the fact that the ageing population will further increase in the future, the demand for healthcare homes will increase (CBS, 2017, p. 4; IVVD, 2018a, p. 24-25). Despite the growth in healthcare housing transaction volume, the investment in this segment is not at the required level in order to meet the growing demand. Due to this, the prospects for healthcare housing define a significant shortage (Capital Value, 2019, p. 65). The shortage in this segment represent a future-proof opportunity for developers and investors.

1.1 Healthcare real estate

Healthcare real estate is a category that has undergone a number of important developments in recent years. The concept healthcare real estate includes building with very different functions and characteristics (e.g. healthcare centers, residential care centers, clinics and hospitals) (DTZ Zadelhoff, 2014, p. 5). Roughly, healthcare can be divided into ‘care’ (ouderenzorg) and ‘cure’ (ziekenhuiszorg) (DTZ Zadelhoff, 2014, p. 5; Veuger et al., 2015). This research focus on care: facilitating healthcare housing¹ for an ageing population.

Through the separation of housing and care, there is a need for new forms of housing for an ageing population. The ageing population want to live independently but in the vicinity of care and good facilities (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 5). The most important development is the aging of the Dutch population. With a growing ageing population, there is also a great demand for healthcare homes that are suitable for an ageing population with a mobility problem, an ageing population who receive care at home, who want a zero-stair house (nultredenwoning) or a lifecycle resistant house (levensloopbestendige woning)² (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 5; 3Bplus, 2016c). According to the Fortuna study by ABF Research, up to 2030, around 300.000 extra healthcare homes are needed for an ageing population (Capital Value, 2018).

In addition, the healthcare housing wishes of an ageing population appear to differ greatly from region to region. For example, housing seekers aged 65-74 in Amsterdam are interested in an independent home as in a retirement home, while in another region as Wageningen home seekers aged 55-64 are already relatively interested in retirement home (KCWZ, n.d., p. 2; 3Bplus, 2016c).

Another important development is, the change in the healthcare system in 2015. This change stimulate the ageing population to live independent for as long as possible in order to reduce the cost of care (Naafs, Bakker & Franken et al., 2010, p. 18-19; Rijksoverheid, n.d.). This creates a greater need for healthcare homes in which an ageing population, alone or together, can continue to live independently for as long as possible or in which they can receive care services at home (Capital Value, 2019, p. 64).

Due to this, the type of healthcare housing concepts are changing. The ageing population demand for healthcare housing concepts that include home automation (domotica), services (e.g. healthcare and non care

¹ **Healthcare housing** | Responds to the evolving needs of healthcare practices and is designed with future flexibility whereby the ageing population share their premises and other resources. In other words, housing combined with healthcare services.

² **Lifecycle resistant home** | Is an independent home that is suitable for an ageing population who can continue to live in it if their living conditions change (source: Stijlvolouder, n.d)

related) and comfort. New initiatives are only successful to a limited extent. As a result, it is important to build in a flexible and future-proof way (Capital Value, 2019, p. 64).

1.2 Institutional investor

A recent movement in healthcare emphasizes the interest to invest in healthcare housing in the Netherlands. In 2017, a record amount was invested in healthcare real estate: over 700 million euros, an increase of almost 30% compared to 2016 (Cobouw, 2018; Doodeman, 2018). Those investments are particularly made by institutional investors. In 2018, the volume of transactions in healthcare housing amounted to 945 million euros (see figure 1). That is a record and represents a growth of 35% compared to the volume in 2017 (Capital Value, 2019, p. 64; Vastgoedmarkt, 2018).

Currently, 10% of the housing market stock consists of healthcare housing. At this moment, investors have more capital available than is being invested (Capital Value, 2019, p. 65). The reason for not using this capital is the shortage of suitable supply in this investment category. Construction production is lagging behind and a large part of the existing stock is outdated (Capital Value, 2019, p. 64).

The institutional investors are mainly interested in new construction projects (Cobouw, 2018). The reason for this is that these homes meet the requirements of today's ageing population, who not only have to live for a longer period independent, but also have more time to spend on other things (Capital Value, 2019, p. 65). As a result, they place higher demands on their living environment, the services and the quality of the house. Figure 2 explains the type of healthcare real estate where institutional investors are investing in.

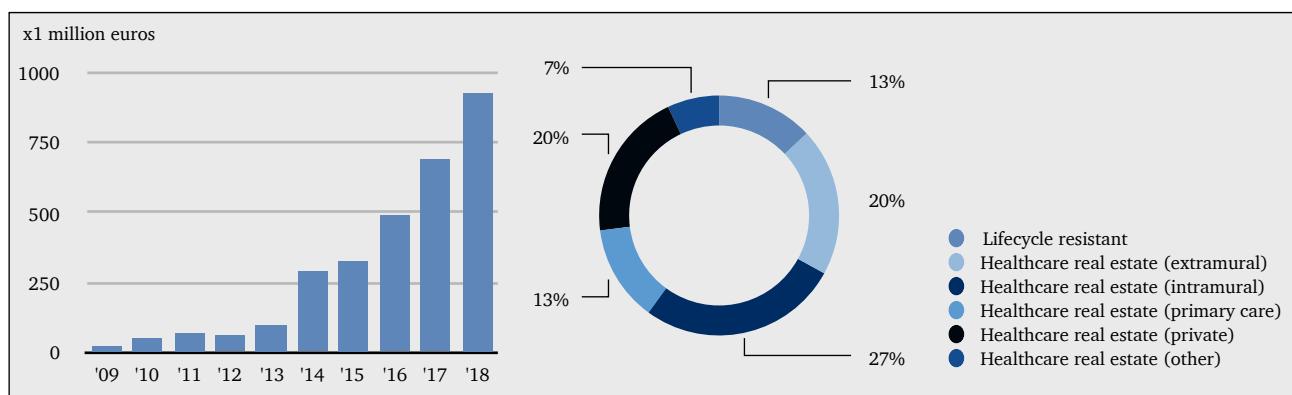


Figure 1. Investment volume in healthcare real estate (source: Capital Value, 2019, p. 64).

Figure 2. Investors in healthcare real estate, purchase 2018 (source: Capital Value, 2019, p. 64).

Additionally, according to IVVD (2018b, p. 4-5), the social contribution and interest to invest in a healthy living environment in healthcare real estate is growing because it reduces the need for healthcare: people feel more comfortable or recover faster in green surroundings, in an environment with clean air and with sufficient daylight. Therefore, the healthcare real estate, either the development of a physical living environment, makes a substantial contribution to positive health. Sustainability in terms of a healthy living environment is becoming increasingly important for institutional investors because the shareholders care about it (IVVD, 2018b, p. 3). In addition, the institutional investor do not aim for quick profits, they want to commit to their investments for the long term. They do not aim only towards an appropriate financial return, but also towards a social return (IVVD, 2018b, p. 8). Moreover, the investments in healthcare housing can be even more interesting for the investor. It appears that the rental prices of free sector healthcare housing are

approximately 11% higher than the rental prices of comparable free sector apartments without care services. The higher rental price is, among other things, caused by the lack of good housing for an ageing population and the growing need of healthcare housing in the free rental sector (CBRE, 2018, p. 5).

1.3 Ageing population

The proportion of over-65s in the future (26% around 2040) is significantly higher than now (19%). Currently 3.2 million inhabitants are 65 years or older. In 2040, this number will increase to 5 million (CBS, 2017, p. 4-5). In addition, the lifetime has increased and is expected to rise further (CBS, 2017, p. 4-5) (see figure 3).

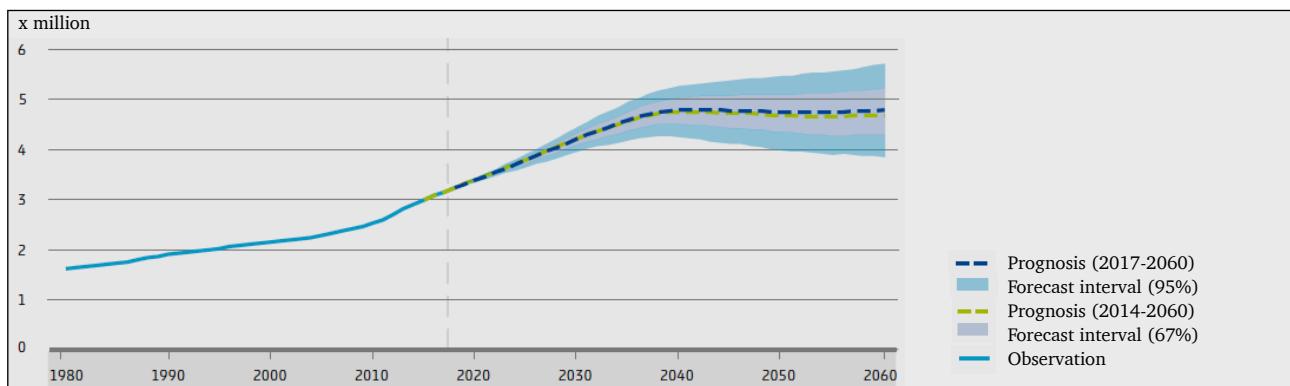


Figure 3. Population of 65 years or older on January 1st, observation prognosis 2017-2060 (source: CBS, 2017, p. 5).

More specific, in the coming years, the ageing population will sharply increase in the Netherlands. This means almost 60.000 65+ households extra. The strongest growth is among the 75-84 year old households. In the period up to 2030, 373.000 75-84 year old households are forecasted. The ageing population, that is single and older than 85 years old increase by 90.000. The ageing population, which are living together and older than 85 years will increase by 33.000 (Capital Value, 2019, p. 64). As a result, more suitable homes are needed for this group in particular. Regions with the fastest growth of 75+ households are: Flevoland (99.7%), Alkmaar and its surrounding area (62.9%), Greater Amsterdam (58.9%), North part of Noord-Holland (66.8%) and Southwest Gelderland (59.3%) (Capital Value, 2019, p. 64)

Responding to this situation, the ageing of the population also causes a strong increase in the demand for care and therefore an increase in the demand for healthcare housing. It can be argued that the need for healthcare housing is urgent due to the high demand, low supply and the amount of an ageing population is further increasing in the Netherlands (CBS, 2017, p. 4-5; Diversions, 2018, p. 2). Moreover, the willingness of the 65+ households that indicated to move has increased from 6% in 2009 to 16% in 2015 (CBS, 2018).

Since 2015, the ageing population is more exited to move to another house compared to previous years (see figure 4) (CBS, 2018). In 2015, 37% of the ageing population argued that their health condition was the main reason that decide to move. Thereafter, the house was another reason (21%) followed by the neighborhood (13%) and the willingness to live close by their family and friends (11%) (CBS, 2018).

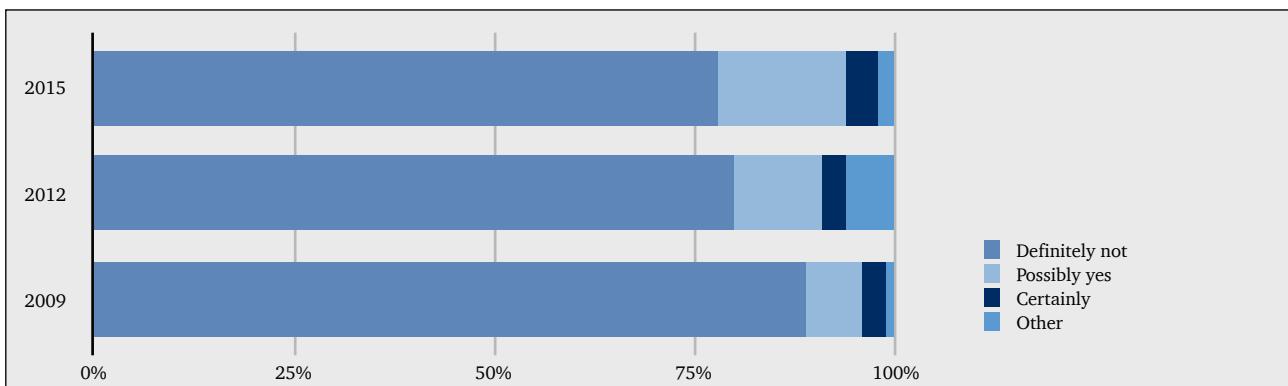


Figure 4. The willingness to move to another house based on a population of 65+ years (source: CBS, 2018).

The health situation of the ageing population is the main reason to move. With a percentage of only 11, the social aspects are important for the ageing population that decide to move (CBS, 2018). In other words, it can be argued that the social aspects are less important for an ageing population. However, it can also be argued that an ageing population prefer to live in their current neighborhood in order to stay in contact with their network and their history (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 5; 3Bplus, 2016d). According to Velzen (2017), as long as the ageing population are not convinced that their housing and living situation will improve, only a small percentage will actually move. Even when their need for care increases.

Additionally, it is often difficult to find an affordable rental home. Nowadays, homes have become much more expensive and it is also a group that expects increasing healthcare costs (Cobouw, 2019; Woonbond, 2018). However, it is important to stimulate the ageing population - who are mainly living in single-family homes - to move to housing that is suitable for them in order to create room for other (income) households.

At this moment, the housing stock is not being used optimally. Many single-family homes are occupied by the ageing population, although they no longer always match their housing requirements (3Bplus, 2016a). They are less able to maintain the home and garden. This is even more problematic due to the fact that the government stimulates the ageing population to stay longer in their own homes (Rijksoverheid, n.d.). Young families, on the other hand, have difficulty finding a single-family home (PBL, 2014, p. 66; Platform31, 2018a, p. 1). Therefore, it is important that the ageing population are encouraged by various methods to make the switch to a home that is more suitable for them.

Most of the ageing population (couples) are moving to a home in the free rental sector (WoOn, 2018, p. 52; 3Bplus, 2016b). In addition, most of the single ageing population want a social rental house: 55% of the single ageing population want to have a social rental house and less than 10% want a rental house in the middle segment (WoOn, 2018, p. 62).

There is also another reason to stimulate the ageing population to move to another house. The ageing population relatively move unexpected due to unforeseen circumstances as a result of rapidly deteriorating health or the death of a partner (PBL, 2013, p. 48). To reduce the (forced) relocation, it is important to stimulate the willingness to move in order to prepare for a future in which the ageing population get older: the willingness is higher when there are good facilities and services in the vicinity of the new home.

The mobility of an ageing population that are 75 years or older will decrease. To prevent loneliness, it is important to stimulate the social aspects of this ageing population (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 2; Machielse, 2016, p. 46-52; Machielse, 2015, p. 201). Based on previous research that has been collected by the Municipality of Amsterdam, a good layout of the house and a living environment can create conditions for social interaction, which increase the level of independence. To achieve this, it is important that the ageing

population is involved in the development of the plan and take account of their specific wishes (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 2; Zorgvisie, 2017).

It is important to understand how the healthcare housing development could meet the demand of having independent homes that offer a unique combination of services on site - such as a gym, retail units and the possibility of having (healthcare) sessions in the community.

The assumption is now that those services - depending on the design - can contribute to the feeling of having an independent home and prevent loneliness by an ageing population. This could also contribute to the flexibility of the healthcare housing in the end whereby the environment already reacts to the needs of this population. Due to this flexibility, the ageing population can live for a longer period in an independent home with a unique combination of services nearby which will increase the willingness to move to a particular location.

Finally, within the ageing population (aged 75+), there is a great socio-economic diversity feasible and this will continue to grow in the future (Campen, Kooiker & Boer, 2016, p. 117-118). According to Twigg (2013, p. 79), the ageing population will spend more money on living and comfort. Additionally, the physical and cognitive performance will diverse within the ageing population: active aging is the 'mantra', however not every person is actively involved with that. It is expected that the coming generation will practices more sports, however there will be a major difference in terms of gender, ethnic background and social class (Campen, Kooiker & Boer et al., 2016, p. 117-118).

1.4 WELL certificate

As mentioned, the ageing population place higher demands on their living environment, the services and the quality of the house. In other words, a higher standard of living is required in order to stimulate the ageing population to move to another house. The assumption is that a WELL certificate can contribute to this situation. The demand for healthy and comfortable buildings is increasing (DGRM, 2017, p. 2; IVVD, 2018b, p. 7).

According to PWC (2016, p. 74) and DGRM (2017, p. 2), stones and location will no longer determine the price of future buildings, but the price will be determined by flexibility, usability and quality of housing. In other words, health, well-being and sustainability are the key drivers of real estate value. However, 'how do you achieve a healthy and comfortable building', 'how do you demonstrate that a building is healthy' and 'how can you as a building user select a healthy building'? . A WELL certificate, a new quality mark for healthy buildings, offers an answer to all these questions .

A WELL certificate is a performance-based system for monitoring features of the built environment that impact human health and well-being through different concepts (International WELL Building Institute, 2019a). According to Klepeis, Nelson, Ott, Robinson, Tsang and Switzer (n.d.) and Roberts (2016), more than 90% of our time is spent inside buildings. Everything from lack of mobility, poor air quality, food choice and stress affect the daily health of occupants. This is mainly affected and influenced by the creation of the built environment (Timm & Austin, 2019). As a result, it is important to improve this environment. This is what WELL does. Based on several concepts, the quality of the environmental health, building design, human health and behavior will be improved. For an ageing population, a WELL certificate indicates that the living environment meets certain requirements in terms of comfort and health. These performances are checked (measured) by WELL in practice (DGRM, 2017, p. 5-8). Due to this, an ageing population can be certain that he or she has a comfortable and healthy living environment. This means, for example, a living environment where it is not too hot or too cold, where there is good air quality and where there is sufficient green space.

Moreover, a WELL certificate helps the ageing population with their choice for healthy housing (DGRM, 2017, p. 3). When looking for new accommodation, it is often difficult to see whether the building offers a pleasant environment to live in. With a WELL certificate, it will soon become clear which buildings are demonstrably healthy and comfortable.

Besides this, a WELL certificate is not only of added value for the ageing population who are living in the healthcare homes, it also contribute to the health and well-being of employees who work in the building complex. The organizational benefits include maximizing employees performance and productivity, reduce impacts of absenteeism and lower healthcare costs (Staatsen, Alphen, Houweling, Ree & Kruize, 2017, p. 13; International WELL Building Institute, 2019b). This also benefits the care of an ageing population.

Moreover, also developers do profit from high-quality buildings (International WELL Building Institute, 2019b). According to Kirk (2017): "high-quality buildings have higher resale values, the higher cost of adding WELL features is recouped over time. Buildings that include healthy features command up to a 20% rent premium over market rate, in addition to savings on operational costs". Moreover, WELL also helps the developer to understand how healthy and comfortable a building is (DGRM, 2017, p. 3). This makes it possible to distinguish themselves from others. Additionally, the extra investments in comfort and health (additional costs) can be substantiated in a simply way to potential buyers (e.g. institutional investors) (DGRM, 2017, p. 3). However, on the other hand, there are also some doubts about the WELL certificate. According to Kirk (2017): "the hope of developers is that WELL will give a project greater market advantage, but there are too few studies so far to know if this is true".

Besides this, building owners do also benefit from high-quality buildings (Mil, 2017, p. 26). According to International WELL Building Institute (2019b) and Quintana (2018): "building owners tell us they are seeking WELL certification to attract and retain high-quality tenants, maximize financial performance of rental rates and resale value, minimize risk of incidents and obsolescence and improve shareholder relations by increasing their GRESB score for health and well-being". Moreover, a WELL certificate also helps the institutional investor to understand how healthy and comfortable a building is (DGRM, 2017, p. 3).

In addition, building owners also place great value on the competitive differentiation and marketing narrative that WELL provides. It is also possible to make use of authentic messages that can help to improve the lives of occupants who are living in a WELL building (International WELL Building Institute, 2019b). The community service concept of Area of People, for example, is a community service concept whereby the ageing population can be informed about all kind of building related information. It also stimulate social interaction between tenants (Area of People, 2019).

1.5 Relevance

It can be argued that there is a high development potential for an institutional investor and a real estate developer to invest in healthcare housing. Especially, because the willingness to move has increased (CBS, 2018) and because there are not enough healthcare houses available that meet the needs of an ageing population (Doodeman, 2018).

From financial point of view, a feasible investment model has not been achieved by the real estate developer. However, the healthcare real estate market is less sensitive to economic trends than, for example, the regular housing market (Doodeman, 2018). The need for care is not concerned with the economic situation or stock prices and is not bothered by online alternatives (Connect Invest, 2018). For institutional investors, the economic independence of healthcare real estate means that this investment category constitutes a stable investment.

Investing in healthcare housing creates a social impact and stable return (Doodeman, 2018). Depending on the region and the type of healthcare homes, the gross initial yields (BAR) are between 5% and 7%. Institutional investors often use a minimum operating return of approximately 4% to 5% per year (Connect Invest, 2018). The indirect return relates to the increased value of the property. According to Connect Invest (2018), the increase in value of healthcare housing will be determined in the coming years. However, for the increase in the value, a parallel can be drawn related to the increased value development on the housing market. Currently, a yearly value increase of 6.0% and 9.0% for healthcare housing is expected. This means that the total returns for healthcare housing are expected to be between 6.0% and 9.0%, which is very ‘favorable ratio’ given the risk profile. A favorable risk profile will appear from the following reasons.

First, long-term lease agreement with solid tenants. The investor and the care institution conclude a lease, often for a long period. A period of 20-year are the rule rather than the exception. The building owner-tenant relationship is increasingly transforming into a partnership (Connect Invest, 2018).

Second, alternative applicability. Healthcare housing can relatively easy to be transformed to regular homes. Third, as mentioned, the demand for healthcare housing is growing. In the Netherlands, there has always been a huge amount of healthcare housing. However, this property was mostly in the hands of healthcare institutions (Connect Invest, 2018). Due to this, there was hardly any healthcare real estate available to invest in. Due to laws and regulations and demographic developments, a shift has occurred. Most of the healthcare real estate is no longer owed by the healthcare institutions. It is important to realize that the traditional model of ‘retirement home’ is changing to independent living within a care institution. The need for investment in healthcare housing can no longer be met by healthcare institutions. Due to this, a new market for institutional investors and developers. It is assumed that this market will continue to grow in the coming years (Capital Value, 2019, p. 64-65; Connect Invest, 2018).

Moreover, it can be argued that the adding value of integrating a WELL certificate in combination with a healthcare housing development is relevant due to the following. An integration of a WELL certificate has mainly been used in combination with commercial buildings (e.g. offices) (International WELL Building Institute, 2019c). There are only a few residential projects which do not focus particular on (healthcare) housing. A few residential projects are bigger apartment blocks or hospitality industries (e.g. wellness centres, horeca or retail). In other words, by incorporating the WELL certificate in healthcare housing, a new way of development can be achieved. The assumption is that this can lead to an outstanding sort of development that reacts to the future needs of healthcare housing and its users.

The aim of a WELL certificate is making buildings even more healthier and thereby providing better living environments for users (Deerns, 2016). According to Dexus (2016): “WELL is the first evidence-based system for measuring, certifying and monitoring building features that impact on health and well-being” (p. 12). The implementation of user feedback in the building performance is an important element in this certificate. Due to this, the assumption is that this can lead to user satisfaction and that the investor can achieve higher returns due to the lower risk that this sort of development has on the long term (e.g. less vacancy) (IVVD, 2018b, p. 2; Doodeman, 2018).

Additionally, institutional investors apply GRESB as the investment property assessor. GRESB and WELL are different things however they have strong synergies (GRESB, 2016). According to GRESB (2016): “GRESB is an assessment of the environmental, social, and governance (ESG) performance of real estate companies and funds”. Moreover, according to GRESB (2016): “the unit of assessment is an organization, and GRESB focus on entity-level business strategy, management practices, and performance”. In addition, the WELL Building Standard is a performance-based leadership standard for building projects. It can be applied to

guide and recognize leadership in the promotion of health and wellness for interiors fit-outs and whole buildings.

In addition, according to GRESB (2016): “GRESB and WELL have complementary requirements for individual WELL features and GRESB indicators. This means that entities familiar with GRESB are likely to have management practices and systems that make it easier to achieve WELL certificate: many WELL features contribute directly to GRESB indicators”. On the other hand, it is also possible to argue that the WELL certificate and its underlying strategy to contribute to the health and well-being, has a positive effect to GRESB.

In other words, WELL and GRESB provide an effective platform to promote health and well-being and provide transparency for investors and other stakeholders. Both GRESB and WELL recognize the importance of monitoring outcomes using tools such as occupant surveys (GRESB, 2016; International WELL Building Institute, 2018). The assumption is that by incorporating the WELL certificate in healthcare housing development, it will increase the collaboration with institutional investors.

Moreover, according to DGRMR (2017, p.3) and GRESB (2016): health and well-being has emerged as an important issue for real estate companies and funds. Investors and tenants have expressed interest and there is increasing recognition that the promotion of health and well-being can contribute to competitive differentiation, value creation and risk management. As mentioned, investments in healthcare real estate are particularly made by institutional investors (Doodeman, 2018). Developments in healthcare (housing) by institutional investors can help the real estate developer to understand the feasibility of investing in healthcare housing development. Moreover, an ageing population itself can help the real estate developer to create a better understanding about the physical healthcare housing requirements and its interest in WELL certificate.

A research about the effectiveness of having a WELL certificate for a healthcare housing project have not been investigated yet, either a research on how a developer can respond to the development of healthcare housing in combination with a WELL certificate. Therefore, it will be even more interesting to do research on this topic.

Moreover, this study also attempts to fill the knowledge gap in stated choice behavior regarding the different social groups. In this study, the preference for a WELL certificate in healthcare housing are addressed. With the results, recommendations are given to cater to the preferences of the ageing population in order to improve the healthcare housing development.

Since the interest to invest in healthcare housing has increased by institutional investors, the preference for a WELL certificate is explored. It is expected that the investors will contribute to a healthy built environment, however there are non healthcare housing projects realized with a WELL certificate. Therefore, the assumption is that less institutional investors dare to take the first step. Filling the research gap forms the crux of this study.

Table 1. Relevance of the study summarized.

Relevance of the study
Scientific
• Contribute to the understanding of an ageing population and institutional investor choice behavior regarding WELL certificate in healthcare housing
• Contribute to a potential ex-post study of ageing population living in healthcare housing
• Assessment of the influence of a WELL certificate in healthcare housing on different stakeholders during the development and exploitation phase
Society
• Behavioral research between two different social groups with regard to social rental, free rental and owner-occupant sector
• Understanding the current preferences for WELL certificate complementing healthcare housing without a WELL certificate
• Contribute to the development of a healthcare housing project with a WELL certificate between two different social groups

1.6 Scope and research delimitation

1.6.1 Ageing population

This study focuses on the perspective of an ageing population (65+) and institutional investor. This study dealt mainly with the influence of having a WELL certificate in healthcare housing. It seeks to understand the effectiveness of having a WELL certificate in healthcare housing during a healthcare housing shortage in the Netherlands. The focus is on the development and exploitation phase during the development process of healthcare housing. This study contributes to the development of healthcare housing with a WELL certificate in Delft and The Hague (appendix B and C). The details of the study are based on:

- Healthcare housing that consists extramural care services;
- The healthcare housing focuses on the social rental, free rental and owner-occupant segment;
- Possibility to live independent without care or with customized care services;
- Within the building complex, various facilities are present and (group) activities are organized;
- A varying range of (daily) necessities, facilities and activities within walking distance.

The research chose both the ageing population in Delft and The Hague to assess the preferences for a WELL certificate between different cities and social groups. The healthcare housing in Delft consists only social rental housing whereas the healthcare homes in The Hague are categorized as free rental sector and owner-occupant homes. Differences in parameter estimates between social groups could arise. This could be of interest for the social group study in determining potential demand for a WELL certificate in healthcare housing. In the stated preference experiment, the respondents were faced with the healthcare housing requirements and principles of a WELL certificate.

Afterwards, the research came up with the assessment procedure where the information gathered were analyzed and evaluated. Although the research has reached its aims, there are some unavoidable limitations. One of them is a significant number of respondents available that may be unavailable or unwilling to participate.

1.6.2 Institutional investor

Moreover, this study also contributes to the future healthcare housing development potentials in combination with a WELL certificate from institutional investors perspective since they have interest in this segment (Captial Value, 2019; Cobouw, 2018; Doedeman, 2018; Vastgoedmarkt, 2018). The details of the study are based on:

- Experience in the (healthcare) housing development;
- Understand the influence of the (most) important financial components;
- A different level of knowledge about a WELL certificate.

The research chose different institutional investors to assess the preferences for a WELL certificate in healthcare housing who have a different level of knowledge and experiences. The WELL certificate knowledge level ranges from 'known' to 'unknown'. Difference in parameter estimates between profession could arise. This could be of interest for the institutional investor study in determining potential demand for a WELL certificate in healthcare housing per institutional investor.

In the stated preference experiment, the respondents were faced with the healthcare housing requirements (e.g. characteristics and financial components) and principles of a WELL certificate.

Afterwards, the research come up with the assessment procedure where the information gathered were analyzed and evaluated. Although the research has reached its aims, there are some unavoidable limitations. One of them is a significant number of respondents available that may be unavailable or unwilling to participate because some of the data needed are important to the company.

1.7 Research objective and questions

The aim of the research is to gain knowledge about the interest for a WELL certificate in healthcare housing development from both an ageing population and institutional investor perspective. The objective of this research is to inform the real estate developer about its requirements and its feasibility. Whereas a distinction will be made between the social groups of an ageing population and between institutional investors. The outcome of this study contributes to creating a better understanding about an ageing population and institutional investor attitude towards a WELL certificate in healthcare housing. As mentioned, this research focuses on the development of healthcare housing with a WELL certificate aimed at answering the following research question:

“Which WELL certificate proposal in healthcare housing development meets the requirements of both the ageing population and institutional investors?”

The following sub questions were set up to answer the main research question:

- Which physical healthcare housing requirements are important?
- Which WELL certificate characteristics are important?

Based on the research questions, the developer will be able to create a better understanding about the healthcare housing requirements and the interest for a WELL certificate of both an ageing population and institutional investor perspective. In addition, a next step can be made in order to translate the findings into a feasible healthcare housing development. The feasibility refers to the willingness to pay for a WELL certificate. Based on answering the research questions, a recommendation can be made which formulate a first approach towards answering the question:

- How can the developer create a feasible healthcare housing project?

1.8 Research design (methods)

The purpose of the research design is to provide a conceptual link between the theoretical and the empirical parts of a particular piece of research (Evers, 2004, p. 24). This section aims to show how a mix method study using the theoretical ideas is appropriate for addressing the research questions (see figure 5). This type of study is used to conduct the analysis of the preferences of an ageing population and institutional investors.

First, in the literature review a number of previous studies will be reviewed that explored the ageing population and institutional investor preferences for healthcare housing. In addition, the principles of a WELL certificate will be discussed.

Second, the stated preference method explore the preferences of an ageing population and institutional investors. The stated preference method is divided in a category for analyzing the choice behavior with regard to the preferences for a WELL certificate in healthcare housing. The category is called the conjoint analysis which focus on the response of specific alternative. The design of the stated preference method include the definition of the factors of interest and the values (levels) of the factors that need to be evaluated by the respondents. A distinction is made in observable factors, either instrumental and socio-economic and unobservable, attitudinal factors.

The third method in this study is the relating method. The WELL certificate relationship towards healthcare housing will be discussed in more detail based on the outcomes of the literature review method. This study attempts to add insight in the feasibility of a WELL certificate for a healthcare housing project: relating a WELL certificate to healthcare housing. The relationship between healthcare housing requirements and WELL certificate based on both the observable and attitudinal factors from an ageing population and institutional investor perspective will be discussed. Based on this overview, the ‘missing’ relationship toward a WELL can be investigated.

Finally, the final method in this study is the testing method. This method discuss the structured interviews. Based on the main findings from literature, it will be important to summarize the healthcare housing problems and opportunities in order to create an understanding about the needs for healthcare housing and in order to formulate the important variables for the structured interviews.

Research design

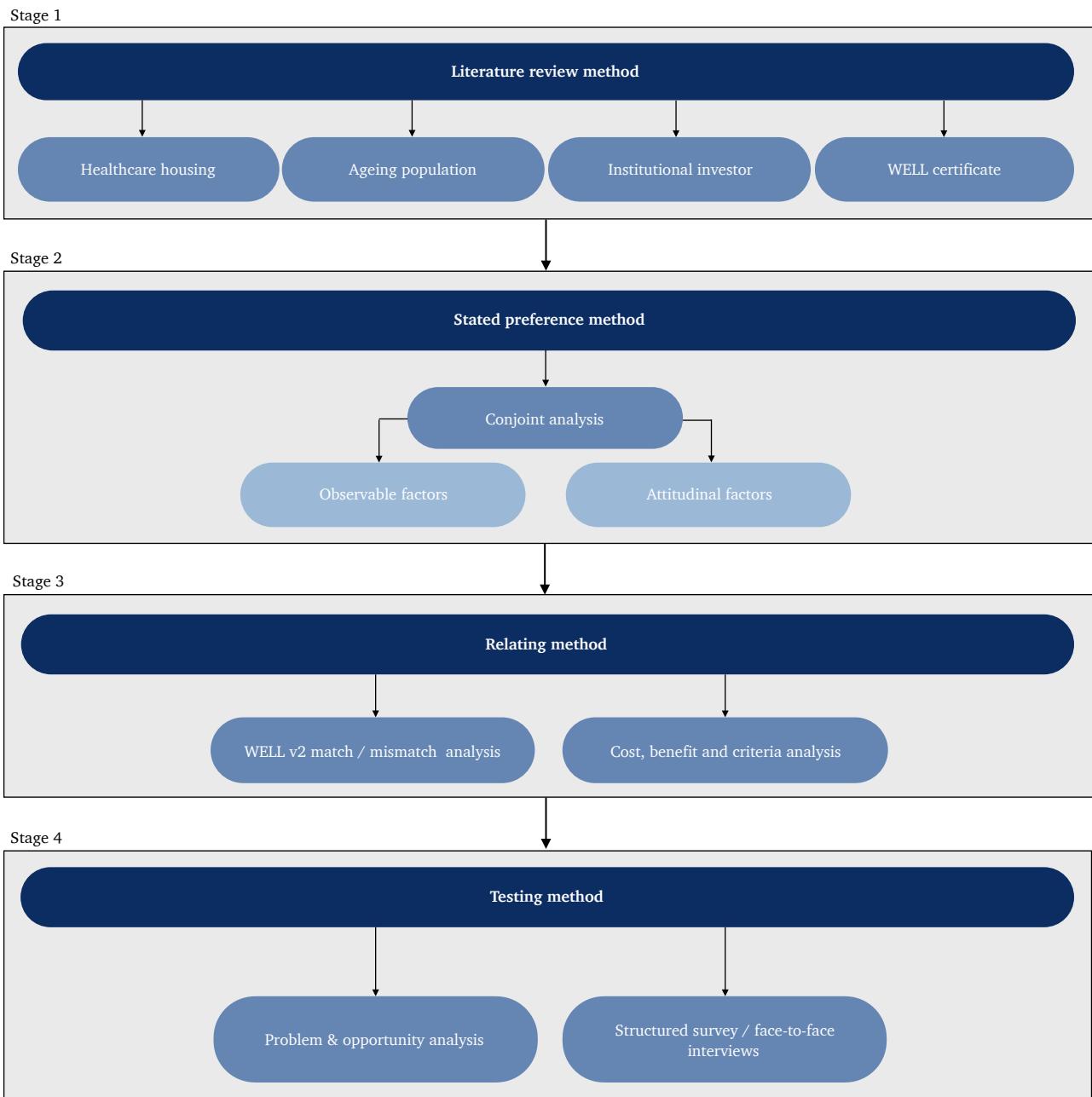


Figure 5. Stated methodology in this study.

1.9 Thesis outline

Chapter two begins by explaining the literature review regarding the physical healthcare housing requirements, the characteristics of an ageing population and institutional investor and the principals of a WELL certificate. The third section presents the stated preference method. The chapter ends with an overview of the considered factors for the assessment of relative preferences regarding healthcare housing. The fourth chapter introduced the study of a healthcare housing project with a WELL certificate, to which this study attempts to contribute. Chapter five discuss the design of the structural research design.

Thereafter, in chapter six, the sample characteristics and the results from the applied exploratory factor analysis are discussed. Chapter seven, a scenario analysis is discussed based on the applied exploratory

factor analysis and it presents the findings of the structural research design. Chapter eight is concerned with a discussion and chapter nine presents the conclusion. In chapter ten are the recommendations discussed and at last, chapter eleven discuss the reflection.

In this chapter, the research objective has been discussed. The subject was introduced through the main themes for this study: the healthcare housing market, institutional investors, ageing population and a WELL certificate. It was found that there is a need for more knowledge regarding WELL certificate preferences within a healthcare housing development. Moreover, the scope of the study has been defined in which a WELL certificate of a future healthcare housing development is considered. Herein, two different themes will be discussed: the perspective of different social groups within an ageing population and that of institutional investors. This resulted in the main research question: “Which WELL certificate proposal in healthcare housing development would meet the requirements of both the ageing population and institutional investors?”. The research question will be answered by various methods: a literature review method, stated preference method, relating method and finally by the testing method.

2. Literature review

In this chapter, a number of previous studies are reviewed that explored the ageing population and institutional investor preferences for (healthcare) housing.

2.1 Current housing situation

The ageing population are attached to their own living environment and want to live there as long as possible. Even if their need for care increase (Velzen, 2017; 3Bplus, 2016a). According to Rouwendal (2018, p. 16), 88% of the ageing population are (very) satisfied with the current living environment and nearly 60% of them have been living in the same home for more than twenty-five years (PBL, 2013, p. 69). Most of the ageing population choose for healthcare service at home, for example, with the help of home automation (domotica) so that they can continue to live independent for a longer period in a more easily and safer way (Fliet, 2018).

The majority of an ageing population live in 'land-based' single-family homes. Around 20% live in a retirement home. Only about 10% of the ageing population have a home with three or more rooms (3Bplus, 2016a).

According to Eerenbeemt (2019), the amount of an ageing population that live in an owner-occupied home is 55%. In 2012, that was 49%. This percentage is related to the ageing population of the post-war babyboomers. Due to the fact that the older generation is getting older, this will ensure that a larger proportion of the ageing population will (continue to) live in the owner-occupied sector (Bakker, Hu & Wittkämper, 2018, p. 7-8; CBS, 2017, p. 4-5; WoOn, 2015, p. 5; 3Bplus, 2016d). It is expected that the percentage of owner-occupied homes will continue to increase over the next 15 years.

In addition, if the ageing population are inclined to move to another home, two thirds prefer a rental home and a third an owner-occupied home (WoOn, 2018, p. 62; 3Bplus, 2016b). The ageing population who move to an owner-occupied home are between 55-64 years old. Above this age, this is approximately one fifth.

2.2 Willingness to move to another home

For an ageing population, the following determinants are important: satisfied with the house, neighborhood and the facilities within walking distance (3Bplus, 2016b). In general, the 'beauty' of the neighborhood, access to a green area, a well-maintained home and good air quality form an important basis for overall satisfaction. According to 3Bplus (2016b), another reason to increase the willingness to move to another house is when the ageing population needs more daily necessities at a shorter distance (e.g. cash machine, healthcare services).

Moreover, according to Veuger et al. (2015): "if it is possible to realize more variation in living arrangements and make this offer more familiar to older people, more movement is possible". Around 30% of the future ageing population want to move into a more expensive home, however, there is no interest in a rental segment above €1000 (3Bplus, 2016d).

In general, when the ageing population is willing to move to another house, 70% want to pay the same amount as before. Around 10% is willing to pay more and around 20% prefer a house that is cheaper (3Bplus, 2016d). Additionally, according to Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis and Francke (2014, p. 26-27), an ageing population with owner-occupied homes and those with high incomes are less likely to move to another home than those with a rental home or low income.

When the ageing population move, they often take the accessibility of the new home into account. Two thirds of people who move to another house are looking for a ‘zero-stair’ home. Other selection criteria include the speed of availability, the size and the proximity of facilities (3Bplus, 2016b).

2.3 Physical (healthcare) housing requirements

2.3.1 House

As mentioned, the ageing population prefer a land-based (single-family) or ‘zero-stair’ home. According to this, the ground floor or first floor are preferred (3Bplus, 2016d). Additionally, as the age of an ageing population rises, the demand for single-family homes is decreasing. The turning point refers to an age category 65-74 years. Around 60% of the ageing population have no specific preferences according to the position of the apartment (3Bplus, 2016d).

Besides this, the majority of the ageing population want a home with two bedrooms. Many of the ageing population prefer a living space between 80 and 120 m² (3Bplus, 2016d). Furthermore, daylight in the home is highly preferred. Moreover, the ageing population attach great importance to living comfort. This includes heating, several facilities and a lifecycle resistant home (Kenniscentrum 60Plus, 2018; 3Bplus, 2016d).

According to Gemeente Amsterdam (2017, p. 3), important requirements for creating a suitable house for an ageing population are: creating compact housing space, flexible use of space, creating enough storage space and enough living space. Moreover, an ageing population also have the preference to have outdoor space (e.g. a balcony or terras). A large balcony (> 12m²) on the south and a view on outside (green) space is preferred (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 3; 3Bplus, 2016d). Moreover, most of the ageing population prefer to have an extra room for a caregiver, hobbies, storage or the possibility to sleep separate. The total size of the house depends on the availability of common rooms in the building: there must be a balance between space in the home and space that is shared with fellow residents. In addition, there is a need for different solutions with more or less common space (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 4).

The majority of an ageing population believe that home services and home adjustments, including home automation, can help them live longer at home. This includes e.g. fire detection, automatic lighting, remote care and information services. These functionalities do not only provide real improvements, but also increase the sense of security. Especially an ageing population with pro-active attitude, for whom self-reliance is important and an ageing population with a desire for care and feelings of powerlessness tend most often to (future) use home automation (domotica) (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis & Francke, 2014, p. 48; 3Bplus, 2016d).

2.3.2 Building complex

In the social area, activities in the nearby area, such as in a residential complex, must be organized. To increase the social interaction, a shared garden or roof terrace can also be an option or a wide gallery of outdoor space which function as a meeting place at the same time (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 4). Due to a good design of the building, it is possible to create conditions for casual meeting with the other residents. There are various requirements with regard to the living situation in the building complex. These preferences vary from an individual suitable home (just between other households) to clustered (more sheltered housing with only an ageing population) (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 4). To stimulate the activeness of an ageing population, it is important to create casual social contacts (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 4). The design of common spaces can encounter spontaneous interaction in the immediate environment and also enable more organized meetings e.g. a communal roof garden that, besides a traffic space, also function as outdoor space

for an ageing population. Moreover, there is a preference for having a spacious entrance that can also be used for meetings - above a 'lockable' room for common use. When designing a healthcare complex it is important that a well-designed transition between communal and private space occur.

2.3.3 Neighborhood

For an ageing population that is older than 65 years, the environment is important. For this group, the proximity of nature and green areas are desired (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 5). The view is also an important element in their choice to move to a particular place. A certain group of the ageing population spend a large part of the day at home. A lively neighborhood is desired: 'they want to have something to look at' (Verweij, 2011; 3Bplus, 2016d).

According to KCWZ (2013, p. 1-2), it is important to stimulate contacts with younger people: this could contribute to the health of an ageing population. It is therefore important to combine housing for an ageing population with younger people or built healthcare housing close to lively places (Verweij, 2011). The most important environmental qualities for an ageing population are provisions and social contacts (3Bplus, 2016d).

The need for facilities mainly focuses on facilities that an ageing population regularly use (e.g. such as shops, basic healthcare facilities, public transport). This is the reason why an ageing population prefer to live within walking distance of the centre. Moreover, the road to these facilities must also be easily accessible, with wide sidewalks and street lighting.

For a large proportion of the population, urban facilities (e.g. theaters, restaurants, cafes) are less important. An ageing population place particular value on services aimed at convenience, the home and care. Finally, the ageing population also want an overview of which facilities are available in the neighborhood (3Bplus, 2016d).

Most of the ageing population indicate that they want to live in the middle of society, with mixed neighborhoods (with young people and sufficient peers) being preferred. Contact with neighbors and social control are important for a safe feeling on the street (Verweij, 2011; 3Bplus, 2016d). To stimulate the ageing population to go outside, it is important to have heat resistant places in the neighborhood. Also to offer an ageing population the opportunity to stay active and healthy, it is important that life-proof routes are in the area (e.g. to public transport) (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 5).

To offer the ageing population the opportunity to stay active and healthy, it is important that there are life-proof routes in the area and that amenities and bus/tram stops are within walking distance. If access to public transport is possible at an acceptable walking distance, museums, theater or libraries will still be attractive to visit. Therefore, a collator radius of approximately 250-500 m is a reasonable walking distance in order to leave the house independently (Gemeente Amsterdam, 2017, p.5). Moreover, benches could be a solution to interrupt longer distances, to rest and as cause to meet (Gemeente Amsterdam, 2017, p.5). This all relates to stimulating the health and well-being of an ageing population.

2.4 Institutional investor

As mentioned, it can be argued that the prospects for investing in healthcare development are positive and investments will therefore increase. This is evident from, among other things, the Barometer Healthcare Real Estate 2016 (Veuger et al., 2016). The investment volume in healthcare real estate increased considerably in recent years (Leeuwen, 2018). For 2019, institutional investors will have approximately 1.7 billion euros available for investments in healthcare real estate. This amount to 25% of the institutional investors that want to invest specifically in healthcare real estate (Capital Value, 2019, p. 69). More specific,

around 67% of the institutional investors have the interest to invest in healthcare housing for an ageing population. The assumption is that institutional investors are willing to invest for a huge amount in healthcare. Investors are looking for profitable real estate and healthcare real estate is becoming increasingly interesting as an investment category (Doodeman, 2018). On the basis of the research and inventory of bottlenecks among investors, a recommendation can be made for preconditions of investing in healthcare housing: ‘a collaboration with (institutional) investors can make the investment feasible’ (Veuger et al., 2015).

In addition, investors are particularly interested to invest in new healthcare constructions (Capital Value, 2019, p. 65; Doodeman, 2018). The most important reason for this interest is the further increasing of an ageing population and a very outdated inventory of healthcare real estate make it attractive for (institutional) investors to add this asset category to their portfolio. In addition, the regular residential investment market suffers from a lack of suitable supply and returns are under pressure. Healthcare real estate is less sensitive to economic trends (Doodeman, 2018).

Additionally, both the investor and the financial institution (bank) argue that non-sustainable healthcare buildings pose a higher risk (e.g. have a greater chance of being vacated). Financial institutions are already assuming that sustainability aspects are already integrated in the building. In addition, sustainability in terms of a healthy living environment is becoming increasingly important for institutional investors because the shareholders care about it (IVVD, 2018b, p. 3). According to IVVD (2018b, p. 2-3), the interest to invest in a healthy living environment in healthcare real estate is growing because it reduces the need for healthcare: “people feel more comfortable or recover faster in green surroundings, in an environment with clean air and with sufficient daylight. Therefore, the healthcare real estate, either the development of a physical living environment, makes a substantial contribution to positive health” (IVVD, 2018b, p. 5). Another important development in healthcare real estate is that the care processes are no longer the main element in healthcare housing development, however it is about the ageing population. It is important to create a living environment where it is pleasant to stay: creating a connection with the environment is important (IVVD, 2018b, p. 2).

In addition, the institutional investor do not aim for quick profits: they want to commit to their investments for the long-term. They do not aim only towards an appropriate financial return, but also towards a social return (IVVD, 2018b, p. 8).

According to CBRE & Syntrus Achmea Real Estate & Housing (2017, p. 4), healthcare real estate has gained ground over the past few years as an institutionally accepted asset class. The interest of national investors has increased sharply. A substantial growth of the market is in line with the expectation: ‘healthcare real estate is no longer in its infancy’. The assumption is that more transactions and transparency in this sector create a fully-fledged investment category in the coming years (Veuger et al., 2015).

Moreover, especially much more propositions will arise in the middle segment (rent between 720 - 1000 euros). For the larger group with an above-average income that does not have access to the social segment, but who cannot afford luxury care either. Therefore there is demand for a suitable apartment with good care facilities in a safe environment (Bouwinvest, 2016, p. 23; Capital Value, 2019, p. 69). The fact that an ageing population want to move often have difficulty succeeding in realizing to move to another house. This has been identified by the low pass rate in the group of an ageing population with a middle income: no more than 16% have succeeded in finding a new home in the first year after having indicated to be willing to move (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koningsrelaties, 2017, p. 45; CBS, 2018).

In addition, the first large and striking group within the middle incomes are the elderly (older than 65 years), in particular couples, with an AOW benefit and supplementary pension: 26% of the middle-income fall within this group (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koningsrelaties, 2017, p. 41). This group has mostly

a house for sale which suggests that they had a higher income before retirement. Due to the fact that house prices have increased in the past few years, the ageing population can make profit by selling their house.

2.5 WELL Building Standard

A WELL Building Standard is the first performance-based quality mark for measuring, certifying and monitoring the built environment and its effect on people's health, well-being and comfort in buildings through different concepts (Deerns, 2016; International WELL Building Institute, 2018). The aim of a WELL certificate is making buildings healthier and thereby providing better living environments for users. The International WELL Building Institute introduced WELL in 2014 with the aim to advance healthy buildings for all while integrating existing green building standards like LEED and Living Building Challenge (Demaria, 2018; International WELL Building Institute, 2019d). WELL is designed to work harmoniously with leading green building standards (Demaria, 2018; International WELL Building Institute, 2019d). It is a green building rating system designed to provide guidelines and strategies for designing, building and operating built environment (Gbes, 2018; International WELL Building Institute, 2019d). WELL has set itself apart from most other building assessment methods because certification is based on actual operational performance. After completion, the building operation is audited and everything that can be measured is measured (Cheshire, 2019).

Determinants of health are factors that contribute to a person's current state of health. WELL is premised on a holistic view of health (DGRM, 2018, p. 19). According to International WELL Building Institute (2019d): "human health as not only a state of being free of disease - which is indeed a fundamental component of health - but also of the enjoyment of productive lives from which we derive happiness and satisfaction". According to Werelgezondheidsraad (n.d.): "health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". The physical/social environment is the most important determinant that influence the state of health. According to CDC (2014): "addressing social determinants of health is a primary approach to achieving health equity". In addition, health equity can be defined as: "when everyone has the opportunity to attain their full health potential and no one is disadvantaged from achieving this potential because of their social position or other socially determined circumstance" (Brennan Ramirez, Baker, & Metzler, 2008, p. 6; Whitehead & Dahlgren, 2006, p. 5).

According to International WELL Building Standard (2016): "healthcare facilities care for the most vulnerable. WELL features that apply to healthcare homes must address the needs of the ill and recovering, creating conditions that are conducive to healing by alleviating stress, mitigating the spread of disease, providing nutritious food, and improving occupant comfort" (p. 14).

The WELL Building Standard updates the standard by incorporating early user feedback, including simplifications and additional clarifications to certain feature requirements. By incorporating the feedback of an ageing population about the existing physical healthcare housing requirements, an additional clarification to certain healthcare features can be understand. A WELL certification is valid for three years, a timeline that encourages a vigilant commitment to the standard and to implement future new technologies and requirements (Demaria, 2018; International WELL Building Institute, 2019d).

According to Cheshire (2019): "the WELL Building Standard is currently influencing a very small percentage of buildings, meaning that only a few will be able to benefit from living in healthy buildings". However, this is a new voluntary standard that is setting out how building performance could be improved, which should have an influence on what people consider to be standard practice in the future. Though currently a voluntary certificate, the ultimate aim is to turn best practice into business as usual.

2.5.1 Different WELL v2 concepts

According to Gbes (2018): “WELL is grounded in many years of medical research around 7 main WELL Concepts: Air, Water, Nourishment, Light, Fitness, Comfort and Mind. The newest version of WELL (WELL v2) includes additional concepts and strategies around Thermal Comfort, Sound, Materials and Community. This version has been released in 2018 which is still a pilot (Building Green, 2018). This means that version 1 is still considered as the current version. However, new project can already register under WELL v2 and those registered under WELL v1 can upgrade at no cost.

According to International WELL Building Institute (2019d): “the main driver to introduce WELL v2 was to drive equity into the very architecture of the standard”. This means that a WELL v2 certificate is more easily to obtain. Moreover, according to International WELL Building Institute (2019d): “we wanted to reduce barriers to entry”. The reason why the WELL v2 is easier to obtain, for example, is because the number of the required features (the preconditions) has been reduced. The features includes e.g. measuring water and air quality, lighting colour temperature, radiant temperature, decibel levels and sound reverberation.

Moreover, in order to make WELL v2 a better fit for people and spaces around the world, WELL approached the goal of globalization through a strategy of localization. This means: “taking into consideration regional health concerns, cultural norms and market realities” (International WELL Building Institute, 2019d). This is in contrast with WELL v1 whereas this version make use of norms and standars from America.

Additionally, instead of having three different WELL certificate levels within WELL v1, in WELL v2 all parts are designed for specific space types. Space types in WELL refer to spaces within a project. These spaces types do not refer to the project as a whole. Many parts in WELL are denoted for ‘all spaces’, which indicates that the part must be applied to all spaces within the project, for all project types. Some features list distinct parts for specific space types: depending on the part, these additional requirements may be required on top of the requirements for all spaces or used in place in the requirements listed for all other spaces (International WELL Building Institute, 2019d).

Moreover, one of the important new WELL v2 concepts is the ‘Community’ concept. This concept aims to support access to essential healthcare while establishing an inclusive, integrated community through social equity, civic engagement and accessible design (International WELL Building Institute, 2019d).

According to MacQueen, McLellan and Metzger et al. (2001): “communities are characterized by group of people with diverse characteristics who are linked by social ties, share common perspective and engage in joint action and experiences in shared setting or locations” (p. 1). The global, national and local conditions that surround an individual are known as the social determinants of health, which include physical determinants, or the physical and built conditions that impact the health of an individual. Addressing these determinants of health can have a profound influence on the health and well-being of not just individuals but also communities at large. This includes addressing health disparities, which are the differences in health status between population groups resulting from unequal distribution of power and resources as a function of e.g. gender, ethnicity or socio-economic status. Designing built spaces in a way that enables all individuals to access, participate and thrive within the systems and structures of each community is essential to shaping individual and collective health outcomes (International WELL Building Institute, 2019d).

Supporting the health and well-being of the community in a building must begin with addressing the fundamental factors that influence health and well-being, such as access to health services, protection and promotion of health and equitable spaces and employment conditions. Individuals who have a reliable source of healthcare experience better health outcomes, fewer health disparities and lower overall healthcare costs (International WELL Building Institute, 2019d; Staatsen, Alphen, Houweling, Ree & Kruize, 2017, p. 13)

2.5.2 WELL v2 scope

In addition, were WELL v1 is focusing on commercial buildings, WELL v2 focus on all project types (Steps, 2018). For future perspective, according to International WELL Building Institute (2019d): “the system is designed to grow in specificity and specialty over time, adoption to accommodate diverse project types and geographies and in response to new evidence and ever-evolving public health imperatives”.

2.5.3 WELL v2 pricing structure

Another advantage of WELL v2 relates to the changes in the pricing structure (International WELL Building Institute, 2019b). This include simplification, accessibility and flexibility. Whereas on first side the WELL v1 seemed too expensive, WELL v2 projects will now have the option of a single-cycle pricing structure (see table 2) or a three- or five year subscription (see table 3 and 4) (Building Green, 2018; International WELL Building Institute, 2019b).

Table 2. WELL v2 pricing structure one time (source: International WELL Building Institute, 2019b).

WELL v2 pricing structure						
Buildings size		Initial certification			Recertification	
Square foot range (sq. ft.)		Registration	Certification (one-time)	Minimum	Recertification (every 3 years)	Minimum
-	49,999	\$1,800	\$5,000	\$5,000	\$1,650	\$1,650
50,000	249,999	\$2,800	\$0,175 / sq ft	\$8,750	\$0,053 / sq ft	\$2,625
250,000	499,999	\$2,800	\$0,165 / sq ft	\$43,750	\$0,050 / sq ft	\$13,125
500,000	749,999	\$4,200	\$0,155 / sq ft	\$82,500	\$0,047 / sq ft	\$24,750
750,000	999,999	\$4,200	\$0,145 / sq ft	\$116,250	\$0,044 / sq ft	\$34,875

Table 3. WELL v2 pricing structure 3-year subscription (source: International WELL Building Institute, 2019b).

WELL v2 pricing structure			
Buildings size		Initial certification	
Square foot range (sq. ft.)		Registration	Certification (per year)
-	49,999	\$1,800	\$3,800
50,000	149,999	\$2,800	\$6,120
150,000	249,999	\$2,800	\$11,520
250,000	499,999	\$2,800	\$16,920
> 500,000 sq ft		unknown	

Table 4. WELL v2 pricing structure 5-year subscription (source: International WELL Building Institute, 2019b).

WELL v2 pricing structure			
Buildings size		Initial certification	
Square foot range (sq. ft.)		Registration	Certification (per year)
-	49,999	\$1,800	\$2,800
50,000	149,999	\$2,800	\$4,320
150,000	249,999	\$2,800	\$7,920
250,000	499,999	\$2,800	\$11,520
> 500,000 sq ft		unknown	

Based on the tables as shown, it can be argued that all pricing structures has both its advantages and disadvantages. In addition, when comparing the subscriptions for the longer term, the 5-year subscription is economically more beneficial than the 3-year subscription.

Another advantage of the WELL v2 pricing structure is that it is possible that particular markets and building sectors qualify for a 35% discount. Table 5 shows how much discount can be achieved on low-income/affordable housing including the WELL Building Standard motivation. The reason for highlighting this particular building sector is because this sector will contribute to the purpose of this study. As mentioned, this study contribute to the development of healthcare housing with a WELL certificate in Delft and The Hague. In Delft the healthcare housing focuses on the social rental segment.

Table 5. Discount on low-income/affordable housing (source: International WELL Building Institute, 2019b).

Discount on social rental segment	
Building sector	Motivation
Low-income/affordable housing	Projects may be considered “low-income housing” for the purpose of WELL if at least 40% of units are reserved for households making 60% or less than the area median income and if housing costs are deemed “affordable” when total cost of rent is not more than 33% of income; thus, total annual costs must not exceed 20% of area median income. The area median income (AMI) is the household’s income for the median - or middle - households in a region. The region should include the more-populated urban core and its less-populated surrounding territories, sharing industry, infrastructure, and housing.

2.5.4 WELL certificate versus Green Building Standards

As mentioned, WELL work harmoniously with leading Green Building Standards. To understand the added value of this relative new certificate, the WELL certificate, a comparison will be made towards the LEED and BREEAM certificate.

According to International WELL Building Institute (2019e, p. 2), through LEED credits and criteria it may contribute to achieve WELL features. On the other hand, it also does the reverse, showing which WELL features may contribute to achieving LEED credits and criteria.

As mentioned, where WELL Building Standard focus exclusively on the health and wellness of people in buildings, focus LEED on sustainability, building materials, energy efficiency and the environment (Airfixure, 2018, p. 1-3; International WELL Building Institute, 2019e, p. 2; Penny, 2017). However, LEED and WELL share considerable overlap. According to Penny (2017): “WELL starts with some components that are similar to LEED”. During WELL documentation review, submit a short report identifying which LEED credits are being used to claim WELL features (International WELL Building Institute, 2019e, p. 3).

According to BREEAM (2018), the scope between a WELL certificate and BREEAM appears to be the main difference. While WELL focuses purely on the health and well-being of people in buildings, BREEAM-NL In-Use views the sustainability of buildings from an integrated approach. What BREEAM-NL In-Use does, for example, also sets requirements in the field of energy performance, the collection and minimization of waste and the ecological value of the building. WELL, on the other hand, sets in-depth and additional health criteria by, for example, also imposing requirements on the diet, exercises and mental health of building users.

Moreover, WELL makes use of norms and standards from America, now supplemented with a few European equivalents, whereby BREEAM-NL In-Use is focused on Dutch norms (BREEAM, 2018; International WELL Building Institute, 2019d).

BREEAM-NL In-Use and WELL, however, also have a number of interfaces. This is evident from the ‘health’ category. Both certifications methods set requirements for the indoor climate, such as the lighting level, the air quality and the thermal comfort. In other words, when the level of overlap is considered equivalent, it indicates that a BREEAM credit has been evaluated and deemed an acceptable strategy to achieve the requirement of the corresponding WELL feature part BREEAM (2018).

2.5.5 WELL and GRESB

It is interesting to consider that there are already indications that GRESB, the investment property assessor, is increasingly looking at health when valuing real estate portfolios. According to DGMR (2018): “Global investment survey highlights 62 leaders that are integrating health and well-being strategies internally and externally” (p. 34). A WELL certification will undoubtedly be able to play a prominent role in increasing the GRESB score (Mil, 2017, p. 26).

In addition to this, the GRESB is an important measurement tool for institutional investors and as mentioned, a collaboration between developer and (institutional) investors can make the investment in healthcare housing feasible (Veuger et al., 2015). Due to this, it can be argued that with the indication that the relationship between a WELL certification and GRESB will future increase, the benefits of adopting a WELL certificate for the developer will increase when creating a collaboration with the institutional investor in order to make the project feasible.

2.5.6 Advantages and disadvantages of WELL

According to Cheshire (2019): “WELL sets standards for, and measures, the air quality in internal spaces to reduce exposure to contaminants. This is done by combining ‘source control’ – removing the contaminants from materials in the first place – and good ventilation design, to provide enough freshly filtered air into a space”. In addition, for example, it shows that using underfloor displacement ventilation with ceiling extractors is a more effective way of bringing fresh air into a space than using overhead ventilation.

Moreover, it is possible that the internal environment can cause physiological stress due to discomfort caused by glare, relentless grey, noise and cold draughts. The advantages of WELL is that it encourages design features that give occupants more control over their environment.

Each level of WELL certification - silver, gold or platinum - requires buildings to meet a number of minimum standards. These preconditions alone set a high standard (appendix A). The apparent simplicity of the scheme, with just one page per feature, belies the consequences and implications of the design and operational measures that have to be implemented to meet the required performance standards (Cheshire, 2019).

A disadvantage of WELL is, depending on the size of the building, it can take up to 20 days of running the ventilation system to push the required air volumes through the space. And this can only be started once all the fittings, finishes and furniture have been installed (Cheshire, 2019).

In addition, under WELL food standards, drinks offered for consumption in buildings must contain no more than 30 grams of sugar per container, which eliminates lots of fizzy drinks, while food should not contain any trans fats (partially-hydrogenated oil). Trans fats do not have to be declared in the Netherlands (Voedingscentrum, n.d.).

Additionally, the WELL certificate has to be renewed every three years and there is an on-going commitment to provide records of post-occupancy surveys, maintenance logs and measurement of

environmental parameters such as air and water quality. It's a lifelong commitment (Cheshire, 2019; International WELL Building Institute, 2019d).

As mentioned, WELL was developed in the US, so there are some notable anomalies when applying the standard across Europe. A good example is the indoor smoking ban and good water quality, which is already the case in most European countries. Although recent experience shows that water filtration may still be required to obtain a WELL certificate (Cheshire 2019).

The concept 'Mind' of WELL highlights the link between mental and physical health, with stress being a primary risk factor for many chronic diseases. This section includes having a balanced lifestyle that promotes healthy sleep patterns. To achieve these optional points, organizations need to have a range of policies that include allowing occupants to avoid those notorious all-night flights, which could leave an ageing population dazed and confused. Recent experience with WELL shows that for the fit out it is just as important to engage with the human resources team as it is with the design team (Cheshire, 2019). In other words, for a WELL certificate implementation, a good coordination between different stakeholders is required.

This chapter reviewed literature regarding housing for an ageing population from both an institutional and ageing population perspective and the principles of a WELL certificate. It became clear that there is a relationship between the principals of WELL certificate and the housing requirements of an ageing population. The findings of the first studies on an ageing population perspective regarding housing do not provide a uniform picture: there are differences regarding housing requirements between different social groups. However, the studies suggests that the future generation of an ageing population will be more open to innovation: 'a support for technology will grow'. More than previous generations, it is assumed that the future ageing population will embrace technology if it helps them to stay independent and discover new things. Especially an ageing population with pro-active attitude, for whom self-reliance is important, and an ageing population with a desire for care and feelings of powerlessness tend most often to (future) use home automation (domotica). The discussed studies are used as a reference for the discussion of the results. Figure 6 summarize the most important factors from literature, which form the structure of this study. It can be argued that the relationship between these factors is a continuous cycle of considerations and decisions.

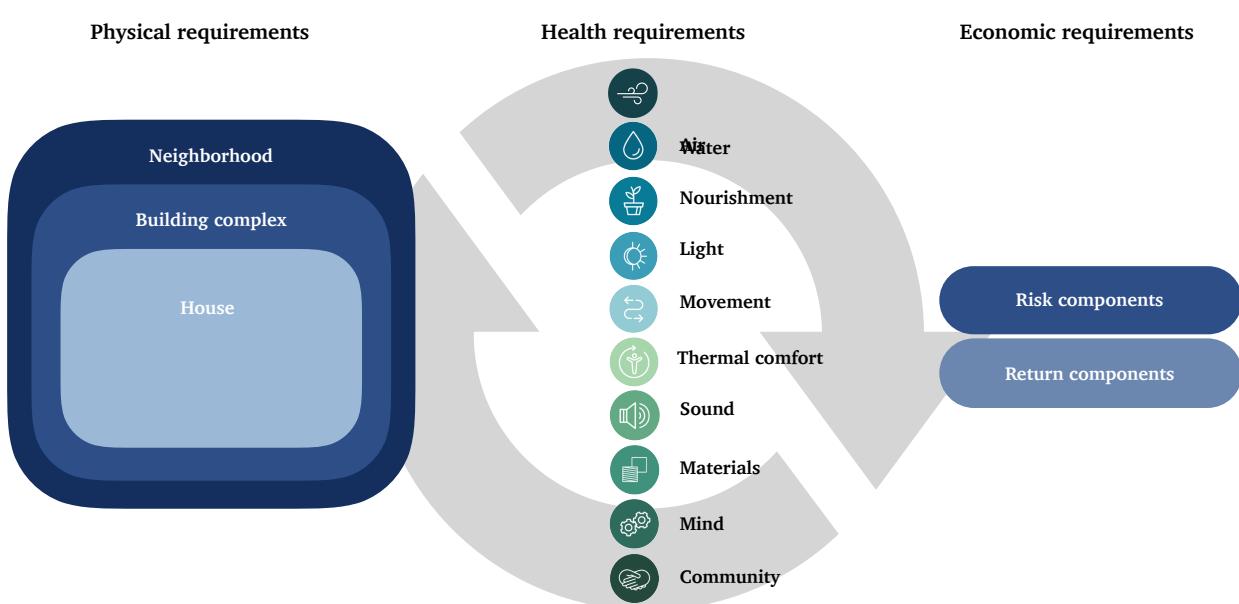


Figure 6. Most important considered factors in this study.

3. Stated preference experiment

The choice for a stated preference experiment will be discussed. The choice model is introduced, in which the preferences for healthcare housing of an ageing population are estimated. In addition, the factor analysis is introduced, which is performed to explore the underlying attitudinal factors.

3.1 Stated preference method

To explore the preferences of an ageing population and institutional investors, some quantitative methodologies can be applied. According to Wittink (2011): “observing the choices of one individual is interesting, but when statements can be made about a larger group of individuals, or even a whole population, then really something can be achieved” (p. 6). In other words, it will be more interesting to investigate the choices of a large groups of individuals.

As is discussed in the introduction and the literature review, many factors that influence an ageing population and institutional investors preferences are found from stated preference (SP) experiments or revealed preference (RP) experiments. These two types of experiments enable to determine the preferences of an ageing population and institutional investors by electing choices from, or rating of, alternatives.

According to Kroes and Sheldon (1988): “SP methods refer to a ‘family of techniques which use statements of individual respondents’ about their preferences in a set of alternatives to estimate utility functions” (p. 11). This approach is called the direct approach. The utility refers to how much benefit or satisfaction or value someone is getting out of a ‘good’ or service.

In contrast to stated preference data, revealed preference data relate to actual behavior and is called the indirect approach (Wittink, 2011, p. 13). Since in the RP approach actual behavior is observed, the choices are based on reality and therefore the result create a high level of validity. However, the limitation of RP data is that it is not suitable for a situation that currently not exists (Wittink, 2011, p. 13). In this study the behavior of an ageing population and institution investor will be observed and therefore there is too much uncertainty in stating behavior in new situations when e.g. integrating a WELL certificate in healthcare housing since this situation currently not exit. Therefore, the SP data is a simply better and suitable method for this study situation. The SP method allows to analyse the ageing population and institutional investor preferences prior to the principals of a WELL certification.

The SP method is divided in a category for analyzing the choice behavior with regard to the preferences for a WELL certification in healthcare housing. The category is called the conjoint analysis which focus on the response of specific alternatieve with a rating scale. According to Haaijer (1999): “the conjoint methodology is a decompositional approach to analyse the consumer preferences” (p. 5). This method is a very popular approach for understanding and predicting consumer tradeoff and choices, conjoint analysis is not, nor can it be, a theory of choice behavior (Adamowicz, Louviere, & Swait, 1998, p. 7-8). Additionally, according to Adamowicz, Louviere and Swait (1998): “a conjoint analysis is a theory about the behavior of numbers in response to systematic manipulation of levels of some sets of attributes, or more generally, independent variables” (p. 8). The ratings-based conjoint analysis presents the decision maker (ageing population and institutional investor) with a single product description about housing, building complex and neighborhood requirements, financial components and WELL certificate interest, then elicits a response on a rating scale (e.g. 1 = very dissatisfied ..., 5= very satisfied). When the outcomes, the numbers observed in a analysis, are valid indicators of preference proceeds by individuals, and the numbers satisfy a number of percentages, then such numbers can be used to make inferences about the ageing population and institutional

investors preferences according a WELL certificate in healthcare housing (Adamowicz, Louviere, & Swait, 1998, p. 8).

In other words, the respondents (the ageing population and institutional investor) give an overall score (a real score in the rating approach or an implicit score in the ranking approach) to a e.g. socio-economic profile, whereas the outcome will be analyzed in order to find out what the preference contributions are for each separate attribute (Haaijer, 1999, p.5).

3.1.1 Compensatory preference model

According to Haaijer (1999): “it is commonly assumed that the overall utility of a profile is constructed by adding the attributes preferences. This means that a compensatory preference model is used, where ‘low’ scores on a certain attribute can be compensated by a ‘high’ score on another attribute” (p. 5-6). This can be interesting by comparing differences between the social groups of an ageing population. A compensatory preference model will not be made for the institutional investors, since this sample size is too small to compare outcomes.

Table 6 illustrates the methodology compensatory preferences model of an ageing population. The profile types refer to the profiles that have to be evaluated by respondents (Haaijer, 1999, p. 5).

Table 6. Methodology of compensatory preference model (ageing population).

Compensatory preferences				
Variable	Category	Sample The Hague	Sample Delft	Difference of sample
[...]	[...]	[...]	[...]	[...]

3.1.2 Non-compensatory preference model

Moreover, non-compensatory preference models are possible that assume, for instance, that (certain) attributes must have a minimum or maximum level before an outcome is considered attractive. In conjoint experiments, the contribution of an attribute (level) to the total utility is called a “part-worth”, and the total utility of a profile in a non-compensatory, additive preference model is equal to the sum of the part-worths (Haaijer, 1999, p. 6). In this study, an attribute is mentioned as preferred when half of the ageing population and institutional investors or more opt for a certain level.

Voters and non voters

A distinction can be made within the different social groups of an ageing population: the ‘voters’ and the ‘non voters’ (powerless) (3Bplus, 2016c; Köster & Langemaat, 2009, p. 14) (see table 7). The ‘voters’ have sufficient (financial) resources and are in good health, so that they are free to choose a certain form of housing and/or care. This ageing group often are looking for a spacious, luxury home in the vicinity of shops and public transport. On the other hand, the ‘non voters’ who do not have sufficient financial resources and therefore no longer have a choice to prepare for the next phase of life, for example, by adapting accommodation adjustments or moving to a more suitable form of living, does not seem obvious despite the fact that this social group also prefer to live independent (Platform31, 2018a, p. 7; 3Bplus, 2016c).

Within the social group ‘voters - voters’ and ‘non voters - non voters’ there will also be differences in outcomes. Therefore, it is interesting to highlight the difference in sample in order to estimate an attractive outcome and analyse the relationship with their responses which can explain the heterogeneity of preferences between the respondents.

Table 7. Methodology of non-compensatory preference model (ageing population).

Non-compensatory preferences							
Variable	Category	voters (WO)	voters <th>Difference of sample</th> <th>non voters (HBO)</th> <th>non voters<br (<="" -="" mbo)<="" th=""/><th>Difference of sample</th></th>	Difference of sample	non voters (HBO)	non voters <th>Difference of sample</th>	Difference of sample
[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]

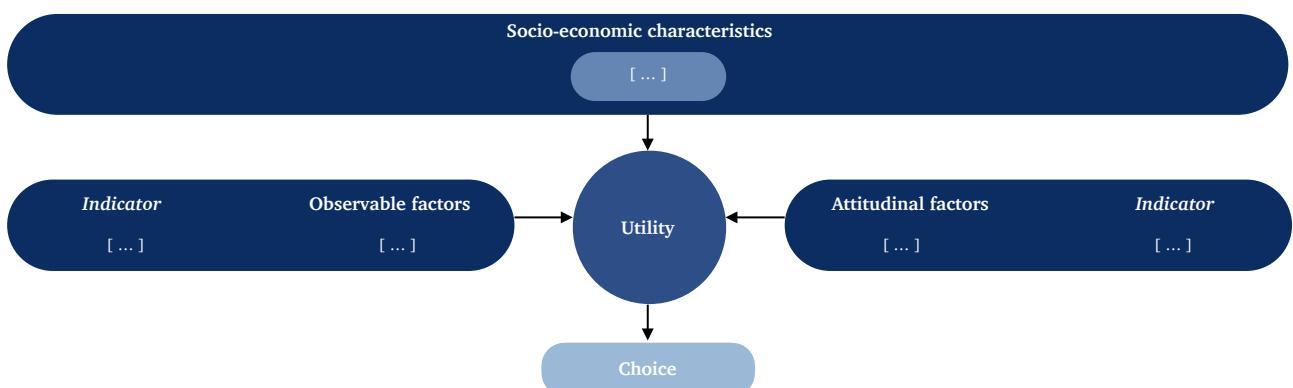
Table 8 illustrate the non-compensatory preferences of an institutional investor. The profile types refer to the differences in the level of (future) perception with regard to healthcare housing, financial components and a WELL certificate. Since the sample size is too small to make an analyses regarding the difference of sample, for each variable a distinction can be made between ‘essence’ or ‘subjective reality’ or ‘consensus’. The ‘essence’ refer to the (personal) preferences of an institution investor (it is difficult to formulate a substantiation), whereas the ‘subjective reality’ express expectations (e.g. less risk, more risk). Additionally, ‘consensus’ refers to facts. It is about ‘measurable’ issues that everyone (dis)agrees (Wu, 2012).

Table 8. Methodology of non-compensatory preference model (institutional investor).

Non-compensatory preferences							
Variable	Category	Sample institutional investors			Essence/Subjective reality/Consensus		
[...]	[...]	[...]			[...]		

3.2 Factor analysis

The first step in the design of a stated preference method is the definition of the factors of interests and the values (levels) of the factors that need to be evaluated by the respondents (Kroes and Sheldon, 1988, p. 14). A distinction is made in observable factors, either instrumental and socio-economic and unobservable, attitudinal factors (see figure 7).

**Figure 7.** Methodology of factor analysis for both an ageing population and institutional investor perspective.

The socio-economic characteristics will be evaluated separately from the ‘other’ observable factors in order to create a better understanding between the differences within the social groups and institutional investors. Based on the socio-economic characteristics, the observable and attitudinal factors together present a certain amount of utility. As mentioned, the utility refers to how much benefit or satisfaction or value someone is getting out of a ‘good’ or ‘service’. The utility contribute to the choice outcome with regard to the preferences for a WELL certificate. Additionally, the indicator explains the characteristics of the factors. The discussion of the factors are followed by respective expectations in this study.

3.2.1 Socio-economic characteristics

To collect information about the respondents, socio-economic characteristics will be gathered. Based on the socio-economic variables, the characteristic of the respondents from the sample will be compared to those of the outcomes in literature. As mentioned, besides the relationship, their responses can be analyzed which can explain the heterogeneity of preferences between the respondents. The demographics of the ageing population, e.g. gender, age, level of education and lifestyle belong to the socio-economic characteristics which are also observable.

Ageing population

It is important to look at the heterogeneity within the ageing population: 'the one within the ageing population is not the other one within the ageing population'. According to 3Bplus (2016c), research shows that the interpretation of the ideal living environment of an ageing population is diverse. The heterogeneity among an ageing population requires a segmentation of the target group. By only focussing on the age, it is not possible to place the ageing population in a 'box' in order to determine what is best for this ageing population (3Bplus, 2016c).

There are signs of heterogeneity, the level of well-being and education by an ageing population has increased, and the households have become more diverse (more single people due to increasing life expectancy of men). There is a growing number of healthy, highly educated and enterprising ageing population who have higher demands on services in care and safety (PBL, 2013, p. 33). This does not alter the fact that there remains demand for combined healthcare housing services not only care related, but also in terms of living with communal facilities.

Furthermore, an ageing population with a higher level of education consider to move to another house more often (WoOn, 2018, p. 52-54; 3Bplus, 2016b). This social group focus more on a future home, however they are less interested in homes that are specifically intended for them (e.g. retirement homes).

Besides this, the generation of 'babyboomers' has completely different housing requirements than the future generation of an ageing population. The future ageing population are increasingly critical and will only be seduced by a housing quality that matches their wishes and needs (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis & Francke, 2014, p. 53; 3Bplus, 2016c).

According to 3Bplus (2016c), the ageing population of the future will no longer be satisfied with a standard-sized home, however, it is about social well-being: the home is the base for participation in society. Due to these changes, the assumption is that the future generation of an ageing population will be more open to innovation: a support for technology will grow (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis & Francke, 2014, p. 48-55; 3Bplus, 2016c). More than previous generations, it is assumed that the future ageing population will embrace technology if it helps them to stay independent and discover new things (3Bplus, 2016c).

Expectation

Differences in age, gender, level of education and living situation (couple or single households) are observed in previous studies regarding the attitudes towards (healthcare) housing (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis & Francke, 2014; Köster & Langemaat, 2009, p. 14; PBL, 2013; WoOn, 2018; 3Bplus, 2016b; 3Bplus, 2016c). These factors can be categorized as the socio-economic characteristic and are included to estimate if similar effects can be found.

It is expected that the majority of an ageing population prefer to live in a (free/social) rental sector home and that the ageing population with a higher level of education are more satisfied and willing to invest in innovation (e.g. home automation) which contribute to a healthy and comfortable living environment. This

social group - also called 'the voters' requires higher housing quality that matches their wishes and needs.

Moreover, the social well-being is an important aspect in their lifestyle. The lower educated ageing population will be less able to move to a healthcare housing that include innovative technologies which contribute to healthy and comfortable living environment. This social group will be less satisfied about the overall quality due to not having sufficient financial resources. Therefore, this ageing population group will no longer have a choice to invest in a more suitable form of living. In addition, it is assumed that a lower level of education influence the ability and willingness to move to a healthcare housing with a WELL certificate.

Institutional investors

Previous studies regarding the attitudes towards healthcare housing did not make any distinction between sort of investor, all studies refer to institutional investor in general. However, since previous studies (Capital Value, 2019; Connect Invest, 2018; Doodeman, 2018; IVVD, 2018b; Veuger et al., 2016) indicate the interest to invest in healthcare housing development, it will be interesting to discover the involvement in healthcare real estate (e.g. experiences).

Expectation

It is expected that all institutional investor have interest to invest in healthcare housing.

3.2.2 Observable factors

In stated preference behavior experiments, observable factors are used that represent attributes describing, e.g. square meters, costs, scores (e.g. numbers, percentages).

Ageing population

First studies have shown that the ageing population are mainly prepared to pay for home automation in the context of safety and comfort (e.g. personal alarms and automatic lighting). This willingness decreases when the costs of home automation are more than 100 euros (Lahuis & Blokland, 2012; 3Bplus, 2016c). Additionally, the majority of the ageing population prefer a living space between 80 and 120 m² (3Bplus, 2016d).

As mentioned, a distinction can be made between two different groups within the different social groups: 'voters' and 'non voters'. The 'voters' have sufficient (financial) resources and are in good health, so that they are free to choose a certain form of housing and/or care. This ageing population often are looking for a spacious, luxury home in the vicinity of shops and public transport (Köster & Langemaat, 2009, p. 14; 3Bplus, 2016c). On the other hand, the 'non voters' who do not have sufficient financial resources and therefore no longer have a choice. To prepare for the next phase of life, for example, by adapting accommodation adjustments or moving to a more suitable form of living, does not seem obvious despite the fact that this social group also prefer to live independent (Platform31, 2018a, p. 7; 3Bplus, 2016c).

Expectation

According to previous studies (Köster & Langemaat, 2009, p. 14; Platform31, 2018a; 3Bplus, 2016c), it is expected that an ageing population with a higher level of education is more willing to invest in a WELL certificate in healthcare housing since they have sufficient financial resources and set higher requirements for comfort to promote a healthy lifestyle. Additionally, a preference for a living space of 80-120 m² is expected by the ageing population.

3.2.3 Attitudinal factors

The attitudinal factors represent certain attitudes or tendencies an individual could have. In other words, attitudes are used to explain behavior. According to Pickens (2005), attitudes can be defined as: “a complex combination of things we tend to call personality, belief, values, behavior, and motivations”. More specific, “attitude is a psychological tendency that is expressed by evaluation a particular entity with some degree of favor or disfavor” (Eagly & Chaiken, 2007, p.1). It can be argued that perceptions are different from attitudes, however both are closely related (Pickens, 2005, p. 52). According to Lindsay and Norman (1977): “a perception is the process by which organism interpret and organize sensation to produce a meaningful experience of the world” (p. 161). According to Pickens (2005): “what an individual interprets or receives may be substantially different from reality” (p. 52). In this study, attitudinal factors are considered.

Ageing population

According to the intersubject homogeneity of preference, the satisfaction about the house, neighborhood and facilities (within walking distance) have significant effects on the willingness to move to another home, the so called instrumental factors, which define the specific healthcare housing requirements (3Bplus, 2016b). According to Veuger et al. (2015), if it is possible to realize more variation in living arrangements and make this offer more familiar to an ageing population, more movement is possible.

The result of Kenniscentrum 60Plus (2018) and 3Bplus (2016d) suggest that the attitude towards living comfort is of most importance on the intended to move to another home. The ageing population attach great importance to living comfort. This includes heating, availability of several facilities and a life cycle resistant housing. This confirms the findings of other research since the living comfort is one of the greatest contributes to the acceptance of moving to another home (Capital Value, 2019; Gemeente Amsterdam, 2017, p. 4).

Moreover, a view on outside (green) space is preferred by an ageing population (Gemeente Amsterdam, 2017, p. 4). In addition, access to a green area, good air quality and ‘enough’ sunlight in the house form an important basis for overall satisfaction (3Bplus, 2016b).

Additionally, the majority of an ageing population believe that home services and home adjustments, including home automation, can help them live longer at home (e.g. automatic lighting and information services). Especially the ageing population with pro-active attitude, for whom self-reliance is important, tend most often to (future) use home automation (domotica) (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis & Francke, 2014, p. 9; 3Bplus (2016d)).

Furthermore, according to KCWZ (2013), it is important to stimulate contacts with younger people. This could contribute to the health of an ageing population. It is therefore important to combine housing for an ageing population with younger people or built the ageing building complex close to lively places (Verweij, 2011).

According to WoOn (2018, p. 62), more of the ageing population (couples) are moving to a home in the free rental sector. In addition, most of the single ageing population want a social rental house: 55% of the single ageing population want to have a social rental house and less than 10% want a rental house in the middle segment.

Moreover, the ageing population prefer a land-based (single-family) or ‘zero-stair’ home. According to this, the ground floor or first floor are preferred (3Bplus, 2016d). According to 3Bplus (2016d), as the age of an ageing population rises, the demand for single-family homes is decreasing. The turning point refers to an age category 65-74 years. Around 60% of the ageing population have no specific preferences according to the

position of the apartment. Besides this, the majority of the ageing population want a home with two bedrooms.

Expectation

Based on the literature review (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis & Francke, 2014; Lahuis & Blokland, 2012; 3Bplus, 2016b; Veuger et al., 2015, 3Bplus, 2016c; 3Bplus, 2016d), the attitudinal factors of an ageing population can be defined more precisely with regard to housing requirements housing typ, size, sunlight, heating, outdoor space - and future-proof housing requirements. Additionally it is assumed that the highly educated ageing population are more in favor to receive additional services e.g. information about (groups) activities and food services. Besides this, it is expected that the highly educated ageing population is more critical about the neighborhood characteristics when deciding to move to another (healthcare) home.

Moreover, it is expected that the majority of the ageing population prefer a (social) rental home instead of an owner-occupied home.

Institutional investor

The prospects for investing in healthcare development are positive and investment will therefore increase (Capital Value, 2019; CBRE & Syntrus Achema Real Estate & Finance, 2017, p. 8; Doodeman, 2018; Veuger et al., 2016).

In addition, the healthcare real estate market is less sensitive to economic trends than, for example, the regular housing market and office market (which is cyclic). It creates a social impact and stable return (Doodeman, 2018; Connect Invest, 2018). This market will continue to grow in the coming years (Capital Value, 2019, p. 64-65; Connect Invest, 2018). Especially much more propositions will arise in the middle segment (Bouwinvest, 2016, p. 24; Capital Value, 2019, p. 69; Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koningsrelaties, 2017, p. 41).

Additionally, according to DGRM (2017, p3) and (GRESB (2016): “investors have expressed their interest and there is increasing recognition that the promotion of health and well-being can contribute to value creation and risk management”.

Moreover, health and well-being has emerged as an important issue for real estate companies and funds. Investors have expressed interest and there is increasing recognition that the promotion of health and well-being can contribute to competitive differentiation (DGMR, 2017; GRESB, 2016).

According to IVVD (2018b, p.5), the interest to invest in a healthy living environment in healthcare real estate is growing because it reduces the need for healthcare: people feel more comfortable or recover faster in green surroundings, in an environment with clean air and with sufficient daylight. Therefore, the healthcare real estate, either the development of a physical living environment, makes a substantial contribution to positive health. The institutional investor do not aim for quick profits: ‘they want to commit to their investments for the long-term. They do not aim only towards an appropriate financial return, but also towards a social return’ (Connect Invest, 2018; IVVD, 2018a, p. 8).

Moreover, institutional investors apply GRESB as the investment property assessor. GRESB and WELL are different things however they have strong synergies (GRESB, 2016). The WELL Certification and its underlying strategy to promote health and wellness contribute positively to GRESB (GRESB, 2016; International WELL Building Institute, 2014).

Expectation

Based on the literature review, (DGMR, 2017; DGMR, 2018; GRESB, 2016; International WELL Building Institute, 2014; IVVD, 2018a & 2018b) it is expected that healthy healthcare housing is less risky compared to non-sustainable healthcare buildings which pose a higher risk (e.g. vacancy). A lower risk refers also to a continuous demand in healthcare housing. Additionally, it is expected that the promotion of health and well-being in healthcare housing can contribute to value creation.

In addition, since previous studies (Capital Value, 2019; Connect Invest, 2018; Doodeman, 2018; IVVD, 2018a; Veuger et al., 2016) indicate the interest to invest in healthcare housing development, it is expected that the majority of the institutional investors are interested to invest in healthcare housing since the shareholders care about creating healthy living environments (IVVD, 2018a, p. 3).

Moreover it is expected that the institutional investors will focus on the longer term and thereby creating a social impact (investors do not aim for quick profit). Through investing in healthcare housing it is expected that the majority of the institutional investors are motivated to invest in new constructions since they will meet current and future healthcare housing requirements. Besides this, it is expected that institutional investors will choose for a WELL certificate since it will contribute to their GRESB score.

Figure 8 and 9 summarize the most important observable and attitudinal factors with regard to an ageing population and institutional investors. Both models helps to determine if the underlying attitudinal factors are present in the obtained data (literature review), before the possible influence of the observable and attitudinal factors for a WELL certificate in healthcare housing are estimated.

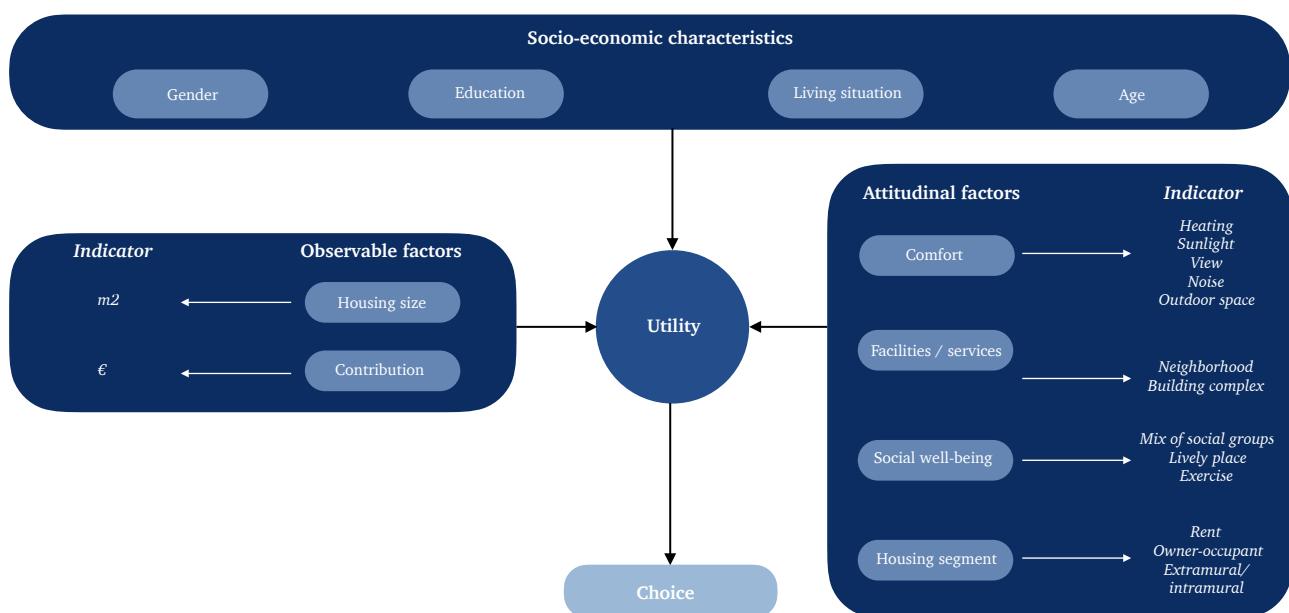


Figure 8. Most important factors in this study (ageing population).

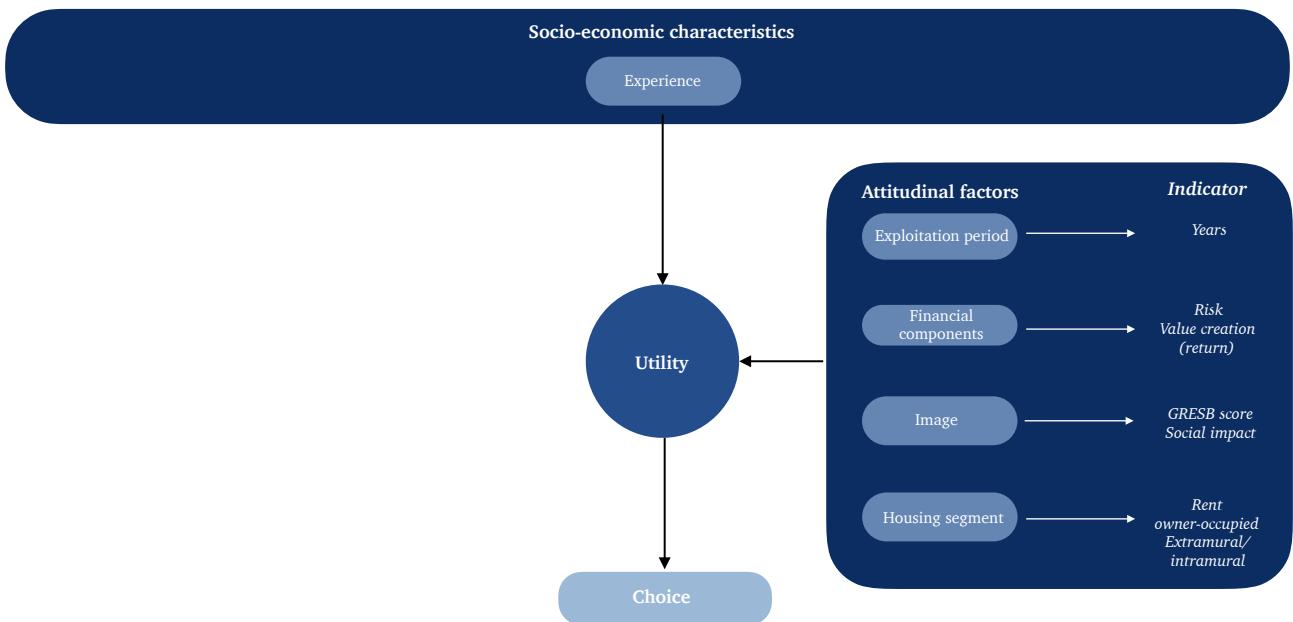


Figure 9. Most important factors in this study (institutional investor).

In this chapter, the methodologies that are used are discussed. Since the WELL certificate has not currently been obtained in healthcare housing, a stated preference method has been approached to gather information of an ageing population and institutional investor preferences. To explore if the attitudinal factors affect the decision making within the choice for a WELL certificate, it was concluded to conduct a factor analysis. With the accumulation of the stated preference experiment, relative preferences for a WELL certificate can be estimated. The variables that influence choice behavior between different social groups and institutional investors were discussed. A distinction was made in observable variables and unobservable variables. These variables allow the assessment of the ageing population preferences in WELL certificate studies. The factors that are included in this experiment are explained in the last section of this chapter for the assessment of WELL certificate preferences in healthcare housing.

4. Relating a WELL certificate to healthcare housing

This study contributes to the development of a WELL certificate in healthcare housing within cities. This chapter discusses the WELL certificate relationship towards healthcare housing in detail. The WELL Building Standard is planning to deploy a WELL certificate for residential projects and healthcare facilities (International WELL Building Institute, 2016, p. 2). A contribution to this study is to create a better understanding about the feasibility of a healthcare housing project in combination with a WELL certificate.

4.1 The WELL v2 certificate

This study attempts to add insight to the features of a WELL certificate. Based on the outcomes of the literature review, wherein the advantages and disadvantages of WELL v2 has been explained compared toward WELL v1, the features of a 10 WELL certificate concepts will be further explained in more detail. These features are either preconditions or optimizations. As mentioned, each level of WELL certification - silver, gold or platinum - requires buildings to meet a number of minimum preconditions. These preconditions alone set a high standard in order to achieve a silver level of WELL certificate: 23 preconditions are required (appendix A). Besides the preconditions, projects must achieve a certain number of points to earn different levels of certification (see table 9). To obtain a gold or platinum level of WELL certificate, optimizations needs to be achieved. In total 94 optimizations are available (International WELL Building Institute, 2019f).

Table 9. Different WELL certificate levels (source: International WELL Building Institute, 2019f).

Scoring and certification levels			
Certification levels	Silver	Gold	Platinum
Preconditions	50	60	80

In essence, by obtaining a WELL certificate, it is not about preventing health-threatening situations but for the realization of buildings that promote the well-being of building users (DGRM, 2017, p. 3). To achieve this, WELL opts for a holistic approach. The WELL Building Standard not only sets requirements for the traditional topics such as air quality, light and thermal and acoustic comfort, but also sets requirements for water quality, nutrition, movement, mental health and community (see table 10). The reason for choosing these concepts is the realist of the WELL study has shown that these themes have a demonstrable effect on the well-being of building users (DGRM, 2017, p. 3).

Table 10. Principles of WELL v2 concepts (source: International WELL Building Institute, 2019f).

WELL v2 concepts	
Principle	
Air	
Water	
Nourishment	
Light	
Movement	
Thermal Comfort	
Sound	
Material	
Mind	
Community	

4.2 A match or a mismatch

This study attempts to add insight in the feasibility of a WELL certificate for a (healthcare) housing project. This study is part of the WELL Building Standard objective since the International WELL Building Institute will address the specific requirements of (multifamily) residences and healthcare facilities (International WELL Building Institute, 2016, p. 2). The collaboration is initiated to improve knowledge in WELL certificate for residential projects, since the literature study offers benefits for both an ageing population and institutional investors. The parties (International WELL Building Institute, the ageing population and institutional investors) could have a joint interest in the potential advantages of WELL certificate in healthcare housing for an ageing population. A contribution to their goal is the yet not planned test of a pilot with a WELL certificate in a healthcare housing project.

Table 11 and 12 explains the relationship between healthcare housing requirements and WELL certificate based on both the observable and attitudinal factors from an ageing population and institutional investor perspective. Based on this overview, the ‘missing’ relationship toward WELL can be investigated. This observation can be implemented in the structure of the qualitative and quantitative research.

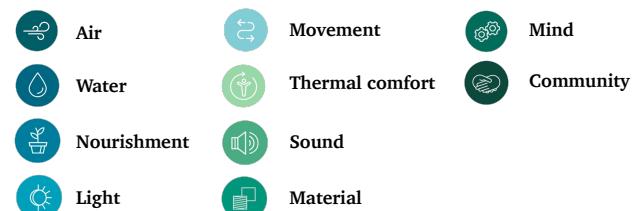
Additionally, table 12 goes a step further by explaining the ‘cost, benefit and criteria analysis’ for the different stakeholders who are involved during the development and exploitation phase in healthcare housing with a WELL certificate.

Table 11. Relationship healthcare housing requirements and WELL certificate.

Ageing population

Theme	Factor	Healthcare housing requirements	WELL certificate concept
House	Observable	<ul style="list-style-type: none"> • House with two bedrooms • A living space between 80-120 m² • (enough) outdoor space: balcony > 12m² 	
	Attitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • Sunlight requirements • Heating requirements • Home-automation (<i>automatic lighting, safety</i>) • Highly educated ageing population focus on a future-proof home • Independent living situation • A view on green area is preferred • Preference for an extra room for hobbies/storage • Preference for a life cycle resistant house • Future ageing population are (increasingly) critical and will only be seduced by a housing quality that matches their wishes and needs • Future ageing population will no longer be satisfied with standard-sized 'retirement home', but it is about social well-being (<i>home is the base for participation in society</i>) • Future ageing population are open to innovation (<i>will embrace technology to stay independent</i>) • The 'voters' are looking for a spacious, luxury home in vicinity of shops and public transport • Preferences to rent instead of owner-occupant 	
Building complex	Observable	<ul style="list-style-type: none"> • Life-proof routes (<i>e.g. enough space m²</i>) 	
	Attitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • Healthy, highly educated and enterprising ageing population have higher demands on services in care and safety and communal facilities • Information services (<i>activities</i>) • Social activities in the building complex • Prefer both care and non care related services • Stimulate contact between different social groups (<i>young and old</i>) • Prefer building complex in lively places (<i>something to look at</i>) • Create conditions for social interaction 	
Neighborhood	Observable	<ul style="list-style-type: none"> • Life-proof routes (<i>e.g. enough space m²</i>) • Public transport within walking distance (<i>within 250-500 m</i>) 	
	Attitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • Prefer a lively neighborhood (<i>something to look at</i>) • Heat resistant places • Daily necessities/facilities within walking distance (<i>proximity of a city centrum</i>) • Proximity of nature and green areas • Overview of the activities in the neighborhood 	

Layout



According to table 11, at this moment it can be argued that the concepts 'Water', 'Nourishment', 'Sound' and 'Materials' cannot be related to the healthcare housing requirements. The ageing population interest in WELL v2 will be further investigated.

Table 12. Relationship healthcare housing requirements and WELL certificate.**Institutional investor**

Theme	Factor	Healthcare housing requirements	WELL certificate concept
Healthcare housing investment	<i>Observable</i>	[<i>not mentioned in literature, cannot be evaluated</i>]	
	<i>Attitudinal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Long-term investments • Positive contribution to GRESB score • Proposition in the middle segment • Shareholders care about creating healthy living environments • Creates a social impact (<i>investors do not aim for quick profit</i>) • Competitive differentiation (<i>image</i>) 	 
Healthcare housing requirements	<i>Observable</i>	[<i>not mentioned in literature, cannot be evaluated</i>]	
	<i>Attitudinal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • New development constructions (<i>meets current and future housing quality requirements</i>) • Green surrounding • Environment with clean air • Sufficient daylight 	      
Financial components (risk and return)	<i>Observable</i>	[<i>not mentioned in literature, cannot be evaluated</i>]	
	<i>Attitudinal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Less sensitive to economic tends • Stable return • Risk management • Value creation 	

Layout

According to table 12, at this moment it can be argued that the concepts 'Water', 'Nourishment', 'Thermal comfort', 'Sound' and 'Materials' cannot be related to the healthcare housing requirements. The institutional investor interest in WELL v2 will be further investigated.

Table 13. Cost, benefit and criteria analysis from a different stakeholders perspective.

Development phase		
Stakeholder	Developer	Institutional investor
Costs	<ul style="list-style-type: none"> Additional costs (<i>WELL expert, certificate</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Increase pre-financing Additional costs (<i>WELL expert, certificate</i>)
Benefits	<ul style="list-style-type: none"> Savings on operational costs Greater market advantages Higher-quality buildings have higher resale values Less risk (<i>demand for healthy and comfortable buildings</i>) Great value on the competitive differential and marketing (<i>distinctive compared to other developers</i>) The certificate clearly informs how healthy and comfortable the building is Through the certificate the extra investments can easily be explained/justified towards institutional investors (<i>which could increase the acceptance</i>) Select own performance testing agent (cost of on-site performance testing are separated from the new certification fees) 35% WELL certificate discounts (<i>e.g. developments for lower-middle and low income groups, buildings that serve government agencies, schools</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Working towards a social contribution Less risk (<i>demand for healthy and comfortable buildings</i>) Great value on the competitive differential and marketing (<i>distinctive compared to other developers</i>) The certificate clearly informs how healthy and comfortable the building is Through the certificate the extra investments can easily be explained/justified towards institutional investors (<i>which could increase the acceptance</i>) Option of a single-cycle pricing structure or a three- or five year subscription (<i>simplification, accessibility and flexibility</i>)
Criteria	<ul style="list-style-type: none"> (increase) Knowledge of WELL certificate Organize workshops for an ageing population in order to understand their wishes and requirements (<i>feedback</i>) Convince institutional investor about financial investment 	<ul style="list-style-type: none"> (increase) Knowledge of WELL certificate Organize workshops for an ageing population in order to understand their wishes and requirements (<i>feedback</i>) Convince shareholders about financial investment

Exploitation phase		
Stakeholder	Institutional investor	Ageing population
Costs	<ul style="list-style-type: none"> Additional costs (<i>performance measurements through the year, recertification every three years</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Additional costs (<i>optional</i>)
Benefits	<ul style="list-style-type: none"> Maximize financial performance of rental rates and resale value Minimize risk of incidents and obsolescence Increase GRESB score (<i>for health and well-being</i>) Great value on the competitive differential and marketing Less risk (<i>lower risk of turnover/demand for healthy buildings</i>) Social contribution (<i>helps the ageing population with the choice for healthy housing</i>) The certificate clearly informs which buildings are healthy and comfortable (<i>in advance, it is often difficult to see whether the building offers a pleasant environment to live in</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Guarantees a comfortable and healthy living environment (<i>performances are measured</i>) Stimulate social interaction (<i>community concept</i>) Sufficient green space Helps with the choice of healthy housing (<i>the certificate clearly informs which buildings are healthy and comfortable</i>)
Criteria	<ul style="list-style-type: none"> Ensure that performances are measured 	<ul style="list-style-type: none"> Financial contribution

According to table 13, at this moment it can be argued that the WELL v2 certificate creates more advantages than disadvantages for the different stakeholders both during the development and exploration phase in healthcare housing. The most important conclusion that can be drawn from this table is that the extra cost for a WELL certificate can be explained in a substantiated and clearly way to both the institutional investor and shareholders. In addition, a WELL certificate can help the ageing population to find an appropriate house that meet their housing requirements regarding health and well-being.

In this chapter, a future study with a WELL certificate in healthcare housing is introduced. Both the observable and attitudinal factors are linked towards the healthcare housing requirements and WELL v2 concepts. In addition, details of the study are given regarding the feasibility of WELL v2 from different stakeholders perspective. The design of this ‘relating experiment’ in this study is based on the literature review.

5. Structured survey design

In this chapter, the design of the survey is discussed. According to Kroes and Sheldon (1988): “an important issue in the use of stated preference methods is the quality of the survey and the context in which the survey questions are asked” (p. 16). The context in which the stated preference questions are asked should be as realistic as possible. Therefore, a strong preference is to have face-to-face interviews to ensure:

- That the background to the respondent’s evaluation process (e.g. situational constraints, demographic characteristics) is fully understood;
- That the respondent is not “educated” about any misperceptions he/she might currently led by “enticing” stimuli to react more (or less) positively to change than he/she might otherwise have done;
- That complete alternative specifications are provided, since individuals perceive concepts as a whole rather than as the sum of a number of separate factors.

5.1 Identification of healthcare housing problems and opportunities

Based on the main findings from literature, it can be argued that it is important that the healthcare housing problems and opportunities needs to be summarized in order to create an understanding about the needs for healthcare housing and so the most important variables for the structured interviews. The most important problems and opportunities are summarized in table 14 were a distinction has been made between the perspective of an ageing population, real estate developer, institutional investor and the framework WELL certificate. To identify and structure the relationship between literature and quantitative research, the opportunities also refer to the question-numbers in the questionnaire (appendix D and E).

Table 14. Summary of problems and opportunities.

Problems & Opportunities	
Stakeholder	
<i>Ageing population</i>	<p>Problems:</p> <ul style="list-style-type: none"> The mobility of an ageing population that are 75 years or older will decrease; there is a risk of isolation The ageing population do decide to live for a longer period independently also mean that the housing scarcity for other target groups on the housing market will increase The proportion of over-65s in the future will increase. There are not enough houses available who provide a shelter for this target group due to the fact that this group will even more increase in the future and therefore the supply does not meet the demand Most of the ageing population do not want to move to a specific retirement home There is a growing number of healthy, highly educated and enterprising elderly people who have higher demands on services in the care and safety of the living environment The fact that older people who want to move to another house often have difficulty succeeding in realizing to move to another house. This has been identified by the low pass rate in the group of elderly people: no more than 16% have succeeded in finding a new home in the first year after having indicated to be willing to move The detailed characteristics for independent homes in combination with a WELL certificate are unknown The healthcare housing requirements of an ageing population appear to differ greatly from region to region
[appendix D]	<p>Opportunities:</p> <ul style="list-style-type: none"> The willingness to move to another home has increased from 6% to 16%. The ageing population is willing to move when a good layout of the house, building complex and a neighborhood is created (<i>questions: 11, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 28, 30, 32, 33, 36, 37, 43, 44</i>) In order to stimulate the social interaction, supporting (group) activities, a lively neighborhood and a (small) home in combination with a large common space, encourage social interaction to prevent loneliness (<i>questions: 25, 26, 27, 38, 40, 41, 43, 44</i>)
<i>Developer</i>	<p>Problem:</p> <ul style="list-style-type: none"> The real estate developer does not have the expertise yet to develop in healthcare housing. A feasible investment model has still not been achieved (e.g. due to the specific details that this sort of housing have, and high land prices within cities)
[appendix D&E]	<p>Opportunities:</p> <ul style="list-style-type: none"> Up to 2030, 300.000 additional healthcare homes are needed (<i>question: 5, 7 and 8</i>) The regular residential investment market suffers from a lack of suitable supply and returns are under pressure. The office market is more cyclic according to healthcare housing. Healthcare real estate is less sensitive to economic trends (<i>questions: 17, 19, 21, 23, 25, 29, 30, 31, 32</i>)
<i>Institutional investor</i>	<p>Opportunities:</p> <ul style="list-style-type: none"> Investors are looking for profitable real estate and healthcare real estate is becoming increasingly interesting as an investment category (<i>questions: 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16</i>) The regular residential investment market suffers from a lack of suitable supply and returns are under pressure. The office market is more cyclic according to healthcare housing. Healthcare real estate is less sensitive to economic trends (<i>questions: 17, 19, 21, 23, 25, 29, 30, 31, 32</i>) Creating a healthy living environment is becoming increasingly important for institutional investors because the shareholders care about it (<i>questions: 33, 34, 37, 38, 39, 40</i>)
<i>Framework</i>	<p>Problem:</p> <ul style="list-style-type: none"> The WELL certification has mainly been used in combination with offices. There are a few residential projects which do not focus particular on healthcare housing. Most of those few residential projects are bigger apartment blocks or hospitality industries (e.g. wellness centres, horeca or retail)
<i>WELL certificate</i>	<p>Opportunities:</p> <ul style="list-style-type: none"> Within the WELL certificate are different concepts that stimulate the health and well-being of (building) users with regard to all spaces within the house, building complex and neighborhood (<i>questions: 17, 18, 20, 21, 22, 25, 29, 30, 32, 33, 38, 40, 41, 42, 43</i>) In addition, three levels in the WELL certification can be achieved; silver, gold and platinum (<i>questions: 50, 37, 39</i>) GRESB, the investment property assessor, is increasingly looking at health when valuing real estate portfolios. A WELL certification will undoubtedly be able to play a prominent role in this (<i>questions: 35 and 36</i>) Future generation of an ageing population will be more open to innovation: 'a support for technology will grow' (especially an ageing population with pro-active attitude) (<i>questions: 17, 18, 20, 21, 32, 33, 48, 50</i>)
[appendix D&E]	

5.2 Design of stated preference experiment

5.2.1 Preliminary and final surveys

The final design of the survey was supported by preliminary surveys. The preliminary surveys were distributed to assess the level of understanding by respondents and to improve the survey for the final distribution. With the use of the literature review, relating a WELL certificate to healthcare housing and the preliminary surveys, the final survey has been designed (appendix D and E). Some adaptations that were made, that resulted from these surveys, are mentioned in the discussion of the survey design. The surveys were designed with the software tool 'Google Forms', which allowed to create a sharable weblink.

As mentioned in the literature study, the ageing population interest in (healthcare) housing is significantly heterogeneous. Through this study, the specific subgroups within the ageing population (65+) - 'voter' and 'non voters' - will be observed. Additionally, the institutional investors level of (future) perception with regard to healthcare housing, financial components and a WELL certificate will be investigated. For each variable a distinction can be made between 'essence' or 'subjective reality' or 'consensus'.

In addition, most of the questions in the survey are based on factors that are addressed in previous research. This could increase the possibility of forming attitudinal factors and allow to compare these factors with former studies. For the ageing population and institutional investors, statements were added concerning the attitude towards healthcare housing, building complex and neighborhood requirements, healthcare housing investments, financial components and WELL certificate characteristics, which could be of influence on the preference for a WELL certificate.

In appendix D, can the final ageing population survey be found. The survey for the ageing population contained the following parts:

- Introduction of the research;
- Personal background information;
- (Healthcare) housing requirements;
- Building complex requirements;
- Neighborhood requirements.

In appendix E, can the final institutional investor survey be found. The survey for the institutional investor contained the following parts:

- Introduction of research;
- Personal background information;
- Investing in healthcare real estate;
- Healthcare housing requirements;
- Financial components;
- Integration of a WELL certificate.

5.2.2 Five-point Likert scale

Some of the information might already be understood by the respondents, other information may well need to be filled in by the interviewer in line with the experience of the respondent, providing a 'customized' approach. According to Kroes and Sheldon (1988): "another important issue in the design of stated preference experiments is the choice of the context of the experiment and measurement scale for the dependent variable" (p. 14). In the 'traditional' stated preference method, the respondents are asked to express

their preferences by giving a rating value for each. In addition, to explore if attitudinal factors influence the choice process of respondents in this study, the attitudinal factors were qualified by, among other things, a five-point Likert scale. The respondents, both the ageing population and institutional investor, were asked to rate their level of agreement based on a five-point Likert scale (e.g. from very dissatisfied to very satisfied) (Likert, 1932).

Table 15 and 16 shows the socio-economic, observable and attitudinal variables that were included in the both surveys and the related answer categories. The variables that refer to the behavior related variables provide information about the choice behavior in the sample and allow to estimate if and to which extent these variables affect the choices for a WELL certificate.

In this chapter, the structured research design is discussed. The ageing population survey consisted - besides the socio-economic characteristics - of three main parts: (healthcare) housing, building complex and neighborhood requirements. The institutional investor survey consisted - besides the socio-economic characteristics - of four main parts: investing in healthcare real estate, healthcare housing requirements, financial components and integration of a WELL certification. First, based on a number of socio-economic variables, the characteristics of respondents were collected. Second, in order to understand the decision making of the respondents, the factors are translated by presenting statements.

Table 15. Socio-economic variables collected in the survey (ageing population).

Personal	Category
Gender	Female Male
Living situation	Single Couple
Age	65 - 70 years 71- 75 years 76 - 80 years 81+ year
Education	None Primary education Secondary education Intermediate vocational education (MBO) Higher vocational education (HBO) Academic education (WO) Other

(healthcare) housing behavior related	Categories of answers	(healthcare) housing behavior related	Categories of answers
Overall quality (<i>house, building complex & neighborhood</i>)	Very dissatisfied Dissatisfied Neutral Satisfied Very satisfied	Presence of common areas	No need Little need Neutral Need Much need
Amount of bedrooms	Very dissatisfied Dissatisfied Neutral Satisfied Very satisfied	Receiving an overview (<i>healthy food</i>)	No need Little need Neutral Need Much need
Amount of living space (m ²)	Very dissatisfied Dissatisfied Neutral Satisfied Very satisfied	Presence of facilities in the neighborhood	Very dissatisfied Dissatisfied Neutral Satisfied Very satisfied
Air quality	Very dissatisfied Dissatisfied Neutral Satisfied Very satisfied	Inviting/attractive living environment	Totally disagree Disagree Neutral Agree Totally agree
Amount of outdoor space	Very dissatisfied Dissatisfied Neutral Satisfied Very satisfied	Practices a (sport)activity (<i>with others</i>)	Never Almost never Neutral Sometimes Always
Amount of daylight	Very dissatisfied Dissatisfied Neutral Satisfied Very satisfied	A view on and presence of (more) green	No need Little need Neutral Need Much need
Thermal comfort (<i>summer and winter months</i>)	Very dissatisfied Dissatisfied Neutral Satisfied Very satisfied	Willingness to pay for a healthy living environment (<i>house, building complex and neighborhood</i>)	No, not willing to pay Maybe, I need more information Yes, I will pay
Experiencing noise disturbance	Totally disagree Disagree Neutral Agree Totally agree		

Table 16. Socio-economic variables collected in the survey (institutional investor).

Personal	Category
Institutional investor	Syntrus Achmea Real Estate & Finance Vesteda Bouwinvest Amvest
Profession	Research & Strategic Advisory Healthcare & Residential Fund Portfolio manager Healthcare & Residential Fund Researcher & Strategic Advisory & Acquisition manager for Dutch Healthcare & Residential Fund Program manager sustainability
Healthcare housing experience	< 2 years 3 - 5 years > 6 years
(healthcare) housing behavior related	Categories of answers
Interest to invest in healthcare housing	No interest Less interest Neutral Interest A lot of interest
Investment risk within 5 years	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk
Investment risk within 5 years (<i>compared to regular housing</i>)	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk
Investment risk within 5 years (<i>compared to office market</i>)	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk
Investment risk in 5 to 10 years	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk
Investment risk in 5 to 10 years (<i>compared to regular housing</i>)	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk
Investment risk in 5 to 10 years (<i>compared to office market</i>)	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk
Estimation of IRR (<i>compared to office market</i>)	Much lower Lower Neutral Higher Much higher
Estimation of IRR (<i>compared to regular housing market</i>)	Much lower Lower Neutral Higher Much higher
(healthcare) housing behavior related	Categories of answers
Estimation of BAR (<i>compared to office market</i>)	Much lower Lower Neutral Higher Much higher
Estimation of BAR (<i>compared to regular housing market</i>)	Much lower Lower Neutral Higher Much higher
WELL certificate knowledge	Unknown Known
WELL certificate contribution to GRESB score	Very low contribution Low contribution Neutral High contribution Very high contribution
Willingness to invest in a WELL certificate	No, not willing to invest Maybe, I need more information Yes, I will invest
Preference for implementation of a WELL certificate	Implement all WELL concepts (<i>a WELL certificate will be obtained</i>) Implement only a few WELL concepts (<i>no WELL certificate will be obtained</i>).

6. Results

To generate respondents for the questionnaire, the survey with the ageing population was distributed through a face-to-face (interview) conversation. All participants were selected through stratified sampling: an ageing population is divided into smaller different social groups. This includes: aged 65+, living independent in a social or free rental home or owner-occupant healthcare housing that consists of extramural care, within a building complex where various facilities are available and (group) activities are organized. Additionally, the presence of several facilities within walking distance. The aim of the sample was to obtain general information about the problem: it is unclear what the specific wishes for healthcare housing are in combination with a WELL certificate. The healthcare housing requirements are investigated at house, building complex and neighborhood level.

For the institutional investors, the survey was distributed on an online platform. All participants were selected through stratified sampling: institutional investors that have experience in (healthcare) housing development, understand the influence of (most) important financial components, and have a different level of knowledge about a WELL certificate, were invited to fill out the survey. The aim of the survey is to obtain information about the interest in healthcare housing investments, the (most) important financial components and the interest in a WELL certificate. After the outcomes of the structured survey, a face-to-face interview is organized. The purpose of this interview is to collect information about the survey outcomes where the respondents may be unwilling to share information because some of the data needed are important to the company. Besides, the underlying definition of the answer will be understood.

Additionally, to create a better understanding about WELL, a face-to-face interview is held with a WELL expert and one with a healthcare real estate agent in order to create a better understanding about the future healthcare housing developments.

6.1 Sample characteristics

In total, the qualitative data was collected from 25 people within an ageing population, of which 23 completed all questions of the survey. Two respondents were excluded from the analysis based on the fact that they completed the survey together and they did not fill in their details about their education level. From these 23 completed surveys, 11 surveys have been obtained by the voters in the free rental sector and owner-occupant sector, while the remaining 12 surveys have been obtained by the non-voters in the social rental sector (appendix F and G). It is assumed that the differences between social groups are big enough for separate analysis. Besides this, the nationality was not found to be of significant influence since all respondents are Dutch respondents.

Additionally, 5 respondents (institutional investors) started the survey, of which 4 completed all questions of the survey (appendix H). One respondent was excluded from the analysis based on the fact that it turned out that the respondent did not fall within the target group for which this survey was intended. The amount of institutional investors respondents seems statistically low, however only a small amount of institutional investors are yet investing in healthcare housing. The four institutional investors that fill in the survey are the ones that currently are investing in (healthcare) housing.

In addition, 6 in-depth interviews are held: one with a WELL experts, one with a healthcare housing real estate agent and four with different institutional investors (appendix I).

6.2 Attributes and attributes levels

The conceptual attributes and attribute levels were initially derived from the literature review which informed the design of qualitative data collection to identify context specific attributes and attribute levels.

Based on a number of attributes, the choice behavior of both the ageing population and the institutional investor can be understood. The attributes - with regard to the ageing population - included in this study are: housing, building complex and neighborhood requirements. The attributes housing, building complex and neighborhood were considered equal for the different social groups (voters and non voters) within the ageing population.

The attributes - with regard to the institutional investor - included in this study are: healthcare housing requirements, financial components and WELL certificate. The attributes healthcare housing requirements,, financial components and WELL certificate were considered equal for the different institutional investors professions. Through using equal attribute levels, the choice for the respondents will be simplified.

For this study, the attribute level ranges were based on the real values from the 'relating a WELL certificate to healthcare housing' to the represent realistic scenarios.

6.3 Discussion of the most preferred and least preferred outcomes

6.3.1 Ageing population

For the main attribute housing requirements, several sub attributes were established with two attribute levels (see table 17). The housing requirements are pivoted around the current housing requirements of the ageing population as indicated in the 'relating a WELL certificate to healthcare housing'. In the preliminary survey the value of healthcare housing requirements with regard to WELL v2 concept 'Water' and 'Materials' were unrealistic since the respondents argues to have less/no influence on these concepts. Therefore, the attribute levels of healthcare housing requirements with regard to the WELL certificate concept 'Water' and 'Materials' were deleted in the survey since it is required to obtain these concepts in the WELL Building Standard when choosing a WELL certificate.

As mentioned in the literature review, if the ageing population are inclined to move to another home, two thirds prefer a rental home an a third an owner-occupied home. Additionally, an ageing population who move to an owner-occupied home are between 55-64 years old (WoOn, 2018, p. 62; 3Bplus, 2016b). Table 17 illustrate, a strong preference for a rental home.

Table 17. Overview of attributes and attribute levels based on housing requirements from an ageing population perspective.

Attribute	Level 1 (most preferred)	Level 2 (least preferred)
Housing requirements		
Housing segment	Rental	Owner-occupied
Amount of (bed)rooms	2	1
Housing size	71-90m ²	< 50m ²
Outdoor space	Balcony	Garden
View preference	Green area	Other than green area

For the main attribute building complex requirements, two sub attributes were established with two attribute levels (see table 18) . The building complex requirements are based on current literature review. The preference of e.g. a shared garden or a roof terrace can be an option to create conditions for casual meetings

with other residents. Additionally, the preference vary from an individual suitable home (extramural) to a least preferred combination of both extra- and intramural building complex.

Table 18. Overview of attributes and attribute levels based on building complex requirements from an ageing population perspective.

Attribute	Level 1 (most preferred)	Level 2 (least preferred)
Building complex requirements		
Sort of common space	Living room and exercise room	Playroom
Type of shared outdoor space	Balcony	Garden
Type of building complex	Extramural	A mix of extra- and intramural

Moreover, for the main attribute neighborhood requirements, four sub attributes were established with two attribute levels (see table 19). The neighborhood requirements are based on current literature review. It is important to stimulate the social interaction of an ageing population. Therefore, it is important to place the building complex in a lively neighborhood: a mix of neighbors is preferred.

Table 19. Overview of attributes and attribute levels based on neighborhood requirements from an ageing population perspective.

Attribute	Level 1 (most preferred)	Level 2 (least preferred)
Neighborhood requirements		
Type of facilities	Daily necessities (<i>e.g. supermarket, healthcare services</i>)	Luxury need (<i>e.g. butcher and bakery</i>)
Sport activity	2 times a week	More than 3 times a week
Type of neighborhood	Mixed (student - young families and comparable target group)	Comparable target group
Type of living environment	Urban area	Countryside (forested landscape)

Finally, for the additional attribute WELL certificate, one sub attribute was established with two attribute levels (see table 20). From an overall perspective it can be argued that the willingness to pay for a healthy environment is less preferable than the literature review indicate.

Table 20. Overview of attributes and attribute levels based on WELL certificate from an ageing population perspective.

Attribute	Level 1 (most preferred)	Level 2 (least preferred)
WELL certificate		
Contribution (<i>for health and well-being</i>)	< € 20	> €20

6.3.2 Institutional investor

For the main attribute housing requirements, four sub attributes were established with two attribute levels (see table 21). The housing requirements are based on the literature review about healthcare housing. Additionally, the preference for rental housing is in line with what has been mentioned in the literature and which is in line with the ageing population preferences when moving to another (healthcare) house.

Table 21. Overview of attributes and attribute levels based on housing requirements from an institutional investor perspective.

Attribute	Level 1 (most preferred)	Level 2 (least preferred)
Housing requirements		
Housing segment	Free rental housing	Owner-occupied
Housing size	71-90m2	< 50 m2
Type of healthcare real estate	A mix of intra- and extramural	Intramural
Healthcare investment scale	Large-scale project (> 50 units)	Small-scale project (< 50 units)

Additionally, for the main attribute financial components, one sub attribute is established with two attribute levels (see table 22). As mentioned in the literature study, the institutional investors do not aim for quick profits however they want to commit to their investments for the long-term.

Table 22. Overview of attributes and attribute levels (*overall institutional investor*).

Attribute	Level 1 (most preferred)	Level 2 (least preferred)
Financial components		
Exploitation period	> 20 years	< 20 years

Finally, for the main attribute WELL certificate, one sub attribute is established with two attribute levels (see table 23). As the table indicate, most investors are willing to achieve a (WELL) certificate.

Table 23. Overview of attributes and attribute levels (*overall institutional investor*).

Attribute	Level 1 (most preferred)	Level 2 (least preferred)
WELL certificate		
Sort WELL certificate	Implement all WELL certificate concepts (a WELL certificate will be achieved)	Implement a few WELL concepts (no WELL certificate will be achieved)

6.4 Discussion of the socio-economic, observable and attitudinal variable outcomes

6.4.1 Socio-economic variables

For an indication of the socio-economic sample characteristics between the different social groups of an ageing population, the sample is compared between two different social groups. In this analysis, the voters are leading in this comparison discussion since the literature review mainly refer to the higher educated ageing population. The sample shows some representativeness regarding the voters. Table 24 shows differences in education level between the ageing population groups. The voters within the ageing population have mainly a higher level of education compared to the non voters within the ageing population. This outcome is interesting to keep in mind when discussing the outcomes.

It is assumed that the differences in socio-economic characteristics between the institutional investors are too small for a separate analysis. Additionally, the literature review does not make a distinction between different institutional investors. Therefore, the socio-economic variables are difficult to compare: only the healthcare housing experience will be discussed. In addition, the majority of the institutional investors have less than 2 years experiences (see table 25). This observation is important to keep in mind when discussing the outcomes.

Table 24. Difference in socio-economic variables between different social groups of an ageing population ($N = 23$).

Socio-economic variable	Category	Sample The Hague (voters)	Sample Delft (non voters)	Difference of sample with regard to the voters
Gender	Female Male	45,5% 54,5%	41,7% 58,3%	3,8% - 3,8%
Living situation	Single Couple	100% 0%	83,3% 16,7%	- 16,7% 16,7%
Age	65 - 70 years 71- 75 years 76 - 80 years 81+ year	0% 0% 18,2% 81,8%	16,7% 16,7% 33,3% 33,3%	-16,7% -16,7% -15,1% 48,5%
Education	None Primary education Secondary education Intermediate vocational education (MBO) Higher vocational education (HBO) Academic education (WO) Other	0% 0% 0% 0% 45,5% 45,5% 9,1%	8,3% 0% 16,7% 41,7% 16,7% 0% 8,3%	-8,3% 0% -16,7% -41,7% 28,8% 45,5% 1,1%

Table 25. Difference in observable variables between different institutional investors ($N=4$).

Socio-economic variable	Category	Sample institutional investors
Healthcare housing investment experiences	< 2 years 3 - 5 years > 6 years	50% 25% 25%

6.4.2 Observable and attitudinal variables

To determine the influence of the observable and attitudinal factors on the preferences of the respondents (both the ageing population and institutional investors), a factor analysis has been performed which resulted in underlying observable and attitudinal factors that are presented in the sample. These observable and attitudinal factors are incorporated in the estimation as: the respondents (the ageing population and institutional investor) give an overall “score” (a real score in the rating approach) to a variable (difference in social groups and difference between institutional investors), whereas the outcome will be analyzed in order to find out what the preference contributions are for each separate attribute (Haaijer, 1999, p.5).

According to Haaijer (1999): “it is commonly assumed that the overall utility of a profile is constructed by adding the attributes preferences. As mentioned, this means that a compensatory preference model is used, where ‘low’ scores on a certain attribute can be compensated by a ‘high’ score on another attribute” (p. 5-6). This can be interesting by comparing differences between the social groups of an ageing population and differences between institutional investors. With the estimation of both the ‘low’ and ‘high’ scores of the observable and attitudinal variables, the influence of heterogeneity across individuals is captured (see table 20; through difference of sample).

Moreover, as mentioned, other non-compensatory preference models are possible that assume, for instance, that (certain) attributes must have a minimum or maximum level before a outcome is considered attractive. In this study, an attribute is mentioned as preferred when half of the ageing population and institutional investors - or more opts for a certain variable.

Additionally, not all the attitudinal variables will be divided into non-compensatory preference analysis. Only the variables wherein the socio-economic differences are visible will be further analyzed (e.g. contribution for a healthy house, building complex and neighborhood).

Ageing population

The observable variable housing size in table 26 show values with the expected sign. The housing size satisfaction between the ‘voters’ is more heterogeneous. The ‘non voters’ are more homogeneous with regard to the satisfaction of the housing size. Only a small percentage is less satisfied with the size of the house. From this table it can be argued that the lower educated ageing population is less satisfied with the housing size compared to the higher ageing population within the non voters and compared to the voters.

Additionally, overall it can be argued that a housing size between 71-90 m² is preferred by both social groups. This is in line with what is written in the literature review outcome.

Table 26. Difference in observable variables between different social groups of an ageing population ($N = 23$).

Compensatory preferences							
Observable variable	Category	Sample The Hague (voters)		Sample Delft (non voters)		Difference of sample (overall)	
<i>Current housing size</i>	< 50 m ²	0%		66,7%		-66,7%	
	51 - 70 m ²	27,3%		33,3%		-6,0%	
	71 - 90 m ²	54,5%		0%		54,5%	
	91 - 120 m ²	18,2%		0%		18,2%	
	> 121 m ²	0%		0%		0%	
<i>Satisfaction housing size</i>	Very dissatisfied	0%		0%		0%	
	Dissatisfied	0%		8,3%		-8,3%	
	Neutral	0%		8,3%		-8,3%	
	Satisfied	54,5%		83,3%		-28,8%	
	Very satisfied	45,5%		0%		45,5%	
Non - compensatory preferences							
Observable variable	Category	voters (WO)	voters (< - HBO)	Difference of sample	non voters (HBO)	non voters (< - MBO)	Difference of sample
<i>Current housing size</i>	< 50 m ²	0%	0%	0%	16,7%	50%	-33,3%
	51 - 70 m ²	18,2%	9,1%	7,2%	0%	36,4%	-36,4%
	71 - 90 m ²	27,3%	18,2%	9,1%	0%	0%	0%
	91 - 120 m ²	18,2%	18,2%	0%	0%	0%	0%
	> 121 m ²	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<i>Satisfaction housing size</i>	Very dissatisfied	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Dissatisfied	0%	0%	0%	0%	8,3%	-8,3%
	Neutral	0%	0%	0%	0%	8,3%	-8,3%
	Satisfied	36,4%	18,2%	18,2%	83,3%	0%	83,3%
	Very satisfied	9,1%	36,4%	-27,3%	0%	0%	0%

* see appendix G for the additional information with regard to percentages

Table 27 shows the other observable variable for an ageing population, the willingness to pay for a healthy house, building complex and neighborhood. According to the table outcome, it can be argued that the voters within the ageing population are more willing to spend money on a house, housing complex and neighborhood that contribute to the health and well-being compared to the non voters. Additionally, within the non voters, the lower educated ageing population are more satisfied to pay a financial contribution in order to stimulate the health and well-being compared to the higher educated ageing population within the social group of the non voters.

Through this observation, it can be argued that the ageing population is willing to pay for an environment that contribute to their health and well-being. This is an important outcome which can contribute to the feasibility of a WELL certificate in healthcare housing. The extra costs for a WELL certificate can be compensated by the financial contribution of an ageing population. A recommendation on this feasibility will be further discussed in the recommendations. This recommendation formulates a first approach towards answering the question: how the developer can create a feasible healthcare housing project.

Table 27. Difference in observable variables between different social groups of an ageing population ($N = 23$).

Compensatory preferences								
Observable variable	Category	Sample The Hague (voters)			Sample Delft (non voters)			Difference of sample (overall)
<i>Willingness to pay for a healthy living environment (house, building complex and neighborhood)</i>	No, not willing to pay Maybe, I need more information Yes, I will pay	27,3% 72,7% 0%			33,3% 58,3% 8,3%			-6% 14,4% -8,3%
<i>Willing to pay extra per month</i>	€0 < €20 €21-€30 €31-€40 €41-50 > €50	27,3% 72,7% 0% 0% 0% 0%			41,7% 58,3% 0% 0% 0% 0%			-14,4% 14,4% 0% 0% 0% 0%
Non - compensatory preferences								
Observable variable	Category	voters (WO)	voters (< - HBO)	Difference of sample	non voters (HBO)	non voters (< - MBO)	Difference of sample	
<i>Willingness to pay for a healthy living environment (house, building complex and neighborhood)</i>	No, not willing to pay Maybe, I need more information Yes, I will pay	18,2% 27,3% 0%	9,1% 45,5% 0%	9,1% -18,2% 0%	0% 16,7% 0%	33,3% 41,2% 8,3%	-33,3% -24,5% -8,3%	
<i>Willing to pay extra per month</i>	€0 < €20 €21-€30 €31-€40 €41-50 > €50	18,2% 27,3% 0% 0% 0% 0%	9,1% 45,5% 0% 0% 0% 0%	9,1% -18,2% 0% 0% 0% 0%	0% 16,7% 0% 0% 0% 0%	50% 33,3% 0% 0% 0% 0%	-50% -16,6% 0% 0% 0% 0%	

Besides the observable factors of an ageing population, some attitudinal variables will be discussed which refer to the social-economic characteristics of an ageing population. Table 28 shows that the majority of an ageing population is living in a free/social rental house. Additionally, when the ageing population is willing to move to another home, the majority prefer to move to a rental house. No major difference are observed within this analysis, only the scarcity of financial resources within the non voters which influence the choose of living.

Table 28. Difference in attitudinal variables between different social groups of an ageing population ($N = 23$).

Compensatory preferences								
Attitudinal variable	Category	Sample The Hague (voters)			Sample Delft (non voters)			Difference of sample (overall)
<i>Housing segment (current situation)</i>	Rental house (social or free rental) Owner-occupied	72,7% 27,3%			100% 0%			-27,3% 27,3%
Non - compensatory preferences								
Attitudinal variable	Category	voters (WO)	voters (< - HBO)	Difference of sample	non voters (HBO)	non voters (< - MBO)	Difference of sample	
<i>Housing segment (future preference)</i>	Rental house (social or free rental) Owner-occupied	36,4% 9,1%	36,4% 18,2%	0% -9,1%	16,7% 0%	83,3% 0%	-66,6% 0%	
<i>Motivation</i>	Rent No other option No maintenance Rising housing prices Always had Owner-occupied Always had Rising rental prices	0% 18,2% 0% 18,2% 0% 0% 9,1%	0% 36,4% 0% 0% 18,2% 0% 9,1%	0% -18,2% 0% 18,2% -9,1% 0% 0%	0% 16,7% 0% 0% 16,7% 49,9% 0%	16,7% 16,7% 0% 0% 16,7% 0% 0%	-16,7% 0% 0% -49,9% 0% 0% 0%	

Additionally, in order to understand the interest for a WELL certificate by an ageing population, some WELL related concepts will be discussed (see table 29). The table shows that the voters have a healthier lifestyle regarding the non voters: they have more interest for healthy food and practice an exercise more often (also in a community setting). The most obvious reason for this is having less sufficient financial resources in order to make decisions with regard to health and well-being.

Table 29. Difference in attitudinal variables between different social groups of an ageing population ($N = 23$).

Compensatory preferences								
Attitudinal variable	Category	Sample The Hague (voters)			Sample Delft (non voters)			Difference of sample (overall)
 Overview/support of healthy nourishment	No need	0%			0%			0%
	Little need	36,4%			50%			-13,6%
	Neutral	54,4%			16,7%			37,7%
	Need	9,1%			33,3%			-24,2%
	Much need	0%			0%			0%
Non - compensatory preferences								
Attitudinal variable	Category	voters (WO)	voters (< - HBO)	Difference of sample	non voters (HBO)	non voters (< - MBO)	Difference of sample	
 Overview/support of healthy nourishment	No need	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	Little need	18,2%	18,2%	0%	16,7%	33,3%	-16,6%	
	Neutral	27,3%	27,3%	0%	0%	16,7%	-16,7%	
	Need	0%	9,1%	-9,1%	0%	33,3%	-33,3%	
	Much need	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Compensatory preferences								
Attitudinal variable	Category	Sample The Hague (voters)			Sample Delft (non voters)			Difference of sample (overall)
 Exercises	Never	0%			8,3%			-8,3%
	Once a week	0%			41,7%			-41,7%
	Twice a week	36,4%			33,3%			3,1%
	> 3 times a week	63,6%			16,7%			46,9%
Non - compensatory preferences								
Attitudinal variable	Category	voters (WO)	voters (< - HBO)	Difference of sample	non voters (HBO)	non voters (< - MBO)	Difference of sample	
 Exercises	Never	0%	0%	0%	0%	8,3%	-8,3%	
	Once a week	0%	0%	0%	0%	41,7%	-41,7%	
	Twice a week	27,3%	9,1%	18,2%	8,3%	25%	-16,7%	
	> 3 times a week	18,2%	45,5%	-27,3%	8,3%	8,3%	0%	
Compensatory preferences								
Attitudinal variable	Category	Sample The Hague (voters)			Sample Delft (non voters)			Difference of sample (overall)
 Practice the (sport)activity in group context	Never	0%			8,3%			-8,3%
	Almost never	18,2%			16,7%			1,5%
	Neutral	0%			0%			0%
	Sometimes	45,5%			58,3			-12,8%
	Always	36,4%			16,7%			19,7%
Non - compensatory preferences								
Attitudinal variable	Category	voters (WO)	voters (< - HBO)	Difference of sample	non voters (HBO)	non voters (< - MBO)	Difference of sample	
 Practice the (sport)activity in group context	Never	0%	0%	0%	0%	8,3%	-8,3%	
	Almost never	18,2%	0%	18,2%	8,3%	8,3%	0%	
	Neutral	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	Sometimes	18,2%	27,3%	-9,1%	8,3%	50%	-41,7%	
	Always	9,1%	27,3%	-18,2%	0%	16,7%	-16,7%	

* see appendix G for the additional information with regard to percentages

In addition to the WELL certification comparison outcomes, table 30 shows the attitudinal variables which are not linked to the socio-economic characteristics of an ageing population. No separation will be made between the social groups within the ageing population the ‘voters’ and ‘non voters’ since these concepts are important for the whole population and do not directly relate to the socio-economic characteristics of the population.

Table 30. Difference in attitudinal variables between different social groups of an ageing population ($N = 23$).

Attitudinal variable	Category	Compensatory preferences		
		Sample The Hague (voters)	Sample Delft (non voters)	Difference of sample (overall)
Thermal comfort quality <i>(summer months)</i>	Very dissatisfied	0%	0%	0%
	Dissatisfied	0%	58,3%	-58,3%
	Neutral	0%	41,7%	-41,7%
	Satisfied	81,8%	0%	81,8%
	Very satisfied	18,2%	0%	18,2%
Sunlight quality	Very dissatisfied	0%	0%	0%
	Dissatisfied	0%	0%	0%
	Neutral	0%	8,3%	-8,3%
	Satisfied	45,5%	91,7%	-46,2%
	Very satisfied	54,5%	0%	54,5%
Outdoor space quality	Very dissatisfied	0%	16,7%	-16,7%
	Dissatisfied	0%	25%	-25%
	Neutral	0%	8,3%	-8,3%
	Satisfied	72,7%	41,7%	31%
	Very satisfied	18,2%	8,3%	9,9%
Air quality	Very dissatisfied	0%	0%	0%
	Dissatisfied	0%	33,3%	-33,3%
	Neutral	0%	25%	-25%
	Satisfied	27,3%	41,7%	-14,4%
	Very satisfied	72,7%	0%	72,7%
No noise disturbance	Totally disagree	0%	0%	0%
	Disagree	0%	50%	-50%
	Neutral	0%	33,3%	-33,3%
	Agree	45,5%	8,3%	37,2%
	Totally agree	54,5%	0%	54,5%
Presence of common areas	No need	0%	0%	0%
	Little need	0%	0%	0%
	Neutral	18,2%	41,7%	-17,8%
	Need	0%	0%	0%
	Much need	81,8%	58,3%	23,5%
Preference of common space	Sports room	90,9%	41,7%	49,2%
	Creative room	54,5%	58,3%	-3,8%
	Living room	45,5%	75%	-29,5%
	Game room	36,7%	41,7%	-5,0%

* see appendix G for the additional information with regard to percentages

As shown in table 30, it can be argued that the non voters are less satisfied with the current housing quality compared to the voters within the ageing population. Especially less satisfaction has been found for thermal comfort, noise disturbance and outdoor space.

Institutional investors

Table 31 shows the healthcare housing investment preferences with regard to both the building complex and housing segment. As mentioned, a distinction can be made between essence/subjective reality and consensus. Both variables relate to ‘essence’ since it describes the (personal) preferences of the institutional investor. The majority of the institutional investor are interested in a mixed used building complex

of extra- and intramural care services. Additionally, the free rental segment is most preferred by the investors, for the social housing the investor needs to pay (landlord) taxes and the owner-occupied sector is less desirable since having less control. Additional participations such as e.g. an owners association (VvE) are a consequence. Therefore, the investor prefer to own the complex in order to increase the success of the project.

Table 31. Difference in attitudinal variables between different institutional investors ($N=4$).

Non-compensatory preferences			
Attitudinal variable	Category	Sample institutional investors	Essence/Subjective reality/Consensus
Building complex	Extramural Intramural Mix of extra-and intramural	25% 0% 75%	Essence
Variable	Category	Sample institutional investors	Essence/Subjective reality/Consensus
Housing segment	Social rental sector Free rental sector Owner-occupied sector	25% 75% 0%	Essence

Table 32 shows the attitudinal variables that relate to the financial components which can be defined as ‘subjective reality’. These financial statements express the expectations of the different institutional investors. The majority of the intuitional investors argue that there is less investment risk within 5 years. This mainly has to do with the mismatch between demand and supply: there is more demand for healthcare housing and in recent years to less has been built (appendix H and I).

Additionally, the majority of the institutional investors indicate that the healthcare housing market is less risky compared to the regular housing market and the office market. As mentioned, the regular residential investment market suffers from a lack of suitable supply and returns are under pressure (Doodeman, 2018). Healthcare real estate is less sensitive to economic trends. Moreover, the office market is more cyclic, and therefore less stable to economic trends (appendix H and I).

In addition, as mentioned, the investors argue less risk when investing in healthcare housing. This also relate to the lower IRR prediction compared to the office market (see table 32). Moreover, as mentioned in the literature review, depending on the region and the type of healthcare homes, the gross initial yields (BAR) are between 5% and 7%. Institutional investors often use a minimum operating return of approximately 4% to 5% per year (Connect Invest, 2018). The indirect return relates to the increased value of the property. According to Connect Invest (2018), the increase in value of healthcare housing will be determined in the coming years. However, for the increase in the value, a parallel can be drawn related to the increased value development on the housing market. Currently, a yearly value increase of 6.0% and 9.0% for healthcare housing is expected. This means that the total returns for healthcare housing are expected to be between 6.0% and 9.0%, which is very ‘favorable ratio’ given the risk profile.

As mentioned in table 32, the gross initial yield (BAR) is on average lower compared to the other markets. A lower BAR for healthcare housing can be explained because there is a lot of value development (appendix I). The difference between IRR and gross initial yield (BAR) relate to the value development. At this moment, the institutional investor argue that it is difficult to estimate the building value and compare it to other buildings since there is not enough to compared with. However, as mentioned, it appears that the rental prices of free sector healthcare housing are approximately 11% higher than the rental prices of comparable free sector apartments without care services (CBRE, 2018, p. 5). The higher rental price is, among other things, caused by the lack of good housing for an ageing population and the growing need of healthcare housing in the (free) rental sector.

In addition, all the investors aspect more value development within the office market. Therefore the gross initial yield (BAR) of the office market is higher compared to the healthcare housing market (appendix H and I).

Table 32. Difference in attitudinal variables between different institutional investors ($N=4$).

Non-compensatory preferences			
Attitudinal variable	Category	Sample institutional investors	Essence/Subjective reality/Consensus
Investment risk within 5 years	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk	0% 0% 25% 50% 25%	Subjective reality
Investment risk within 5 years (compared to regular housing)	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk	0% 0% 50% 50% 0%	Subjective reality
Investment risk within 5 years (compared to office market)	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk	0% 0% 25% 75% 0%	Subjective reality
Investment risk in 5 to 10 years	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk	0% 0% 50% 50% 0%	Subjective reality
Investment risk in 5 to 10 years (compared to regular housing)	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk	0% 0% 75% 25% 0%	Subjective reality
Investment risk in 5 to 10 years (compared to office market)	Very much risk A lot of risk Neutral Little risk Very low risk	0% 0% 50% 50% 0%	Subjective reality
Estimation of IRR (compared to regular housing market)	Much lower Lower Neutral Higher Much higher	0% 25% 50% 25% 0%	Subjective reality
Estimation of IRR (compared to office market)	Much lower Lower Neutral Higher Much higher	25% 75% 0% 0% 0%	Subjective reality
Estimation of BAR (compared to regular housing market)	Much lower Lower Neutral Higher Much higher	0% 0% 75% 25% 0%	Subjective reality
Estimation of BAR (compared to office market)	Much lower Lower Neutral Higher Much higher	0% 100% 0% 0% 0%	Subjective reality

Investors have expressed interest and there is increasing recognition that the promotion of health and well-being can contribute to competitive differentiation, value creation and risk management (DGMR, 2017, p.3; GRESB, 2016). Besides this, as mentioned, from an institutional investors perspective, the social contribution and interest to invest in a healthy living environment in healthcare real estate is growing because it reduces the need for healthcare: “people feel more comfortable or recover faster in green surroundings, in an environment with clean air and with sufficient daylight (IVVD, 2018b, p. 4). Therefore, the healthcare real estate, either the development of a physical living environment, makes a substantial contribution to positive health.

In addition, sustainability in terms of a healthy living environment is becoming increasingly important for institutional investors because the shareholders care about it (IVVD, 2018b, p. 3). The institutional investor do not aim for quick profits: ‘they want to commit to their investments for the long-term’. They do not aim only towards an appropriate financial return, but also towards a social return’ (IVVD, 2018b, p. 8).

In order to understand the interest for a WELL certificate by the institutional investors, table 33 shows that the a WELL certificate is either known or unknown by the institutional investors. In addition, the attitude towards investing in a WELL certificate is positive since the majority shows their willingness to invest in a WELL certificate. This outcome relate to the preferences for implementation of a WELL certificate; the majority wants to obtain all WELL concepts. This refer to the statement: ‘if you’re going to do it, you really ought to do it properly’ (appendix H and I).

Additionally, as mentioned in the literature review, institutional investors apply GRESB as the investment property assessor. GRESB and WELL are different things however they have strong synergies (GRESB, 2016). The WELL Certification and its underlying strategy to promote health and wellness contribute positively to GRESB (GRESB, 2016). It is interesting to consider that there are already indications that GRESB, the investment property assessor, is increasingly looking at health when valuing real estate portfolios. According to DGMR (2018): “Global investment survey highlights 62 leaders that are integrating health and well-being strategies internally and externally” (p. 34). A WELL certification will undoubtedly be able to play a prominent role in increasing the GRESB score (Mil, 2017, p. 26). Since the WELL contribution toward the GRESB score can be measured, this perception can be formulated as a ‘consensus’. In contrast with what has been mentioned in literature, table 33 shows that the contribution to the GRESB score is low. This mainly has to do with the small percentage of health and well-being subjects within the GRESB performance indicator (appendix H and I).

Table 33. Difference in attitudinal variables between different institutional investors ($N=4$).

Non-compensatory preferences			
Attitudinal variable	Category	Sample institutional investors	Essence/Subjective reality/Consensus
WELL certificate knowledge	Unknown Known	50% 50%	Essence
Willingness to invest in a WELL certificate	No, not willing to invest Maybe, I need more information Yes, I will invest	0% 50% 50%	Subjective reality
Preference for implementation of a WELL certificate	Implement all WELL concepts (<i>a WELL certificate will be obtained</i>) Implement only a few WELL concepts (<i>no WELL certificate will be obtained</i>).	75% 25%	Essence
WELL certificate influence on GRESB score	Very low contribution Low contribution Neutral High contribution Very high contribution	0% 50% 25% 25% 0%	Consensus

In this chapter the results are discussed that were obtained from both the structured surveys and interviews. The interest for a WELL certificate is discussed. Additionally, the results from the factor analysis were explained. The factor analysis showed that the observable and attitudinal factors are present in the sample. The incorporation of the resulting attitudinal factors in the choice behavior analysis, showed that the attributional factors are of influence on the decision making for a WELL certificate in healthcare housing. Moreover, the outcomes with regard to an ageing population showed that the utility of light and air concept is lower than for the thermal comfort and sound concept. The presence of common areas is preferred by the population. However, extra services with regard to healthy nourishment does not increase the perceived utility of a WELL certificate. The ageing population is willing to pay only one fourth of the price for a healthy healthcare housing development (€20) compared to what has been mentioned in literature (€100). Whereas the majority of the institutional investors argue to implement all WELL concepts in order to obtain a WELL certification. The motivation for a WELL certificate will not arise since it will increase the GRESB score, however the motivation is to contribute to a social return.

7. Simulation

Based on the outcomes as discussed in the previous chapter, a scenario analysis is performed. This chapter explains the sensitivity of the choice behavior of both the ageing population and institutional investor towards the attributes: healthcare housing requirements with regard to house, building complex and neighborhood, the financial components and WELL certificate characteristics. After the chapter ‘relating a WELL certificate to healthcare housing’, this chapter makes a simulation based on both the literature and market research outcomes in order to evaluate the feasibility of a WELL certificate in healthcare housing.

By illustrating the choice probabilities, it puts the results in a broader perspective. The design principles for healthcare housing are explained without being interpreted as a forecast for a potential healthcare housing design. In order to analyse choice probabilities, a scenario is designed and explained. Amongst other things, this chapter looks at sensitivity for choice behavior based on the socio-economic, observable and attitudinal aspects between the different social groups within the ageing population and institutional investors. It looks at the sensitivity of implementing a few WELL certificate concepts in healthcare housing.

7.1 Choice probabilities

The choice probabilities of alternatives within the scenario are estimated based on the differences between different profiles choices (a combination of most preferred and least preferred - as mentioned in chapter 5). This refers to the non-compensatory preference model which assume, for instance, that (certain) attributes must have a minimum or maximum level before an outcome is considered attractive.

As mentioned, in this study, the minimum (least preferred) or maximum (most preferred) level is based on the total utility for a certain alternative. In this scenario design, only the maximum level ‘most preferred’ by both an ageing population and institutional investor will be discussed since this outcome adds value to healthcare housing development potentials.

7.2 Healthcare housing scenario

This sub-chapter discusses the designed scenario to explore changes in the choice probabilities for a WELL certificate in healthcare housing. The discussed scenario represent changes in operational characteristics that could, for example, induce the relevance of a WELL certificate to an ageing population and institutional investor. Through this scenario study, an unambiguously understanding towards the feasibility of a WELL certificate in healthcare housing for both the benefits of an ageing population and institutional investor will arise.

Scenario: A few WELL certificate concepts in healthcare housing

Under the first scenario, table 34 shows the most favorable WELL certificate concepts that are mentioned by the ageing population. This overview helps to understand the similarity and differences between an ageing population and institutional investors perspective regarding healthcare housing (in combination with a WELL certificate) (appendix F, G and H). By understanding, the willingness to move to a healthcare housing project by an ageing population - that contains the ‘most important’ WELL certificate concepts - can be stimulated by responding to this scenario design.

Table 34. Scenario | A few (most important) WELL concepts according to an ageing population.

Scenario A few (most important) WELL concepts				
Attribute	Sub attribute	Most preferred by ageing population		Most preferred by institutional investor
Healthcare housing requirements				
		Voters	Non voters	All institutional investors
Housing requirements	<ul style="list-style-type: none"> Housing segment Amount of (bed)rooms Size of the house Type of outdoor space View from the house 	Free rental segment 2 71-90m ² Balcony Green area	Social rental segment 2 71-90m ² Balcony Green area	Free rental segment <i>unknown</i> <i>unknown</i> 71-90m ² <i>unknown</i> <i>unknown</i>
Building complex requirements	<ul style="list-style-type: none"> Sort of common indoor space Sort of common outdoor space Type of complex 	Fitness room Balkony Extramural	Living room Balkony Extramural	<i>unknown</i> <i>unknown</i> Extra-and intramural
Neighborhood requirements	<ul style="list-style-type: none"> Facilities Neighbor Living environment 	Daily necessities Mix of students, young families and comparable target group Urban area	Daily necessities Mix of students, young families and comparable target group Urban area	<i>unknown</i> <i>unknown</i> Lively neighborhood
Healthcare housing investment scale	<ul style="list-style-type: none"> Project scale 			> 50 units
Financial component	<ul style="list-style-type: none"> Exploitation period 			> 20 years
WELL certificate requirements				
		Voters	Non voters	
Financial component	<ul style="list-style-type: none"> (monthly) contribution 	< €20	< €20	
Importance of WELL concepts	<ul style="list-style-type: none"> (Receiving an overview / support of healthy) nourishment Movement (exercises) Community (activities) Thermal comfort (quality) (Sun)light (quality) Air (quality) Sound (noise disturbance) Mind (view on green area) 			

Table 34 shows the most important WELL concepts according to the different social groups within the ageing population: the voters and non voters. As the table shows, the non voters place a higher utility for obtaining a WELL certificate compared to the voters. This outcome is relevant for both the real estate developer and institutional investor when deciding to include WELL concepts in healthcare housing development. This outcome is not in line with the WELL purpose of the institutional investors: the majority aims for the implementation of all WELL concepts (appendix H and I).

This chapter explored the sensitivity of the choice behavior of the both the ageing population and institutional investor towards operational characteristics of a WELL certificate in healthcare housing. The scenario argue that a 10 WELL certificate concept is not a competitive alternative in future healthcare housing development since the different social groups have interest in other WELL concepts. However, the interest for a few WELL concepts was lower by the majority of the institutional investors.

8. Discussion

This chapter discusses the similarities and contradictions of the results with previous studies.

8.1 Integrating a WELL certificate in healthcare housing

8.1.1 Ageing population

Willingness to pay

The higher utility that respondents - in particular the non voters - associate with the housing quality, affects the willingness to pay for a house, building complex and neighborhood that contribute to their health and well-being. As previous studies have shown, the ageing population are mainly prepared to pay for home automation in the context of safety and comfort (e.g. personal alarms and automatic lighting). This willingness decreases when the costs of home automation are more than 100 euros (Lahuis & Blokland, 2012; 3Bplus, 2016c). The results of this study suggest that an ageing population is no longer willing to pay for improvements that contribute to their health and well-being when the costs are more than 20 euros. This applies to both the voters and non voters within the ageing population.

Through this observation, it can be argued that the ageing population is willing to pay for an environment that contribute to their health and well-being. This is an important outcome which can contribute to the feasibility of a WELL certificate in healthcare housing. The extra cost for a WELL certificate can be compensated by the financial contribution of an ageing population. A further recommendation on this feasibility will be further discussed in the recommendations of this study. This recommendation formulates a first approach towards answering the question: how can the developer create a feasible healthcare housing project.

Level of education

Furthermore, an ageing population with a higher level of eduction consider to move to another house more often (WoOn, 2018, p. 52-54; 3Bplus, 2016b). This social group focus more on a future home and sets higher requirements regarding the housing comfort. A WELL certificate will undoubtedly be able to play a prominent role in this. However, the majority of the higher educated ageing population in this study found less utility for WELL concepts which can contribute to their health and well-being and so to the feasibility of a WELL certificate.

Through this observation, it can be argued that a WELL certificate will be less interesting for the higher educated ageing population. In this study, the ageing population do not set high requirements regarding the housing comfort, since non of the ageing population is pessimistic about the quality of the house, building complex or neighborhood (appendix F). This is in contrast with the lower educated ageing population who are living in housing of a lower quality. This ageing population group are more critical about the housing, building complex and neighborhood quality. As a consequence, more utility arise for the WELL concepts thermal comfort, sound and air.

8.1.2 Institutional investor

Willingness to pay

Additionally, according to IVVD (2018b, p. 4-5), the social contribution and interest to invest in a healthy living environment in healthcare real estate is growing by the institutional investors because it reduces the need for healthcare: people feel more comfortable or recover faster in green surroundings, in an

environment with clean air and with sufficient daylight. Therefore, the healthcare real estate, either the development of a physical living environment, makes a substantial contribution to positive health.

In addition, sustainability in terms of a healthy living environment is becoming increasingly important for institutional investors because the shareholders care about it (IVVD, 2018b, p. 3). Moreover, the institutional investor do not aim for quick profits: they want to commit to their investments for the long-term. They do not aim only towards an appropriate financial return, but also towards a social return (IVVD, 2018b, p. 8).

The outcomes of the institutional investors survey and interviews are not fully in line with what has been mentioned in previous studies. Only half of the institutional investors are willing to invest in a WELL certificate. In addition, the majority of the institutional investors prefer to achieve all WELL concepts in order to achieve a WELL certificate.

Moreover, the majority of the investors argue that less investment risk will occur in healthcare housing compared to the office and regular housing market. This is in line with the findings of Capital Value (2019), Connect Invest (2018) and Doodeman (2018), who consider that the healthcare real estate market is less sensitive to economic trends than, for example, the regular housing market and office market (which is cyclic). It creates a social impact and stable return. This market will continue to grow in the coming years.

As mentioned, for this study only four institutional investors has been studied. Since this amount seems statistically low, all the investors who are currently investing in healthcare housing in the Netherlands has been interviewed. Therefore, it can be argued that this outcome, as discussed, is relevant.

WELL and GRESB score

The majority of the institutional investors argue that a WELL certificate does not contribute to the GRESB score. This mainly has to do with the fact that only a small percentage within the GRESB score is related to certificate aspects. In particular to WELL certificate aspects. Only when the whole portfolio of an institutional investor will achieve a WELL certificate, a contribution to a higher GRESB score can be achieved.

In addition, since this observation is only based on four institutional investors perspectives, it is still important to take this outcome into account. As mentioned, only a small percentage of the institutional investors in the Netherlands are investing in healthcare housing. All the institutional investors who are investing are interviewed.

The outcome of this study is not fully in line with the findings of International WELL Building Institute (2019b): “building owners tell us they are seeking WELL certification to attract and retain high-quality tenants, maximize financial performance of rental rates and resale value, minimize risk of incidents and obsolescence and improve shareholder relations by increasing their GRESB score for health and well-being”. This is an important observation since wrong expectations could arise by the institutional investors when choosing for a WELL certificate. Table 35 summarize the scientific and practical outcomes regarding a WELL and GRESB score relationship (appendix H and I).

Table 35. Summary of the relation between WELL and GRESB score.

WELL & GRESB relationship	
Scientific	
<ul style="list-style-type: none"> • A WELL certificate will undoubtedly be able to play a prominent role in increasing the GRESB score • The relationship between a WELL and GRESB will future increase, the benefits of adopting a WELL certificate for the developer will increase when creating a collaboration with the institutional investor • GRESB and WELL are different things however they have strong synergies. A WELL certificate and its underlying strategy to promote health and well-being contribute positively to a GRESB score 	
Practical	
<ul style="list-style-type: none"> • The aspect certificering in the GRESB performance indictor is only valuable to a limited extent • The WELL certificate contribution to the GRESB score is low: only a small percentage of health and well-being subjects within the GRESB performance indicator is related to WELL certificate aspects • Only when the whole portfolio of an institutional investor will achieve a WELL certificate, a contribution to a higher GRESB score can be achieved 	

8.2 Socio-economic variables

8.2.1 Ageing population

Age and gender

The estimated outcomes in this study cannot be traced to age and gender of an ageing population and are therefore not included in the estimations. In other words, for all compensatory and non-compensatory preferences model estimations, age and gender has been shown to be insignificant. This shows that age and gender of an ageing population might not explain heterogeneity in the preferences for the willingness of a WELL certificate in healthcare housing. As the results have shown, differences in age and gender between the different social groups within the ageing population consists only of a small percentage. In contradict, as the results has shown, the preference for a WELL certificate is more valuable regarding the socio-economic variable: the level of education.

Level of education

In contrast to the socio-economic variables age and gender, the level of education shows a significant outcome between the different social groups within the ageing population. The level of education is therefore included as the main variable within the estimations shown in this study. For all compensatory and non-compensatory preferences model estimations, the level of education has been shown to be significant. This shows that the level of education might explain heterogeneity in the preferences for the willingness of a WELL certificate in healthcare housing.

8.2.2 Institutional investor

Experience in healthcare housing

The majority of the intuitional investor have less than two years experiences in healthcare housing development. This sample size is too small to compare outcomes. The level of experiences did not show significant outcomes in this study. This shows that experiences might not explain heterogeneity in the preference for the willingness to invest in a WELL certificate in healthcare housing.

8.3 Observable variables

The outcome of this study regarding the observable variables such as the living space and amount of bedrooms are in line with the finding of 3Bplus (2016d). The majority of the ageing population want a home with two bedrooms. The majority of the ageing population prefer a living space between 71-90 m² whereas the findings of 3Bplus (2016d) shows a preference for 80-120 m². It is expected that the (small) differences between these outcomes may not effect the preferences for a WELL certificate by an ageing population. In other words, this shows that the living space might not explain heterogeneity in the preference for the willingness to invest in a WELL certificate in healthcare housing.

8.4 Attitudinal factors

This study shows corroborating evidence that comfort is a major attitudinal factor that influence the ageing population preferences for the motivation for a WELL certificate, as has been shown in previous studies. The ageing population attach great importance to living comfort. This includes heating, several facilities and a lifecycle resistant home (Kenniscentrum 60Plus, 2018; 3Bplus, 2016d). According to Twigg (2013, p. 79), the ageing population will spend more money on living and comfort. Moreover, the demand for healthy and comfortable buildings is increasing (DGRM, 2017, p. 2; IVVD, 2018b, p. 7). In addition, a WELL certification indicates that the living environment meets certain requirements in terms of comfort and health. These performances are checked (measured) by WELL in practice (DGRM, 2017, p. 5-8). In other words, with a WELL certificate, it will soon become clear which buildings are demonstrably healthy and comfortable.

This study shows that the variable with the highest demand for comfort varies between the different social groups (voters and non voters) within the ageing population. Whereas the voters aim for stimulating movement, healthy food patterns and social activities, the non voters aim for e.g. clean air and the disturbance of noise (sound).

8.5 Effect of unobserved parameters

The results show that there is heterogeneity across the social group within the ageing population. The difference between the respondents who perceive more dis-utility when a contribution is asked for creating a house, building complex and neighborhood that contributes to the health and well-being, and the respondents who perceive relatively less dis-utility, can be partially explained by the heterogeneity.

Additionally, as mentioned, in the preliminary survey the WELL v2 concepts 'Water' and 'Materials' were unrealistic to measure. An explanation of the unobserved factors could be that the respondents argue to have less/no influence on these concepts. Therefore, the attribute levels of healthcare housing requirements with regard to the WELL certificate concept 'Water' and 'Materials' were deleted in the survey since it is required to obtain these concepts in the WELL Building Standard when choosing a WELL certificate. Based on the outcomes of the study, it can be argued that with not estimating these concepts, it is assumed that current outcomes will not be negatively effected when these concepts should be integrated in the study.

8.6 Methods that are used and the power of explained data

Several methods were approached in this study before the final method for the data analysis was chosen. It was expected that the socio-economic variables would influence the decision making in the 'relating a WELL certificate to healthcare housing' and 'testing a WELL certificate in healthcare housing' experiment, which relate to the choice behavior of the respondents. The outcomes of the 'relating a WELL certificate to healthcare housing' method, showed that the data were not able to explain the observable variables of an

institutional investor with regard to the healthcare housing requirements and financial components since non observable data is mentioned in previous studies.

This chapter discuss the results and possible explanations of the outcomes in more detail. In addition, some results are put in perspective of previous studies to show the similarities and contradictions.

9. Conclusion

The development of healthcare housing with a WELL certificate offers advantages for future healthcare housing developments. This results in increasing amount of uncertainties, among others, with the behavioral responses of an ageing population and institutional investors. There is a lack of extensive knowledge about a WELL certification and the (future) preferences of an ageing population for healthcare housing. In this study, the relative preferences for a WELL certificate in healthcare housing development were assed compared to a healthcare housing development with a few WELL concepts. Since the WELL certificate is currently not a common development in healthcare housing projects, a stated preference experiment is conducted to qualify the relative preferences of an ageing population and institutional investor with a compensatory and non-compensatory preference model which refer to the behavior of both the ageing population and institutional investor. From the observations and findings, the main research question: "which WELL certificate proposal in healthcare housing development would meet the requirements of both the ageing population and institutional investors?" can be answered. Based on the research questions stated in section 1.5, the main conclusions from this study are discussed.

1. Which physical healthcare housing requirements are important?

In this study, it has been found that the housing requirements are most important for an ageing population. In particular the requirements that contribute to a comfortable living environment. This may be partly due to the fact that comfort touch several features which influence the behavior of an ageing population regarding e.g. thermal comfort, air and sound. In addition, the ageing population also attached great importance of having common space in the building complex in order to stimulate social interaction. Especially, a room for exercises and living space is preferred. However, less utility arise regarding practicing sport activities in community. The majority of the ageing population practice a sport activity independently.

Moreover, regarding the neighborhood, the majority of an ageing population prefer daily necessities (e.g. grocery): less utility arise for luxury goods. In addition, within the ageing population, a separation is made between voters and non voters. Additionally, the healthcare housing requirements of institutional investors are investigated. Table 36 summarize the most important physical healthcare housing requirements for both the ageing population and institutional investors.

Table 36. Summary of most important physical healthcare housing requirements from the perspective of an ageing population.

Physical healthcare housing requirements				
		Voters	Non voters	Institutional investors
Housing requirements	<ul style="list-style-type: none"> • Housing segment • Amount of (bed)rooms • Size of the house • Type of outdoor space • View from the house 	Free rental segment 2 71-90m ² Balcony Green area	Social rental segment 2 71-90m ² Balcony Green area	Free rental segment <i>unknown</i> 71-90m ² <i>unknown</i> <i>unknown</i>
Building complex requirements	<ul style="list-style-type: none"> • Sort of common indoor space • Sort of common outdoor space • Type of complex 	Fitness room Balkony Extramural	Living room Balkony Extramural	<i>unknown</i> <i>unknown</i> Extra-and intramural
Neighborhood requirements	<ul style="list-style-type: none"> • Facilities • Neighbor • Living environment 	Daily necessities Mix of students, young families and comparable target group Urban area	Daily necessities Mix of students, young families and comparable target group Urban area	<i>unknown</i> <i>unknown</i> Lively neighborhood
Financial component	<ul style="list-style-type: none"> • Exploitation period 			> 20 years

2. Which WELL certificate characteristics are important?

The results show that the attitudinal factors influence the ageing population and institutional investors preference for a WELL certificate. With the factor analysis, the attitudinal factor ‘comfort’ is most important for an ageing population. This factor influences the choice behavior regarding a WELL certificate. The education level showed consistency in the compensatory and non-compensatory preferences model estimations. When looking at the sample, the higher educated ageing population (the voters) and the lower educated ageing population (non voters) have a rather similar preference for healthcare housing, building complex and neighborhood requirements. On the other hand, the WELL certification requirements of an ageing population showed that there is heterogeneity in the sample. The majority of the ageing population (both the voters and non voters) perceive more utility for a few WELL concepts instead of implementing all WELL concepts.

As table 37 shows, within the ageing population there are differences regarding the type of WELL concepts. The higher educated ageing population place higher value towards WELL concepts that contribute to movement, community and mind. On the other hand, for the non voters, the quality of air, thermal comfort and acoustics (sound) are most important. The interest for these WELL concepts may be partly due to the fact that the non voters are living in housing of a lower quality compared to the voters. This could influence the choice behavior regarding WELL: non voters are found to perceive more utility for WELL concepts which might improve the housing quality.

Table 37. Summary of most important WELL concepts from the perspective of an ageing population.

Most important WELL concepts				
	Voters (perceive utility for)	Motivation	Non voters (perceive utility for)	Motivation
<ul style="list-style-type: none"> Movement (exercises) Community (activities) Thermal comfort (quality) (Sun)light (quality) Air (quality) Sound (noise disturbance) Mind (view on green area) 	  	<ul style="list-style-type: none"> Balcony is too small Stimulate (even more) social interaction and sport activities 	  	<ul style="list-style-type: none"> Bad air quality (smell) Noisy (thin walls) High temperature (esp. during summer) Balcony is too small

The outcome of the ageing population is in contrast with the purpose of the institutional investors, since the majority of the institutional investors suggest to implement all WELL concepts. It is important to mention that the majority of the institutional investors have a limit level of knowledge about a WELL certificate (see table 38). The most important motivation to choose for all WELL concepts, and therefore to achieve a WELL certificate is: ‘if you are going to do it, do it right’.

Table 38. Summary of most important WELL concepts from the perspective of institutional investors.

WELL certificate preferences			
Level of WELL certificate knowledge		All institutional investors	Motivation
<ul style="list-style-type: none"> Unknown Known 	50% 50%	       	<ul style="list-style-type: none"> It concerns the total building in use When we use it, it is wise to take the full scope No insight in the difference in costs, so choice cannot be properly substantiated

To conclude, it can be concluded that a WELL certificate in healthcare housing currently show a high preferences by the institutional investors. The investors suggest that it is better to implement all the WELL concepts instead of only a few WELL concepts. However, this ‘safe’ plan of approach is not always the right plan of approach. Most of the ageing population suggest that they are willing to pay for a healthy and comfortable living environment. In other words, an implementation of all ten WELL concepts is not in favor by the ageing population.

In addition, an ageing population with a higher level of education, are found to perceive less utility for a WELL certificate. This outcome is strong for both singles and couples and is not effected by age or gender. The importance of comfort in the choice for a WELL certificate can be explained as follows. The higher educated ageing population within the non voters are less likely to choose for a WELL certificate compared to the lower educated ageing population within the non voters: they are less satisfied with the housing quality in terms of thermal comfort, air quality and acoustic (sound).

Through this outcome, it can be concluded that the institutional investor should first listen to the building users: the ageing population aims for only a few WELL concepts. In addition, especially to an ageing population who are living in social rental housing who experience a less housing quality.

In other words, it can be argued that an institutional investor does not need a ‘full WELL package’ in order to achieve a WELL certificate, and the investor could therefore save money. It is better to invest money in WELL concepts and in its features which meet the needs of an ageing population. The estimation and application outcomes in this study provide an increased understanding of the stated preferences for a few WELL concepts operated as a stimulation for healthcare housing development.

10. Recommendations

Based on the following recommendations, it is possible to create more insight into the preferences of an ageing population and institutional investors regarding a WELL certificate.

10.1 Scientific recommendations

10.1.1 Ageing population

Willingness to pay

First studies have shown that the ageing population are mainly prepared to pay for home automation in the context of safety and comfort (e.g. personal alarms and automatic lighting). This willingness decreases when the costs of home automation are more than 100 euros. This study shows that the voters within the ageing population are more willing to spend money on a house, housing complex and neighborhood that contribute to the health and well-being compared to the non voters. Additionally, within the non voters, the lower educated ageing population are more satisfied to pay a financial contribution in order to stimulate the health and well-being compared to the higher educated people within this social group. In addition, the non voters place a higher utility for obtaining WELL concepts which improve the housing quality in terms of comfort compared to the voters.

For future research it is important to investigate the underlying motivation to pay for a healthy and comfortable house. In this research it is important to make a distinction between the (negative) attitude and the motivation since the attitude might influence the perception of the housing quality and therefore the interest to invest in a (healthy) living environment that contribute to the health and well-being.

Level of education

The development of a WELL certificate makes it increasingly possible for developers and institutional investors to develop healthcare housing that contribute to the health and well-being of an ageing population. This sort of development responds to the requirements of this population. As mentioned, the (future) ageing population sets higher requirements with regard to housing comfort (e.g. home automation, heating, light and air quality). A WELL certificate will undoubtedly be able to play a prominent role in this however the findings in this study suggest that the majority of the higher educated ageing population found less utility for WELL concepts which can contribute to their health and well-being compared to the lower educated ageing population.

Further research is required to understand the education level differences, which could contribute to the development of measures to improve the accessibility of a WELL certificate for different social groups in healthcare housing developments.

Willingness to move

Furthermore, first studies have shown that the willingness of the 65+ households that indicated to move has increased from 6% in 2009 to 16% in 2015. In addition it is important to stimulate the ageing population - who are mainly living in single-family homes - to move to housing that is suitable for them in order to create room for other (income) households. A higher standard of living is required in order to stimulate the ageing population to move to another house. The findings in this study suggest that there is utility for health and well-being features, however to a certain extent.

Therefore, it is recommended to focus in more detail on the health and well-being aspects in order to motivate the ageing population to move to another (healthcare) house to make the housing market accessible to other target groups.

In addition, this study shows that the developer should understand the (healthcare) housing requirements of an ageing population since the healthcare housing requirements differ between social groups. This could increase the willingness of an ageing population to move to another (healthcare) house, which indirect stimulate the current housing problem: create room for other (income) households. A higher standard of living is required in particular to stimulate a healthy and comfortable living environment. The findings in this study suggest that the ageing population are found to perceive more utility for health and well-being features, however to a certain extent.

It is recommended to focus in more detail on the health and well-being features in order to motivate the ageing population to move to another (healthcare) home. In particular, more recognition should arrive regarding features that improve thermal comfort, the quality of the air and acoustics (sound).

10.1.2 Institutional investor

WELL and GRESB

Additionally, the findings in this study suggest that a WELL certificate does not effect the GRESB score, which is not in accordance with previous studies. In addition, a WELL certificate will only influence the GRESB score when the majority of the housing portfolio contains WELL features.

It is recommended to continue research on the effect of a WELL certificate on the GRESB score. It is important to point out the (possible) inaccuracies with regard to the relationship between WELL and GRESB, since this can create incorrect expectations.

10.2 Practical recommendations

10.2.1 Ageing population

Preference for WELL concepts

Moreover, in this study, respondents tend to prefer a few WELL concepts over a WELL certificate (achieving all WELL concepts). However, according to previous research, through a WELL certificate it is possible to indicate that the living environment meets certain requirements in terms of comfort and health. These performances are checked (measured) by WELL in practice. This means, for example, a living environment where it is not too hot or too cold, where there is good air quality and where there is sufficient green space. As mentioned, previous studies argue that the ageing population sets higher requirements with regard to housing comfort. In this study it became clear that less satisfaction arise about the housing quality in terms of thermal comfort, sound and air (in particular by the non voters). A WELL certificate can help the ageing population with their choice for healthy housing: it responds to the current housing shortcomings. When looking for new accommodation, it is often difficult to see whether the building offers a pleasant environment to live in. With a WELL certificate, it will soon become clear which buildings are demonstrably healthy and comfortable.

In addition, as mentioned, a WELL certificate is not only of added value for the ageing population who are living in the healthcare homes, it contribute also to the health and well-being of employees who work in the building complex. The organizational benefits include maximizing employees performance and productivity, reduce impacts of absenteeism and lower healthcare costs.

From the perspective of this study, the following recommendation is given: since the ageing population (in particular the non voter) is less satisfied about the air, thermal comfort and acoustics (sound) quality, it is recommended to analyse (for a longer period of time) the differences between a few WELL concepts (the ones that are important for an ageing population) and a 'full WELL package' to achieve a WELL certificate. Through this study, it will become clear what the added value of a certificate is - since the certificate guarantees that WELL performances are maintained through measurements. This is not the case when only adopting a few WELL concepts: 'no requirements for measurements'. In other words, the influence and essence of the word 'certificate' will be further analyzed. This will be interesting since institutional investor have a choice from a wide range of (healthy) certificates: the added value of a WELL certificate will be better understood.

Measure the effects of WELL concepts

Additional to the recommended study, it could be of interest to apply the chosen WELL concepts - with regard to the perspective of the voters and non voters - in existing (healthcare) homes to measure their effects.

Through this study, the pronounced choice for certain concepts can be confirmed or, conversely, invalidated. This outcome can contribute to the development of healthcare housing for an ageing population.

Feasible healthcare housing project

As mentioned, it can be argued that the ageing population is willing to pay for an environment that contribute to their health and well-being. This is an important outcome which can contribute to the feasibility of a WELL certificate in healthcare housing. The extra cost for a WELL certificate can be compensated by the financial contribution of an ageing population. This recommendation formulates a first approach towards answering the question: how can the developer create a feasible healthcare housing project.

From the perspective of this study, the following recommendation is given: since the ageing population is willing to pay a maximum of 20 euros per month for requirements which improve the quality of the house, building complex and neighborhood in terms of health and well-being, it is recommended to calculate the financial benefits for the institutional investor. Based on the finding of this study and the following formula, a simple calculation can be made:

$$[(\text{financial contribution by ageing population in euros} * \text{a year}) / \text{VAT (value added tax)} / \text{gross initial yield (BAR)}]$$

- €20 contribution
- a year (12 months)
- VAT = 21%
- Gross initial yield = 4,5% (the average of what has been mentioned in the literature study by Connect Invest, 2018)

Outcome of formula: $[(€20 * 12) / (1,21) / (0,045)] = €4.407$ benefit per house per year. In addition, as mentioned in this study, the institutional investors prefer a project scale of at least 50 units. According to this, an 'extra income' of €220.350 ($€4407 * 50$) on rent can be generated by the institutional investor. For future research, it will be interesting to communicate this outcome towards the institutional investors and compare this to the costs of a WELL certificate.

In addition, as mentioned, the majority of the institutional investors are interested to invest in healthcare housing since the shareholders care about creating healthy living environments (IVVD, 2018a, p. 3). However, it is yet unknown how much (economic) value a shareholder attaches to investing in a healthy environment. It is recommended to continue research on how much a shareholder is willing to invest in order to compare this outcome to the health and well-being contribution of the ageing population and the cost of a WELL certificate.

The WELL certificate costs are translated to the preferences of the living situation of an ageing population. As mentioned, the ageing population prefer to have a housing size between 71-90 square meters. In addition, as mentioned, the institutional investors prefer to invest in a minimum of 50 units. Based on these two numbers, the square foot range of 49,999 sq.ft. (4.645,06 m²) is most in line with the preferences of an ageing population and that of institutional investors. Table 39 shows the calculation of the single-cycle pricing structure (International WELL Building Institute, 2019b).

Table 39. Comparison of different pricing structures.

WELL v2 pricing structure			
		Initial certification	
Square foot range (sq. ft.)		Registration	Certification one-time
-	49,999	\$1,800	\$5,000
Totaal		\$6,800	

* 1 sq.ft. = 0,09290304 sq/m)

Based on this calculation, it can be argued that enough money can be made available to finance a WELL certificate by asking a financial contribution to an ageing population. As mentioned, the ageing population is willing to pay a maximum of 20 euros a month on health and well-being features.

From the perspective of this study, the following recommendation is given: it is important to mention that this calculation is only focussing on the housing size and is not related to any (technical) features of the ten WELL concepts. Therefore, for a future feasibility study, it is recommended to include all the building functions, its amenities and the ten WELL concept including its features, in order to make the calculation more accurate and measurable towards the ageing population and shareholders contribution.

In addition, as mentioned, the non voters do benefit the most from a WELL certificate since they are less satisfied about their housing quality. When the institutional investor is willing to develop housing for the social rental housing sector, it is possible to obtain a discount of 35% when: at least 40% of the units are reserved for households making 60% or less than the area median income (International WELL Building Institute, 2019b).

To conclude, based on the calculations as mentioned above, the developer might be able to convince the institutional investor to invest in an environment that contribute to the health and well-being of an ageing population, in particular to invest in social rental housing.

10.3 Policy recommendation

Moreover, since the government stimulate the ageing population to stay for a longer period at home to live independently, it is important to stimulate the ageing population - who are mainly living in single-family homes - to move to housing that is suitable for them in order to create room for other (income)

households. It is important that the ageing population are encouraged by various methods to make a switch to a home that is more suitable for them.

The government can play a role in this by recommending - or eventually subsidizing - healthcare homes for an ageing population (non voters) who do not have enough financial resources to pay a contribution that contribute to their health and well-being. It is important to make it accessible for everyone, not only for the voters but also for the non voters since this study suggests that the non voters have relatively more interest to invest in WELL concepts and maintain a less healthy lifestyle compared to the voters.

The recommendations are explained in order to increase the understanding of an ageing population and institutional investor behavior in regard to a WELL certificate. In addition, a distinction is made between scientific, practical and policy recommendations, since WELL certificate is upcoming and its potential operation in residential (healthcare) projects, require the attention from multiple perspectives.

11. Reflection & research limitations

This thesis project started with a clear perspective on the expected subject that I was willing to investigate. In the first period, by doing an in-depth literature review, a relevant topic - which was quite unknown - for the master thesis was found. However, after the first period I created a different perspective on the expected subject that I would be investigating. First, I had the motivation to study the healthcare housing requirements in more detail, however then I could fail in achieving my objective in this master thesis. Namely, investigate the feasibility of a WELL certificate in healthcare housing for both the benefits of an ageing population and institutional investor. After some iterations and the help of my mentors, Philip Koppels, Erwin Heurkens and Hans de Jong, the final proposal and scope was narrowed down to a comprehensible level, the stated preferences of an ageing population and institutional investor for a WELL certificate in healthcare housing.

11.1 Reflection on the literature review method

After the P2 meeting, I continued with the literature review by focussing more on the principles of a WELL certificate and organized interviews with WELL experts to become more familiar with a WELL certificate. By first studying the literature about the physical healthcare housing requirements from the perspective of both an ageing population and institutional investor, it has helped me to structure the survey for both the ageing population and institutional investor. Through this study, the main themes for the survey has been found: the quality of house, building complex and neighborhood, the financial components and WELL certificate characteristics.

In addition, the findings in literature has helped me to narrow down this study in a comprehensive way. By formulating questions, for example, 'how do you achieve a healthy and comfortable building', 'how do you demonstrate that a building is healthy' and 'how can you as a building user select a healthy building?' has helped me to structure the literature review about one of the main topics of this research: the WELL certificate.

Besides this, an other important finding in the literature study was the indication of the differences between social groups within the ageing population. The literature study referred to the higher educated ageing population and lower educated ageing population whereas a distinction has been made between voters (who have enough financial resources to make choices in order to improve the quality of living) and non voters (who do not have enough financial resources to make choices in order to improve the quality of living).

These two important findings has helped me in structuring my scientific methodology. I started to see a relationship between the literature review and the scientific methodology - the stated preference method - I used. When I started to implement the most important information from literature into the scientific methodology models, I realized that it could be risky to translate the literature review into a practical research approach and, vise versa, to compare the practical research outcomes with the findings in literature. The comparison could be too broad, however, by formulating my research questions in a comprehensible way and by having a clear goal in mind, my comparison is narrowed down to a number of very particular healthcare housing factors. In other words, by reading a lot of literature beforehand, this approach ensures the prevention of a 'tunnel vision': a broad scope of healthcare housing and WELL certificate perspectives has been investigated. Due to this, I was able to oversee the main line of my thesis and what kind of literature could help me through the process in order to reach my research objectives.

11.2 Reflection on the stated preference method

In between the distribution of the surveys and the interviews, I attempted to get familiar with the choice behavior with regard to the preferences for a WELL certificate in healthcare housing. Due to much uncertainty in stating behavior when integrating a WELL certificate in healthcare housing - since this situation currently does not exist - a stated preference (SP) method is approached. The SP method is divided in a category for analyzing the choice behavior with regard to the preferences for a WELL certificate in healthcare housing. This category is called conjoint analysis. Through studying this methodology, some factors of interest (socio-economic characteristics, observable factors and attitudinal factors) and sets of attributes and attributes levels are collected. As mentioned, the respondents were asked to rate their level of agreement based on a five-point Likert rating scale (e.g. from very dissatisfied to very satisfied).

In addition, based on the compensatory and non-compensatory model it becomes clear that no major differences arise regarding healthcare housing requirements according to the perspective the ageing population. However, through both models, it becomes clear that there are differences in preferences for a WELL certificate: the non voters within the ageing population aims for more WELL certificate concepts compared to the voters within the ageing population. The stated preference method was a very useful methodology which has helped me to narrow down the finding in this study and to translate it into a comprehensive way. Normally, by using a methodology as the stated preference methodology, an in-depth statistical analysis will be made. A limitation of using this methodology for my study could be that my statistical analysis was not statistically enough - in terms of e.g. using a SPSS approach. However, since the subject of my thesis has not been investigated beforehand or in any related subject that comes close to my topic, I realized that it could be very difficult to compare my outcomes with another scientific research. Therefore, I tried to think out of the box and I have used the research approach which I mentioned in this study, wherein I have included the scientific methodology in an understandable way by incorporating the practical outcomes. It is also possible to argue that the stated preference methodology that I have used in my study, is a translation of a well-founded fieldwork study which can be used as an example for future research by using a stated preference methodology in combination with a practical research approach.

11.3 Reflection on the relating method

Additionally, the attitudinal factors are represented by individual factors scores (e.g. healthcare housing requirements with regard to house, building complex and neighborhood) that are used to explain the behavior of the different social groups. These scores allow an intuitive interpretation of the outcomes. For example, an increase in willingness to pay (extra) for a house, building complex and neighborhood that contribute to the health and well-being, will increase the utility of a WELL certificate. Through the attitudinal factor method, relations with socio-economic characteristics between different social groups and the attributes from the choice experiment can be explored. However, the factor scores do not make a distinction between the difference of variable score, which now have the same influence. Although, in this study, the interpretability of the factor scores was sufficient to provide insight into the effects of attitudinal factors regarding the preferences for a WELL certificate. The outcome of the thesis can be used in future studies: the factors that are discovered can easily be implemented in other (related) studies.

11.4 Reflection on the testing method

The time that was needed to design the final survey was underestimated. Multiple adjustments were made before the final survey was distributed. As mentioned, the literature review helped me to structure the

survey and demanded me to make choices. However, the amount of time that was needed for the design of both surveys, has helped me to collect the right information and to structure my thesis.

In addition, the distribution of the surveys - with both the ageing population and institutional investor went smooth. The use of the online tool 'Google Form' has helped me a lot in order to collect the outcomes in an efficient way. For the distribution of the ageing population survey, I decided not to send the survey through a shared link, however I went tot the ageing population itself. First, I have met the ageing population in the living room where I handed out the questionnaire. However, I noticed that the ageing population did not decide for themselves but discussed the answers with each other. In order to collect individual answers, which are not effected by others, I decided to organize a structured face-to-face interview with the ageing population. With the help of the structure of the survey, I went to several houses within the building complex in order to collect the required information. The total number of respondents was 23, which is distributed over two different healthcare housing complexes in two different cities, and where two different social groups are interviewed.

Additionally, I decided to do first a survey with the institutional investors with the use of the online tool 'Google Form'. Based on this structured survey, the institutional investor knowledge about a WELL certificate could be understood since this was unknown. With the help of this survey, a face-to-face interview was organized with all the institutional investors who participate in the survey in order to collect more information about the interest to invest in healthcare housing and the feasibility of a WELL certificate in healthcare housing. The purpose of the interview was to collect information about the survey outcomes where the respondents may be unwilling to share information because some of the data needed are important to the company. Besides, the underlying definition of the survey answers will be fully understood.

In addition, most of the questions were based on factors that are formed in previous research (e.g. with regard to the healthcare housings requirements). This could increase the possibility of forming attitudinal factors and allow to compare these factors with former studies. For the ageing population and institutional investors, statements were formulated concerning the attitude towards healthcare housing, building complex and neighborhood requirements, healthcare housing requirements, financial components and WELL certificate characteristics, which could influence the preference for a WELL certificate. Some statements were adjusted after performing the preliminary survey to increase the understanding for respondents and to fit the specific objective of the statement.

In addition, the collected sample is representative for this study, however only for a small group of ageing population and institutional investors who are in particular interested in healthcare housing. A limitation of my study could be that the N-factor is too small regarding the institutional investors. However, all the institutional investors who currently are investing in healthcare housing have been studied.

Additionally, by conducting an in-depth survey and interview by the institutional investors, the motivation for investing in healthcare housing and the contribution of a WELL certificate has been investigated in more detail. Moreover, it can also be argued that the majority of the institution investors are on the 'same page' regarding the contribution of a WELL certificate in healthcare housing and towards the GRESB score. In other words, when the sample size was more than 4, no major differences in outcomes will be observed.

11.5 Personal reflection on the role as a researcher

From the thesis process, I can say that have learned to take different steps in order to make choices. This learning process has improved during the thesis process. Furthermore, a combination of reading theory

and writing down the input for the preference behavior estimation (through a compensatory and non-compensatory preference method), increased my knowledge with regard to choice behavior.

In addition, as a researcher in this study, I was very critical towards myself. This is expressed in the following: every step that I have taken during the process, expressed itself in a well-considered choice. This already started before my internship by Provast. First, I started with writing down my interest for a particular topic which I wanted to investigate. In an early phase, I contacted Provast about the possibilities for an internship and discuss my interest for a particular research topic. Additionally, both interest, that of Provast and my personal interest were merged in order to achieve a research that contribute to both interests.

Second, in that same phase I started with reading literature about the topic were I was interested in. Due to this, I could formulate my research questions which has helped me to structure my literature review. In addition, this has helped me, as mentioned, to structure my scientific methodology.

Third, one of the most important elements in my research was the practical approach: conducting surveys and organize face-to-face interviews with an ageing population and professionals (institutional investors, a healthcare housing agent and WELL experts). In order to find the right target group, I search for both an ageing population and professionals which meets the literature requirements. In addition, I have arranged the meetings with the professions and ageing population by myself. I was determined how to collect the right information. During the face-to-face interviews, wherein I conducted surveys with the ageing population, I soon noticed that organizing the surveys in a groups setting did not work. The ageing population started to discuss the questions: as a consequence they did not make a choice by themselves but were influenced by each other. As a result, I started to meet the ageing population in their own houses. This approach was very time-consuming, however I mentioned that this approach would help me to find an answer on my research questions. This approach was more preferred by the ageing population: having a 'small talk' became very appreciated.

Fourth, after conducting all surveys and interviews, I started to collect the information. With the use of the online survey tool 'Google Forms'. This method has helped me to collect the information in a comprehensive way. Additionally, through this plan of approach, the information could easily be implemented in the scientific methodology models: the comprehensive and non comprehensive preference models.

Fifth, by reading literature and writing down the research outcomes at the same time, the research content has been merged. For my feeling, I could have started doing this early in the process which could help me in realizing that my third research question: how can the developer create a feasible healthcare housing project, could already be answered after the first two research questions. However, now I have translated this research question into a recommendation wherein the financial benefits towards the institutional investor can be explained by the developer with the use of a simple calculation. In my opinion, I would not mention this as a limitation of my research outcome, however it initiate a follow-up study that examines the financial feasibility. This will be a study in itself.

To conclude, I have not seen a comparison in scientific studies like this before, where the practical outcomes are (easily) translated in scientific methodology models. This is an added value of my study, whereas I have tried to translate the scientific and practical outcomes as simple as possible in a scientific way. Besides the up and downs, I enjoyed the learning process and the enthusiastic responses of the respondents who helped me in collecting the information that was needed for writing my thesis. This has motivated me a lot. As an advice to future researchers, which has helped me during this research process, I would recommend to create social interaction and to be patient: so much more can be realized by approaching this kind of approach instead of going 'only' for your own goals. A combination of both will add value to the outcome of the research.

12. List of references

Adamowicz , W., Louviere, J., & Swait , J. (1998). *Introduction to Attribute-Based Stated Choice Methods* . Retrieved on April 3th, 2019 from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.119.6910&rep=rep1&type=pdf>.

Airfixture. (2018). *LEED vs WELL. What's The Difference?*. Retrieved on May 1st, 2019 from <https://airfixture.com/wp-content/uploads/2018/01/Leed-vs-Well-infographv2.pdf>.

Area of People. (2019). Community service concept - ouderen. Retrieved on April 10th, 2019 from <https://web.tresorit.com/l#zxBtpyER77kyoAIvtndUHQ>.

Bakker, W., Hu, M., & Wittkämper, L. (2018). *Ouderemonitor 2018*. Retrieved on April 3th, 2019 from https://www.rigo.nl/wp-content/uploads/2018/05/Ouderemonitor2018_RIGO.pdf.

Bouwinvest. (2016). *Pensioenfondsen beleggen in zorgvastgoed*. Retrieved on 3th December, 2018 from <https://www.bouwinvest.nl/media/2998/paper-zorgvastgoed-bouwinvest-2017.pdf>.

BREEAM. (May 3th, 2018). DGBC publiceert vergelijking ‘BREEAM-NL In-Use en WELL Building Standard’. Retrieved on April 11th, 2019 from <https://www.breeam.nl/content/dgbc-publiceert-vergelijking-'breeam-nl-use-en-well-building-standard'>.

Brennan Ramirez, L.K., Baker, E.A., & Metzler, M. (2008). *Promoting Health Equity*. Retrieved on February 18th, 2019 from <https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/tools/pdf/SDOH-workbook.pdf>.

Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Retrieved on November 7th, 2018 from https://www.researchgate.net/profile/Yousef_Shahwan4/post/What_is_the_best_and_the_most_recent_book_in_medical_research_methodology/attachment/59d6525179197b80779aa90f/AS%3A511717807321088%401499014441133/download/Social+Research+Methods.pdf.

Building green. (June 22nd, 2018). WELL v2 Brings Big Changes, Aims for Greater Equity. Retrieved on April 4th, 2019 from <https://www.buildinggreen.com/news-analysis/well-v2-brings-big-changes-aims-greater-equity>.

Capital Value (July 16th, 2018). Stijgend tekort aan zorgwoningen ondanks grote investeringen. Retrieved on April 4th, 2019 from <https://www.capitalvalue.nl/nieuws/stijgend-tekort-aan-zorgwoningen-ondanks-grote-investeringen>.

Capital Value. (2019). *De woning(beleggings)markt in beeld 2019*. Retrieved on February 24th, 2019 from <https://www.omgevingsweb.nl/cms/files/2019-03/de-woningbeleggingsmarkt-in-beeld-2019.pdf>

Campen, C. van, Kooiker, Sj. & Boer, A. de. (2016). ‘Zorgen, hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen?’ . Retrieved on March 10th, 2019 from <https://wwwscp.nl/dsresource?objectid=eeed7022-b935-4188-989d-22f5a895cf86&type=org>.

CBS. (2017). *Bevolkingsprognose 2017-2060: 18,4 miljoen inwoners in 2060*. Retrieved on September 7th, 2018 from https://www.cbs.nl/-/media/_pdf/2017/51/bevolkingsprognose-2017-2060-18-4-miljoen-inwoners-in-2060.pdf.

CBS. (August 7th, 2018). Ouderen overwegen vaker een verhuizing. Retrieved on September 19th, 2018 from <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/32/ouderen-overwegen-vaker-een-verhuizing>.

CBRE (2018). *Groeidend tekort aan vrije sector zorgappartementen*. Retrieved on April 3th, 2019 from <http://www.societeitvastgoed.eu/wp-content/uploads/2017/10/CBRE-Trends-Nederlands-Zorgvastgoed-H1-2018.pdf>.

CBRE & Syntrus Achmea Real Estate & Finance. (2017). *Zorgvastgoed groeit uit de kinderschoenen (Transactievolumes en aanvangsrendementen in de Nederlandse zorgvastgoedmarkt)*. Retrieved from https://fi.intms.nl/fi_43a1c02c/files/downloads/white-paper-zorgvastgoed-januari-2016.pdf.

CDC. (March 10th, 2014). Why is addressing the role of social determinants of health important?. Retrieved on April 18th, 2019 from <https://www.cdc.gov/nchhstp/socialdeterminants/faq.html>.

Cheshire, D. (2019). Building WELL, Building Better?. Retrieved on April 10th, 2019 from <https://www.aecom.com/it/building-well-en/>.

Cobouw. (January 31st, 2018). Record aan investering in zorgvastgoed. Retrieved on February 10th, 2019 from <https://www.cobouw.nl/woningbouw/nieuws/2018/01/record-aan-investeringen-zorgvastgoed-101257552>.

Connect Invest. (August 17th, 2018). Vijf redenen om in zorgwoningen te beleggen. Retrieved on March 4th, 2019 from <https://www.connectinvest.nl/zorgwoningen/5-redenen-om-in-zorgwoningen-te-beleggen/>.

Deerns. (September 13th, 2016). WELL certification for healthy buildings. Retrieved on March 4th, 2019 from https://www.deerns.com/about-deerns/news/well-certification-for-healthy-buildings?news_id=964.

Dexus. (2016). *2016 Annual Reporting*. Retrieved on March 4th, 2019 from http://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReportArchive/D/ASX_DXS_2016.pdf.

Demaria, K. (March 6th, 2018). What is the WELL Building Standard Anyway?. Retrieved on March 6th, 2019 from <https://www.terramai.com/blog/well-building-standard/>.

DGRM (2017). *Naar een gezond gebouw met een WELL Building Standard*. Retrieved on April 5th, 2019 from https://dgmr.nl/app/uploads/files/naar%20een%20gezond%20gebouw%20met%20WELL_DEF.pdf

DGMR. (2018). *The WELL Building Standard*. Retrieved on February, 18th 2019 from https://dgmr.nl/app/uploads/files/1%20-%20Ann%20Marie%20Aguilar%20-%20Rotterdam%20WELL%20Presentation_10_04_2018.pdf.

Diversions. (2018). *De vergrijzing in beeld*. Retrieved on September 8th, 2018 from <https://www.generationjourney.nl/wp-content/uploads/2018/01/Vergrijzings-update-2018.pdf>.

Doekhie, D.K., Veer, van A.J.E., Rademakers, J.J.D.J.M., Schellevis, F.G., & Francke, A.L. (2014). Ouderen van de toekomst. *Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Retrieved on March 28th, 2019 from <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Overzichtstudie-ouderen-van-de-toekomst.pdf>.

Doodeman, M. (January 31st, 2018). Record aan investeringen in zorgvastgoed. Retrieved on September 5th, 2018, from <https://www.cobouw.nl/woningbouw/nieuws/2018/01/record-aan-investeringen-zorgvastgoed-101257552>.

DTZ Zadelhoff. (2014). *De opmars van zorgvastgoed*. Retrieved from https://www.sorghuys.nl/files/opmarszorgvastgoedtzsept14_e5bf0851.pdf.

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*, 25(5), 582-602. <https://doi.org/10.1521/soco.2007.25.5.582>.

Eerenbeemt, M van den. (April 4th, 2019). Hoofdrol senioren op woningmarkt: kwart huishoudens is 65-plus. Retrieved on April 7th, 2019 from <https://www.volkskrant.nl/economie/hoofdrol-senioren-op-woningmarkt-kwart-huishoudens-is-65-plus~b4b18ab0/>.

Evers, D.V. H. (2004). *Building for consumption: an institutional analysis of peripheral shopping center development in northwest Europe*. Retrieved on April 2nd, 2019 from https://pure.uva.nl/ws/files/3824035/63057_thesis.pdf.

Fliek (October 25th, 2018). Langer zelfstandig wonen met behulp van domotica. Retrieved on April 10th, 2019 from <https://www.service-studievereniging.nl/magazine/artikel/afstudeerde-tu-e-langer-zelfstandig-wonen-met-behulp-van-domotica/>.

Gbes. (October 4th, 2018). What's New With WELL v2 - The New WELL Building Standard. Retrieved on April 16th, 2019 from <https://www.gbes.com/blog/well-v2/>.

Gemeente Amsterdam. (2017). *Ouderen wonen in de stad*. Retrieved on September 7th, from https://assets.amsterdam.nl/publish/pages/822304/brochure_ouderen_wonen_in_de_stad_012018.pdf.

GRESB. (June 19th, 2016). GRESB and WELL: Complementary Tools to Promote Transparency and Leadership on Health and Well-being. Retrieved on April 14th, 2019 from <https://gresb.com/gresb-and-well-complementary-tools-to-promote-transparency-and-leadership-on-health-and-well-being/>.

Haaijer, E.M. (1999). *Modeling Conjoint Choice Experiments with the Profit Model*. Retrieved on April 25th, 2019 from <https://www.rug.nl/research/portal/files/9892559/thesis.pdf>.

Hoeymans, N., Loon van A.J.M., Berg van den M., Harbers M.M., Hilderink, H.B.M., Oers van A.M., & Schoemaker, C.G. (2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven, RIVM.

Köster, F & Langemaat van de, L. (2009). *Wonen en de woningmarkt voor senioren*. Retrieved on March 29th, 2019 from <https://www.ics-advies.nl/wp-content/uploads/2015/10/WoningmarktSenioren2009.pdf>.

International WELL Building Institute. (2016). *The WELL Building Standard*. Retrieved on February 7th, 2019 from <https://www.scienceguide.nl/wp-content/uploads/2018/09/The-WELL-Building-Standard-v1-with-May-2016-addenda.pdf>.

International WELL Building Institute. (2018). *The WELL Certification Guidebook*. Retrieved on February 7th, 2019 from <http://a.storyblok.com/f/52232/x/68de333eea/certification-guidebook-with-2018-q1-addenda.pdf>.

International WELL Building Institute (2019a). WELL Building Standard. Retrieved on February 25th, 2019 from <https://standard.wellcertified.com/well>.

International WELL Building Institute. (2019b). Pricing. Retrieved on March 10th, 2019 from <https://www.wellcertified.com/certification/v2/pricing>.

International WELL Building Institute. (2019c). WELL projects. Retrieved on February 24th, 2019 from <https://www.wellcertified.com/directories/projects>.

International WELL Building Institute. (2019d). WELL v2 pilot - the next version of the WELL Building Standard. Retrieved on March 4th, 2019 from <https://v2.wellcertified.com/v/en/overview>.

International WELL Building Institute. (2019e). *People + planet, applying LEED and the WELL Building Standard*. Retrieved on March 10th, 2019 from <https://a.storyblok.com/f/52232/x/2802861fb8/final-leed-crosswalk.pdf>.

International WELL Building Institute. (2019f). Concepts and Features. Retrieved on March 5th, 2019 from <https://v2.wellcertified.com/v/en/concepts>.

IVVD. (2018a). Vastgoedsturing. Vakblad voor publiek - maatschappelijk vastgoed. Retrieved on March 10th, 2019 from http://www.emagcloud.com/IVVDVastgoedsturing/10dec2018/page_1.html.

IVVD. (2018b). Nationale trendradar zorgvastgoed. Een project van het instituut voor vastgoed & duurzaamheid. Retrieved on April 12nd, 2019 from https://www.ivvd.nl/wp-content/uploads/2018/05/NTR_Zorgvastgoed_2018.pdf.

Kenniscentrum 60Plus (June 7th, 2018). Toekomstige senioren willen luxe, comfort en alle dagen het gevoel van vakantie. Retrieved on March 7th, 2019 from https://www.nvb-bouw.nl/downloads/07062018_DE%20KATWIJKSCHE%20POST_021.pdf.

Klepeis, E.N., Nelson, C.W., Ott, R.W., Robinson, P.J., Tsang, M.A., & Switzer, P. (n.d.). *The National Human Activity Pattern Survey (NHAPS). A Resource for Assessing Exposure to Environmental Pollutants*. Retrieved on April 4th, 2019 from <https://indoor.lbl.gov/sites/all/files/lbnl-47713.pdf>.

KCWZ. (n.d.). *Webspecial woonwensen voor ouderen*. Retrieved on April 1st, 2019 from <https://www.kcwz.nl/doc/Webspecial%20Woonwensen%20Oudereren.pdf>.

KCWZ. (2013). *Generaties verbinden, inspiratie vinden*. Retrieved on April 2nd, 2019 from https://www.kcwz.nl/doc/nieuws/Generaties_verbinden_inspiratie_vinden.pdf.

Kirk, P (July 10th, 2017). Is WELL Certification Worth It for Developers?. Retrieved on March 28th, 2019 from <https://www.nreionline.com/office/well-certification-worth-it-developers>.

Kroes, E. P. & Sheldon, R.J. (1988). *Stated Preference Methods—An Introduction*. Retrieved on April 28th, 2019 from http://www.bath.ac.uk/e-journals/jtep/pdf/Volume_XX11_No_1_11-25.pdf.

Lahuis, A & Blokland, A. (2012). Verkennend onderzoek bekendheid en behoefte thuistechnologie in Zwolle en Kampen. Eindrapportage. Gemeente Zwolle namens Netwerkstad Zwolle–Kampen. Houten: Atrivé, 2012.

Leeuwen, M. van (2018, July 16). Dit jaar al 300 miljoen naar zorgvastgoed. Retrieved on December 3th, 2018, from <https://www.vastgoedmarkt.nl/beleggingen/nieuws/2018/07/dit-jaar-al-300-miljoen-naar-zorgvastgoed-101135035?vakmedianet-approve-cookies=1>.

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. Retrieved on March 28th, 2019 from https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf.

Lindsay, P., & Norman, D. A. (1977). *Human information processing: An introduction to psychology*. Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

Machielse, A. (2015). Jong geleerd, oud gedaan. Levensdomein sociale relaties. In: K. Penninx (red.), *Kiezen en verbonden blijven. Krachtgericht werken met ouderen* (p. 201-229). Utrecht: Movisie.

Machielse, A. (2016). *Afgezonderd of ingesloten? Over sociale kwetsbaarheid van ouderen*. Retrieved on March 12nd, 2019 from https://www.uvh.nl/uvh.nl/up/ZorynroJeB_Oratie_Anja_Machielse_2016.pdf.

MacQueen, K.M., McLellan, E., Metzger, D.S., et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health*. 2001;91(12):1929-1938. doi:10.2105/AJPH.91.12.1929.

Mil, R. van. (2017). *WELL-certificering maakt gebouwen tot gezondere leef-en werkomgeving*. Retrieved on 4th December 2018, from <https://dgmr.nl/app/uploads/files/Artikel%20WELL-certificering.pdf>

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. (2017). *Staat van de Woningmarkt (Jaarrapportage 2017)*. Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2017/11/01/rapport-“staat-van-de-woningmarkt-2017”/rapport-“staat-van-de-woningmarkt-2017”.pdf>.

Naafs, J., Bakker, M., & Franken, P. et al. (2010). Wonen en zorg voor ouderen, Bohn Stafleu van Loghum, Houten. pp. 18-28. https://doi.org/10.1007/978-90-313-8022-0_1.

PBL. (2013). *Vergrijzing en Ruimte. Den Haag: Planbureau voor de leefomgeving*. Retrieved on October 18th, 2018 from http://www.pbl.nl/sites/default/files/cms/publicaties/PBL_2013_Vergrijzing%20en%20ruimte_450.pdf.

PBL. (2014). *Kwetsbaarheid van regionale woningmarkten (Financiële risico's van huishoudens en hun toegang tot de woningmarkt)*. Retrieved from http://www.pbl.nl/sites/default/files/cms/publicaties/PBL_2014_Kwetsbaarheid-van-regionale-woningmarkten_1348.pdf.

Penny, J. (February 27th, 2017). How WELL and LEED encourage well-rounded buildings. Retrieved on March 28th, 2019 from <https://www.buildings.com/article-details/articleid/21027/title/showcase-your-healthy-building-with-dual-certifications>.

Pickens, J. (2005). Attitudes and perceptions. *Organizational behavior in health care*, 43-76. https://www.researchgate.net/profile/Jeffrey_Pickens/publication/267362543_Attitudes_and_Perceptions/links/5728b08008aef7c7e2c0bf26/Attitudes-and-Perceptions.pdf

Platform31 (2018a). *Doorstroming senioren*. Retrieved on April 1st, 2019 from https://www.werkenaanleefbarewijken.nl/uploads/media_item/media_item/103/5/Doorstroming_senioren-1519907385.pdf.

Platform31 (2018b). *Langer thuis: een verkenning*. Retrieved on March 13th, 2019 from <https://www.kewz.nl/doc/woonvariaties/Langer-thuis-een-verkenning-Behoeften-en-toekomst-woonzorg-voor-kwetsbare-senioren.pdf>.

PWC. (2016). *“Emerging Trends in Real Estate – New market realities – Europe 2017”*. Retrieved on April 2nd, 2019 from <https://www.pwc.com/gx/en/asset-management/emerging-trends-real-estate/europe/emerging-trends-in-real-estate-2017.pdf>.

Quintana, K. (June 4th, 2018). WELL Tip: Key strategies for making the business case for WELL. Retrieved on April 4th, 2019 from <https://resources.wellcertified.com/articles/well-tip-key-strategies-for-making-the-business-case-for-well/>.

Rijksoverheid. (n.d.). Langer zelfstandig wonen ouderen. Retrieved on March 12nd, 2019 from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/langer-zelfstandig-wonen>.

Staatsen, B.A.M., Alphen van T.H., Houweling, D.A., Ree van der, J. & Kruize, H. (2017). *Gezonde leefomgeving, gezonde mensen*. Retrieved on March 12nd, 2019 from <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0172.pdf>.

Roberts, T. (December 15th, 2016). We spend 90% of Our Time Indoors. Says Who?. Retrieved on March 8th, 2019 from <https://www.buildinggreen.com/blog/we-spend-90-our-time-indoors-says-who>.

Rouwendal, J. (2018). *De woontevredenheid van ouderen in Nederland*. Retrieved on March 10th, 2019 from https://www.netspar.nl/assets/uploads/D20181029_Design-Paper-110-WEB.pdf.

Steps, S. (November 13th, 2018). Wat veranderd er in de WELL v2?. Retrieved on February 27th, 2019 from <http://kernwaardegroen.nl/verandert-er-in-well-v2/>.

Stijlvolouder (n.d.). Levensloopbestendige woning. Retrieved on March 5th, 2019 from <https://www.stijlvolouder.nl/woonconcepten/>.

Timm, S & Austin, W. A. (2019). Approximately 90% of our time is now spent indoors. Retrieved on March 3th, 2019 from <http://delos.com.au/approximately-90-of-our-time-is-now-spent-indoors-heres-how-to-make-your-home-a-healthier-place-to-be/>.

Twigg, J. (2013). *Fashion, the Body, and Age*. Retrieved on April 14th, 2019 from <https://research.kent.ac.uk/caa/wp-content/uploads/sites/194/2017/12/Fashion-the-Body-and-Age.pdf>.

Vastgoedmarkt. (January 22nd, 2019). Record aan kapitaal voor zorgvastgoed. Retrieved on April 2nd, 2019 from <https://www.vastgoedmarkt.nl/beleggingen/nieuws/2019/01/record-aan-kapitaal-voorzorgvastgoed-101140578>.

Velzen, J van. (March 10th, 2017). “Je moet ouderen echt verleiden om te verhuizen”. Retrieved on March 15th, 2019 from <https://www.corporatienl.nl/artikelen/je-moet-ouderen-echt-verleiden-om-te-verhuizen/>.

Verweij, L. (March 7th, 2011). Jong en oud leven in gescheiden werelden. Retrieved on April 4th, 2019 from <https://www.socialevraagstukken.nl/jong-en-oud-leven-in-gescheiden-werelden/>.

Veuger, J. et al (2015), Barometer Zorgvastgoed. Health care real estate international. 2e oplage: 1000 exemplaren, uitverkocht. Lectoraat Maatschappelijk Vastgoed, Kenniscentrum NoorderRuimte, Hanzehogeschool Groningen. Assen: Van Gorcum (186 p).

Veuger, J. et al. (2016), Barometer Maatschappelijk vastgoed 2016: Onderzoeken, trends en ontwikkelingen in zorgvastgoed en gemeentelijk vastgoed. Groningen.

Voedingscentrum (n.d.). Transvest. Retrieved on April 8th, 2019 from <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/transvet.aspx>.

Wereldgezondheidsraad (n.d.). WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the construction. Retrieved on April 3th, 2019 from <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Retrieved on March 2nd, 2019 from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf.

Wittink, L.T. (2011). *Choice modelling*. An overview of theory and development in individual choice behavior modelling. Retrieved on April 7th, 2019 from https://beta.vu.nl/nl/Images/werkstuk-wittink_tcm235-237206.pdf.

WoOn (2015). *Wonen in beweging. De resultaten van het WoonOnderzoek Nederland 2015*. Retrieved on April 5th, 2019 from <https://www.kcwz.nl/doc/cijfers-en-trends/rapport-wonen-in-beweging.pdf>.

WoOn (2018). *Ruimte voor wonen. De resultaten van het WoonOnderzoek Nederland 2018*. Retrieved on April 10th, 2019 from [https://www.woononderzoek.nl/document/Ruimte-voor-wonen--de-resultaten-van-het-WoON2018-\(interactief\)-/174](https://www.woononderzoek.nl/document/Ruimte-voor-wonen--de-resultaten-van-het-WoON2018-(interactief)-/174).

Woonbond (August 8th, 2018). Ouderen willen vaker verhuizen. Retrieved on April 11th, 2019 from <https://www.woonbond.nl/nieuws/ouderen-willen-vaker-verhuizen>.

Woningnet (2013). Woningnet onderzoekt [...] Woonwensen van senioren. Wil de 55+-er wel een seniorenwoning. Retrieved on November 10th, 2018 from <https://www.woningnet.info/OverWoningNet/~/%media/208645E60A80458E880ABCEB4D24886A.ashx>.

Wu, K. (2012). The essence, Classification and Quality of The Different Grades of Information, (3) 3, 403-419. doi:10.3390/info3030403.

Zorgvisie (August 31th, 2017). Goede zorgwoning ondenkbaar zonder kennis over de huurder. Retrieved on April 12th, 2019 from <https://www.zorgvisie.nl/blog/goede-zorgwoning-ondenkbaar-zonder-kennis-over-de-huurder/>.

3Bplus (May 16th, 2016a). How wonen ouderen - de woonwerkelijkheid van ouderen. Retrieved on April 12nd, 2019 from <https://3bplus.nl/hoe-wonen-ouderen-de-woonwerkelijkheid-van-ouderen/>.

3Bplus (May 17th, 2016b). Willen ouderen verhuizen: verhuisgeneigdheid. Retrieved on April 12nd, 2019 from <https://3bplus.nl/willen-ouderen-verhuizen-verhuisgeneigdheid/>.

3Bplus (May 18th, 2016c). De ideale ouderenwoning - verschillen tussen groepen. Retrieved on April 12nd, 2019 from <https://3bplus.nl/de-ideale-ouderenwoning-verschillen-tussen-groepen/>.

3Bplus (May 19th, 2016d). Woonwensen van ouderen - de woning, situatie en omgeving. Retrieved on April 12nd, 2019 from <https://3bplus.nl/woonwensen-van-ouderen-de-woning-situatie-en-omgeving/>.

Illustrations

Figure 1. Investment volume in healthcare real estate.

Capital Value (2019). De woning(beleggings)markt in beeld 2019. Retrieved on February 24th, 2019 from <https://www.omgevingsweb.nl/cms/files/2019-03/de-woningbeleggingsmarkt-in-beeld-2019.pdf>

Figure 2. Investor in healthcare real estate, purchase 2018.

Capital Value (2019). De woning(beleggings)markt in beeld 2019. Retrieved on February 24th, 2019 from <https://www.omgevingsweb.nl/cms/files/2019-03/de-woningbeleggingsmarkt-in-beeld-2019.pdf>

Figure 3. Population of 65 years or older on January 1st, observation prognosis 2017-2060.

CBS (2017). Bevolkingsprognose 2017-2060: 18,4 miljoen inwoners in 2060. Retrieved September 7, 2018, from https://www.cbs.nl/-/media/_pdf/2017/51/bevolkingsprognose-2017-2060-18-4-miljoen-inwoners-in-2060.pdf.

Figure 4. The willingness to move to another house based on the population of 65+ years.

CBS (2018). Ouderen overwegen vaker een verhuizing. Retrieved on September 19th, 2018 from <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/32/ouderen-overwegen-vaker-een-verhuizing>.

Appendices

Table of content

A. WELL v2 feature matrix	p. 94
B. Housing characteristics The Hague	p. 100
C. Housing characteristics Delft	p. 102
D. Final survey ageing population	p. 104
E. Final survey institutional investors	p. 113
F. Outcomes survey ageing population	p. 121
G. Outcomes survey ageing population (additional calculation information)	p. 131
H. Outcomes survey institutional investors	p. 132
I. Outcomes interviews	p. 139

Appendix A.

[WELL v2 feature matrix]

Concept	Features	Intent	Precondition	Optimization	Points	Certificate
AIR	Fundamental Air Quality	Ensure a basic level of indoor air quality that contributes to the health and well-being of building users				
	Smoke-Free environment	Deter smoking, minimize occupant exposure to secondhand smoke and reduce smoke pollution				
	Ventilation Effectiveness	Prevent indoor air quality issues through the provision of adequate ventilation				
	Construction Pollution Management	Minimize the introduction of construction-related pollutants into indoor air, remediate construction-related indoor air contamination for human health and project building projects from degradation				
	Enhanced Air Quality	Encourage and recognize buildings with enhanced levels of indoor air quality that promote the health and well-being of people			4	
	Enhanced Ventilation	Expel internally generated pollutants and improve air quality in the breathing zone through an increased supply of outdoor air or increased ventilation efficiency			3	
	Operable Windows	Increase the supply of high-quality outdoor air and promote a connection to the outdoor environment by encouraging building users to open windows when outdoor air quality is acceptable			2	
	Air Quality Monitoring and Awareness	Monitor indoor air quality issues as well as inform and educate individuals on the quality of indoor environment			2	
	Pollution Infiltration Management	Minimize the introduction of pollutants into indoor air through the building envelop and at building entrances			1	
	Combustion Minimization	Reduce human exposure to combustion-related air pollution from heating and transportation sources			1	
	Source Separation	Preserve indoor air quality and maximize olfactory comfort in occupied spaces through the isolation and proper ventilation of indoor pollution sources and chemical storage areas			1	
	Air Filtration	Remove indoor and outdoor airborne contaminants through air filtration			1	
	Active VOC Control	Mitigate volatile organic compound (VOC) levels through the implementation of advanced air filtration/purification strategies			1	
	Microbe and Mold Control	Reduce mold and bacteria growth through condensation management and reduce levels of microbes with occupied spaces			2	
WATER	Fundamental Water Quality	Limit the presences of sediment and water-borne bacteria levels in water for human contact				
	Water Contaminants	Provide access to drinking water that complies with health-based limits on contaminants				
	Legionella Control	Establish an effective management program that prevents or adequately controls the risk of exposure to legionella bacteria				
	Enhanced Water Quality	Provides access to drinking water without unpleasant taste, odor and appearance			1	

	Water Quality Consistency	Maintain consistent high quality of drinking water			2	
	Drinking Water Promotion	Promote proper hydration through the consumption of drinking water over less healthy alternatives by promoting high quality drinking water accessibility			1	
	Moisture Management	Limit the potential for bacteria and mold growth within buildings from water infiltration and condensation			3	
	Handwashing	Reduce pathogen transmission associated with washing and drying hands			2	

NOURISHMENT	Fruits and Vegetables	Promote the consumption of fruits and vegetables by making fruits and vegetables easily accessible				
	Nutritional Transparency	Help individuals make informed food consumption choices through nutritional labeling and information				
	Refined Ingredients	Help individuals avoid highly processed foods and ingredients		3		
	Food Advertising	Encourage the selection and consumption of healthier food choices through strategic placement and advertising		2		
	Artificial Ingredients	Help individuals avoid artificial colors, flavors, sweeteners and preservatives in food and beverages		1		
	Portion Sizes	Promote healthy portion sizes and reduce unintended overconsumption		1		
	Nutrition Education	Improve dietary habits and eating behaviors and increase nutritional knowledge		1		
	Mindful Eating	Encourage mindful eating behaviors and communal dining opportunities		2		
	Special Diets	Provide alternative food choices to individuals with dietary restrictions or food allergies		2		
	Food preparation	Provide space and supportive amenities for the preparation of meals on-site		1		
	Responsible Food Sourcing	Reduce dietary exposure to pesticides, hormones and antibiotics		1		
	Food Production	Improve access to fresh produce and provide opportunities for on-site food production		2		
	Local Food Environment	Support healthy food access and reduce environmental barriers to healthy eating		1		

LIGHT	Light Exposure and Education	Provide access to indoor light exposure and light education				
	Visual Lighting Design	Provide visual comfort and enhance acuity for all users through electric lighting				
	Circadian Lighting Design	Support circadian health through interventions using electric lighting		3		
	Glare Control	Minimize visual discomfort caused by glare from daylight and electric light		3		
	Enhanced Daylight Access	Support circadian and psychological health through indoor daylight exposure and outdoor views		3		
	Visual Balance	Create lighting environments that enhance visual comfort		1		
	Electric Light Quality	Enhance visual comfort and minimize flicker using electric lighting		2		

	Occupant Control of Lighting Environments	Provide individuals with access to lighting environments that can be customized to their requirements			2	
--	---	---	--	---	---	--

MOVEMENT	Active Buildings and Communities	To promote movement, physical activities and active living through the design of built spaces				
	Visual and Physical Ergonomics	Reduce physical strain and injury, improve ergonomic comfort and workplace safety and general well-being through ergonomic design and education				
	Movement Network and Circulation	Promote daily physical activity and movement through the design of the circulation network			3	
	Active Commuter and Occupant Support	Promote active community through site amenities that support cycling and walking to the workplace			3	
	Site Planning and Selection	Promote active living and physical activity by selecting sites that offer diverse amenities and uses, are in close proximity to mass transit and offer pedestrian and cyclist infrastructure in the surrounding area			3	
	Physical Activity Opportunities	Encourage regular physical activity and exercise through no cost physical activity opportunities and education			3	
	Active Furnishings	Discourage prolonged sitting and sedentary behaviors by providing active workstations and furnishing to as many people in the building as possible			2	
	Physical Activity Space and Equipment	Promote regular physical activity and exercise by providing physical activity spaces and equipment at no cost			2	
	Exterior Active Design	Promote daily physical activity through pedestrian-friendly site amenities			1	
	Enhanced Ergonomics	Audit existing ergonomic conditions and provide access to ongoing consultation, education and resources to improve and maintain ergonomic comfort over time			1	
	Physical Activity Promotion	Encourage physical activity and active lifestyles through diverse monetary and non-monetary incentive offerings			1	
	Self-Monitoring	Promote awareness of healthy behaviors and health metrics by providing access to seniors and wearables			1	

THERMAL COMFORT	Thermal Performance	Ensure that the majority of building users find the thermal environment acceptable				
	Enhanced Thermal Performance	Enhance thermal comfort and promote human productivity by ensuring that a substantial majority of building users (above 80%) perceive their environment as thermally acceptable			3	
	Thermal Zoning	Enhance thermal comfort of people in building through provision of thermal zoning in each space			2	
	Individual Thermal Control	Maximize and personalize thermal comfort among all individuals			3	
	Radiant Thermal Comfort	Maximize volume of the space, reduce dust transmission, improve ventilation control and increase thermal comfort by incorporating radiant heat and cooling systems into the building			2	
	Thermal Comfort Monitoring	Monitor and effectively address unacceptable thermal comfort conditions and inform building manager and users of the thermal comfort parameters of their indoor environment			1	

	Humidity Control	Limit the growth of pathogens, reduce off-gassing and maintain thermal comfort by providing the appropriate level of humidity			1	
--	------------------	---	--	---	---	--

SOUND	Sound Mapping	Incorporate strategic planning and mitigation required to prevent general issues of acoustical disturbance from both externally and internally generated noise				
	Maximum Noise Levels	Establish background noise level criteria for enclosed spaces in order to promote best-practice HVAC and facade design techniques and ultimately bolster acoustical comfort within			3	
	Sound Barriers	Increase the level of speech privacy between horizontally adjacent enclosures and highlight design constraints that may hinder acoustical comfort			3	
	Sound Absorption	Design spaces in accordance with comfortable reverberation times that support speech intelligibility and are conducive to focus			3	
	Sound Masking	Increase acoustical privacy in open workspaces and between enclosed spaces			2	

MATERIALS	Fundamental Materials Precautions	Reduce or eliminate human exposure to building materials known to be hazardous				
	Hazardous Material Abatement	Reduce or eliminate human exposure to hazardous material ingredient byproducts from renovation, repair or demolition work				
	Exterior Materials and Structures	Mitigate environmental contamination and associated hazards resulting from treated outdoor structures and wood-plastic materials				
	Waste Management	Mitigate environmental contamination and associated exposures to hazardous waste			1	
	In-Place Management	Reduce or eliminate exposure to hazardous building material ingredients through in-place management of legacy contaminants			2	
	Site remediation	Mitigate the hazards of contaminated sites and associated human exposure risks			2	
	Pesticide Use	Reduce the presence of pests in buildings primarily through Integrative Pest Management (IPM) and when necessary the use of low-hazard pesticides			1	
	Hazardous Material Reduction	Reduce or eliminate exposure to hazardous heavy metals and phthalates found in building materials			1	
	Cleaning Products and Protocol	Reduce exposure to pathogens, allergens and hazardous cleaning chemicals			2	
	Volatile Compound Reduction	Minimize the impact of hazardous volatile and semi-volatile organic compounds (VOCs and SVOCs) on indoor air quality			3	
	Long-Term Emission Control	Minimize the impact of slow-emitting volatile organic compounds (VOCs) on indoor air quality			3	
	Short-Term Emission Control	Minimize the impact of rapidly emitting volatile organic compounds (VOCs) on indoor air quality			3	
	Enhanced Material Precaution	Minimize the impact of hazardous building material ingredients on indoor air quality, protect the environment and health of workers and help support the demand of safer chemical alternatives			2	
	Material Transparency	Promote material transparency across building material and product supply chain			2	

MIND	Mental Health Promotion	Promote mental health and well-being through a commitment to mental health education, programming and initiatives				
	Access to Nature	Support occupant well-being by incorporating the natural environment through interior and exterior design				
	Mental Health Support	Increase availability of and access to mental health support services and care		3		
	Mental Health Education	Promote mental health awareness and education through the provision of mental health-focused trainings or education offerings		2		
	Stress Support	Identify and manage areas of workplace stress and provide programs that support stress management		2		
	Restorative Opportunities	Support employee well-being by providing opportunities for recovery and restoration through micro- and macro- breaks from the workplace		1		
	Restorative Spaces	Support access to spaces that promote restoration and relief from mental fatigue or stress		1		
	Restorative Programming	Support access to programs that promote restoration and relief from mental fatigue or stress		1		
	Enhanced Access to Nature	Support access to nature beyond M02: Access to Nature by further incorporating nature through interior and exterior design, nature views and access to nearby nature		1		
	Focus Support	Reduce distractions and enable focused work by integrating a stimuli management program within the building		1		
	Sleep Support	Support healthy, restorative and consistent sleep habits among occupants		2		
	Business Travel	Minimize disruptions to employee sleep schedules, stress levels, healthy habits and personal relationships through supportive travel policies		1		
	Tobacco Prevention and Cessation	Reduce the use of tobacco through interventions that prevent tobacco use and support tobacco cessation amount current tobacco users		3		
	Substance Use Education and Services	Increase availability and access to addiction support services, resources and care and prevent the development of substance abuse and addiction among occupants		3		
	Opioid Emergency Response Plan	Have a plan in place and resources available in the case of an acute opioid emergency		3		

COMMUNITY	Health and Wellness Awareness	Promote a deeper understanding of factors that impact human health and well-being				
	Integrative Design	Facilitate a collaborative development process and ensure adherence to collective wellness goals				
	Occupant Survey	Establish minimum standards for the evaluation of experience and self-reported health and well-being of building occupants				
	Enhanced Occupant Survey	Evaluate comfort, satisfaction, behavior change, self-reported health and other robust factors related to the well-being of occupants in buildings		3		
	Health Services and Benefits	Support the overall health and well-being of individuals and their facilities by adopting comprehensive health policies		3		
	Health Promotion	Cultivate a culture that prioritizes the health and well-being of all individuals		3		

	Community Immunity	Protect the overall health and well-being of the building community through seasonal influences prevention and other immunization efforts			2	
	New Parent Support	Ensure new parents can properly care for themselves and their children			3	
	New Mother Support	Provide spaces and policies that encourage and support breastfeeding			3	
	Familiy Support	Support working parents and caregivers and ensure they are able to properly care for members of their family			2	
	Civic Engagement	Encourage the creation of opportunities for individuals to become actively involved in and connected to the surrounding community through engagement and volunteerism			1	
	Organizational Transparency	Promote transparency in organizations through adherence to and disclosure of equitable and inclusive social and business practices			2	
	Accessibility and Universal Design	Provide buildings that are accessible, comfortable and usable by people of all backgrounds and abilities			3	
	Bathroom Accommodations	Provide bathroom that support the needs of all individuals			2	
	Emergency Preparedness	Prepare individuals in case of emergency			3	

Table. Concepts and features WELL v2. (source: International WELL Building Institute, 2019f).

Appendix B.

[Housing characteristics The Hague]

Location:

Esther de Boer van Rijklaan, Benoordenhout The Hague



Healthcare housing characteristics:

35 independent luxury apartments (extramural)

- Free rental sector and owner-occupant sector
- Apartment surface 66 m² - 93 m²
- Balcony
- 2 or 3 room apartment (1 or 2 bedrooms)
- Storage space (Both in appartement and basement)
- Healthcare services

45 nursing homes in 7 small-scale residential forms (intramural)

- Psychogeriatric and somatic residents

Facilities (within the building):

- Restaurant
- Physiotherapist
- Garden and terras
- Sport activities (yoga)
- (domestic) group vacations

Facilities (neighborhood):

Within walking distance

- Shopping centre (daily necessities)
- Park Clingendael
- Public transport
- Day-care for children
- Bakery
- Flower-shop
- Cash machine
- Eye specialist



Atmosphere:



Appendix C.

[Housing characteristics Delft]

Location:

Chopinlaan, Buitenhof Delft



Healthcare housing characteristics:

174 independent social healthcare rental housing

- 169 two room apartments
- 5 three room apartments
- 50 - 70 m²
- Rental price €550

Facilities (within the building):

- Fitness room
- Barber
- Beautician
- Restaurant
- Livingroom
- Garden
- Shop for daily necessities

Facilities (neighborhood):

Within walking distance

- Shopping centre (Voorhof & In de Hoven)



Atmosphere:



Appendix D. [in Dutch due to Dutch participants]

[Zorgvastgoed eisen en de betekenis van de integratie van een WELL certificaat]

Vragenlijst | Vergrijzende bevolking

Dit onderzoek richt zich specifiek op ouderenzorg (CARE) en niet op ziekenhuiszorg (CURE). De vragen hebben betrekking tot extramurale zorg en niet op intramurale zorg.

Om een onderzoek te doen naar de invloed van het hebben van een zorgwoning in combinatie met een 'WELL Certificate' (volgens WELL Building Standard v2), zullen enkele vragen over dit onderwerp worden gesteld in het kader van het afstuderen aan de TU Delft.

Het doel van deze vragenlijst is om algemene informatie over het probleem te verkrijgen: het is onduidelijk wat de specifieke wensen voor zorgwoningen zijn in combinatie met een 'WELL Certificate'. Om hiervan een compleet beeld te krijgen, wordt een enquête met ouderen afgenoem. Hierin worden de zorgwoning karakteristieken onderzocht op zowel woning, wooncomplex als op buurt niveau. De verschillende Concepten die WELL Building Standard v2 kent (*lucht, water, voeding, licht, beweging, thermisch comfort, geluid, materialen, geest en gemeenschap*) worden hierin onderzocht. De haalbaarheid en toegevoegde waarde van een 'WELL Certificate' in een zorgwoning project wordt onderzocht.

Gedurende deze enquête komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Persoonlijke achtergrond informatie;
- Appartement;
- Appartementencomplex;
- Buurt.

De informatie die wordt gedeeld, wordt strikt vertrouwelijk en anoniem behandeld. Dat betekent dat de informatie niet zal worden gedeeld met derden en alleen zal bestaan als naslagwerk voor het onderzoek. Hierdoor zal de informatie niet tot de desbetreffende persoon te herleiden zijn en niet voor andere doeleinde dan bovengestelde worden gebruikt. De reactie van de vergrijzende bevolking zal niet worden gepubliceerd.

Deze enquête bestaat uit 51 vragen: voornamelijk multiple choice en enkele open vragen om uw antwoord kort te motiveren. Zodoende kunnen de interview vragen hierop worden afgestemd. Het invullen van deze enquête neemt 15 - 20 minuten in beslag.

PERSOONLIJKE ACHTERGROND INFORMATIE

Het eerste deel van de vragenlijst gaat over de persoonlijke kenmerken. Vul alstublieft de juiste O in voor het beantwoorden van uw vraag. Slechts één van de antwoorden is mogelijk. Indien meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit aangegeven.

1. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

2. Wat is uw woonsituatie?

- Alleenstaand
- Samenwonend

3. In welke leeftijdscategorie bevindt u zich?

- 65 - 70 jaar
- 71 - 75 jaar
- 76 - 80 jaar
- 81 + jaar

4. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

- Geen opleiding
- Basisonderwijs
- Voortgezet onderwijs
- MBO
- HBO
- WO
- Anders

5. Naar wat voor een appartement gaat uw voorkeur uit?

- Appartement huren
- Appartement kopen

6. Licht uw antwoord op vraag 5 kort toe:

.....
.....

APPARTEMENT

Het tweede deel van de vragenlijst gaat over het appartement. Vul alstublieft de juiste O in voor het beantwoorden van uw vraag. Slechts één van de antwoorden is mogelijk. Indien meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit aangegeven.

7. Beschikt u over een huur appartement of een koop appartement?

- Huur
- Koop

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

8. Indien u op vraag 7 huur beantwoordt, hoeveel huur betaald u per maand?

- 0 - €720,42
- €720,42 - € 1000,00
- €1001,00 - €1500,00
- Meer dan €1501,00

9. Hoe tevreden bent u met uw huidig appartement?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

10. Licht uw antwoord op vraag 9 kort toe:

.....
.....

11. Hoeveel slaapkamers heeft uw appartement?

- 1 slaapkamers
- 2 slaapkamers
- 3 + slaapkamers

12. Hoe tevreden bent u met het aantal slaapkamers in uw appartement?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

13. Hoeveel bedraagt het oppervlakte van uw appartement?

- < 50 m²
- 51 - 70 m²
- 71 - 90 m²
- 91 m² - 120 m²
- > 121 m²

14. Hoe tevreden bent u met het oppervlakte van uw appartement?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

15. Hoe tevreden bent u over de luchtkwaliteit in uw appartement?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

16. Hoe tevreden bent u over de beschikbare buitenruimte in uw appartement?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

17. Naar wat voor een buitenruimte gaat uw voorkeur uit?

- Balkon
- Tuin

18. Hoe tevreden bent u met de daglicht toetreding in uw appartement?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

19. Ervaart u voldoende (nacht)rust in uw appartement?

- Helemaal mee oneens
- Oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

20. Licht uw antwoord op vraag 19 kort toe indien u (te) weinig (nacht)rust ervaart:

.....
.....

21. Hoe tevreden bent u over de gevoelstemperatuur in uw appartement gedurende de zomermaanden?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

22. Hoe tevreden bent u over de gevoelstemperatuur in uw appartement gedurende de winter maanden?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

23. Heeft u behoefte aan het hebben van uitzicht op de natuur?

- Geen behoefte
- Weinig behoefte
- Neutraal
- Behoefte
- Veel behoefte

24. Mist u iets in uw appartement? Graag een korte toelichting

.....
.....

25. Extra ruimte voor een toelichting betreffende vragen over appartement

.....
.....

APPARTEMENTENCOMPLEX

Het derde deel van de vragenlijst gaat over het appartementencomplex . Vul alstublieft de juiste O in voor het beantwoorden van uw vraag. Slechts één van de antwoorden is mogelijk. Indien meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit aangegeven.

26. Hoeveel waarde hecht u aan het hebben van gemeenschappelijke ruimtes in uw appartementencomplex?

- Geen waarde
- Weinig waarde
- Neutraal
- Waarde
- Veel waarde

27. Naar wat voor een gemeenschappelijke ruimte gaat de voorkeur uit?

- Woonkamer
- Speelkamer
- Sportruimte
- Creatieve ruimte

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

28. Naar wat voor een gemeenschappelijke buitenruimte gaat uw voorkeur uit?

- (dak)terras
- Tuin

29. Naar wat voor een gebouwencomplex gaat uw voorkeur uit?

- Gebouwencomplex met alleen extramurale zorg
- Gebouwen complex met extra- en intramurale zorg

30. Heeft u behoefte om een overzicht te ontvangen over de aanwezigheid van (gezonde) voeding?

- Geen behoefte
- Weinig behoefte
- Neutraal
- Behoefte
- Veel behoefte

31. Ervaart u geluidsoverlast in uw wooncomplex?

- Helemaal mee oneens
- Oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

32. Licht uw antwoord op vraag 31 kort toe indien u overlat ervaart. Graag een korte toelichting

.....
.....

33. Hoe tevreden bent u over de gevoelstemperatuur in de openbare ruimtes gedurende de zomermaanden?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

34. Hoe tevreden bent u over de gevoelstemperatuur in de openbare ruimtes gedurende de wintermaanden?

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

35. Mist u iets in uw appartementencomplex? Graag een korte toelichting indien van toepassing

.....
.....

36. Extra ruimte voor een toelichting betreffende vragen over appartementencomplex

.....
.....

BUURT

Het vierde en laatste deel van de vragenlijst gaat over de buurt. Vul alstublieft de juiste O in voor het beantwoorden van uw vraag. Slechts één van de antwoorden is mogelijk. Indien meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit aangegeven.

37. Hoe tevreden bent u met de aanwezigheid van voorzieningen in de buurt?

(Denk hierbij aan voorzieningen die de dagelijkse levensbehoefte ondersteunen)

- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevredens

38. Naar welke voorzieningen gaat uw voorkeur uit?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Supermarkt
- Bakker
- Slager
- Medische dienstverlening (huisarts, apotheek)
- Cosmetische voorzieningen (pedicure, manicure, kapper)
- Restaurant

39. Ervaart u de buurt als voldoende uitnodigend om erop uit te gaan?

- Helemaal mee oneens
- Oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

40. Licht uw antwoord op vraag 39 kort toe:

.....
.....

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

41. Hoe vaak in de week beoefent u een sportactiviteit?

- Nooit
- 1 keer per week
- 2 keer per week
- Meer dan 3 keer per week

42. Beoefent u deze activiteit in gemeenschappelijke vorm?

- Nooit
- Vrijwel nooit
- Neutraal
- Soms
- Altijd

43. Heeft u behoefte aan het hebben van meer groen (natuur) in uw buurt?

- Geen behoefte
- Weinig behoefte
- Neutraal
- Behoefte
- Veel behoefte

44. Naar wat voor een buurt gaat uw voorkeur uit?

- Een buurt waar voornamelijk studenten wonen
- Een buurt waar voornamelijk jonge gezinnen wonen
- Een buurt waar voornamelijk een vergelijkbare doelgroep woont
- Gemengd (*student, jonge gezinnen en vergelijkbare doelgroep*)

45. Naar wat voor een woonomgeving gaat u voorkeur uit?

- Stedelijke omgeving
- Landelijke/bosrijke omgeving
- Geen voorkeur

46. Licht uw antwoord op vraag 45 kort toe:

.....
.....

47. Mist u iets in uw buurt? Graag een korte toelichting indien van toepassing

.....
.....

48. Extra ruimte voor een toelichting betreffende vragen over buurt

.....
.....

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

49. Bent u bereid om extra te betalen voor een appartement, een appartementencomplex en een buurt die bijdraagt aan uw gezondheid en welzijn?

- Nee, niet bereid om hiervoor te betalen
- Misschien, ik heb meer informatie nodig
- Ja, ik ben bereid om hiervoor te betalen

50. Licht uw antwoord op vraag 49 kort toe:

51. Hoeveel bent u bereid om per maand extra te betalen?

- €0
- Minder dan €20
- €21 - €30
- €31 - €40
- €41 - €50
- Meer dan €51

[Dit is het einde van de vragenlijst]

DANK VOOR UW DEELNAME!

Appendix E. [in Dutch due to Dutch participants]

[Zorgvastgoed eisen en de betekenis van de integratie van een WELL certificaat]

Vragenlijst | Belegger

Dit onderzoek richt zich specifiek op ouderenzorg (CARE) en niet op ziekenhuiszorg (CURE). De vragen hebben betrekking tot extramurale zorg en niet op intramurale zorg.

Om een onderzoek te doen naar de invloed van het hebben van een zorgwoning in combinatie met een 'WELL Certificate' (volgens WELL Building Standard v2), zullen enkele vragen over dit onderwerp worden gesteld in het kader van het afstuderen aan de TU Delft.

Het doel van deze vragenlijst is om algemene informatie over het probleem te verkrijgen: het is onduidelijk wat de specifieke wensen voor zorgwoningen zijn in combinatie met een 'WELL Certificate'. Om hiervan een compleet beeld te krijgen, wordt een soortgelijke enquête met ouderen afgenoem. Hierin worden de zorgwoning karakteristieken onderzocht op zowel woning, wooncomplex als op buurt niveau. De verschillende Concepten die WELL Building Standard v2 kent (lucht, water, voeding, licht, beweging, thermisch comfort, geluid, materialen, geest en gemeenschap) worden hierin onderzocht. Aan de hand van beide enquêtes, van de ouderen en van de beleggers, wordt een Programma van Eisen opgesteld. De haalbaarheid en toegevoegde waarde van een 'WELL Certificate' in een zorgwoning project wordt onderzocht.

Gedurende deze enquête komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Persoonlijke achtergrond informatie;
- Beleggen in zorgwoningen;
- Eigenschappen zorgwoningen;
- Financiële componenten;
- De integratie van een WELL certificaat.

De informatie die wordt gedeeld, wordt strikt vertrouwelijk en anoniem behandeld. Dat betekent dat de informatie niet zal worden gedeeld met derden en alleen zal bestaan als naslagwerk voor het onderzoek. Hierdoor zal de informatie niet tot de desbetreffende belegger te herleiden zijn en niet voor andere doeleinde dan bovengestelde worden gebruikt. De reactie zal niet worden gepubliceerd.

Deze enquête bestaat uit 40 vragen: voornamelijk multiple choice en enkele open vragen om uw antwoord kort te motiveren. Zodoende kunnen de interview vragen hierop worden afgestemd. Het invullen van deze enquête neemt 10 a 15 minuten in beslag.

PERSOONLIJKE ACHTERGROND INFORMATIE

Het eerste deel van de vragenlijst gaat over de persoonlijke kenmerken. Vul alstublieft de juiste O in voor het beantwoorden van uw vraag. Slechts één van de antwoorden is mogelijk. Indien meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit aangegeven.

1. Voor welk bedrijf werkt u?

.....

2. Omschrijf in het kort uw functie:

.....
.....
.....

3. Hoelang is uw bedrijf actief in het ontwikkelen van zorgwoningen?

- Minder dan 2 jaar
- 3 - 5 jaar
- Meer dan 5 jaar

4. Hoelang heeft u ervaring in het ontwikkelen van zorgwoningen?

- Minder dan 2 jaar
- 3 - 5 jaar
- Meer dan 5 jaar

BELEGGEN IN ZORGWONINGEN

Het tweede deel van de vragenlijst gaat over het beleggen in zorgwoningen. Vul alstublieft de juiste O in voor het beantwoorden van uw vraag. Slechts één van de antwoorden is mogelijk. Indien meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit aangegeven.

5. Hoeveel interesse heeft u op dit moment om te investeren in zorgwoningen?

- Geen interesse
- Weinig interesse
- Neutraal
- Interesse
- Veel interesse

6. Licht uw antwoord op vraag 5 kort toe:

.....
.....
.....

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

7. Wat zijn uw doelstellingen ten aanzien van zorgwoningen binnen nu en 5 jaar? Graag een korte toelichting

.....
.....
.....

8. Wat zijn uw doelstellingen ten aanzien van zorgwoningen over 5 a 10 jaar? Graag een korte toelichting

.....
.....
.....

9. Naar wat voor zorgvastgoed gaat uw voorkeur uit?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- Extramurale zorgcomplexen
- Intramurale zorgcomplexen
- Combinatie van extra- en intramurale zorgcomplexen

10. Ligt uw antwoord op vraag 9 kort toe:

.....
.....
.....

11. Voor welke doelgroep wenst u zorgwoningen te ontwikkelen?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk

- Sociale sector huren
- Vrije sector huren
- Vrije sector kopen

12. Licht uw antwoord op de vorige vraag kort toe:

.....
.....

EIGENSCHAPPEN ZORGWONINGEN

Het derde deel van de vragenlijst gaat over de eigenschappen van zorgwoningen. Vul alstublieft de juiste O in voor het beantwoorden van uw vraag. Slechts één van de antwoorden is mogelijk. Indien meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit aangegeven.

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

13. Waar gaat uw voorkeur naar uit?

- Kleinschalig project
- Grootscalig project

14. Hoeveel bedraagt het minimaal aantal zorgwoningen waarin u wenst te investeren?

.....

15. Hoeveel bedraagt het oppervlakte van zorgwoningen waarin u wenst te investeren?

- Kleiner dan 50 m²
- 51 - 70 m²
- 71 - 90 m²
- 91 - 120 m²
- Grooter dan 121 m²

FINANCIËLE COMPONENTEN

Het vierde deel van de vragenlijst gaan over de financiële componenten. Vul alstublieft de juiste O in voor het beantwoorden van uw vraag. Slechts één van de antwoorden is mogelijk. Indien meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit aangegeven.

16. Wat is uw gewenste exploitatieperiode wanneer u investeert in zorgwoningen?

- Minder dan 5 jaar
- 6 - 10 jaar
- 11 - 15 jaar
- 16 - 20 jaar
- Meer dan 20 jaar

17. Hoe schat u het risico in door te investeren in zorgwoningen binnen nu en 5 jaar?

- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

18. Licht uw antwoord op vraag 17 kort toe:

.....
.....
.....

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

19. Hoe schat u het risico in door te investeren in zorgwoningen binnen nu en 5 jaar ten opzichte van kantoorgebouwen?

- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

20. Licht uw antwoord op vraag 19 kort toe:

.....
.....
.....

21. Hoe schat u het risico in door te investeren in zorgwoningen binnen nu en 5 jaar ten opzichte van reguliere woningbouw?

- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

22. Licht uw antwoord op vraag 21 kort toe:

.....
.....
.....

23. Hoe schat u het risico in door te investeren in zorgwoningen over 5 a 10 jaar?

- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

24. Licht uw antwoord op vraag 23 kort toe:

.....
.....
.....

25. Hoe schat u het risico in door te investeren in zorgwoningen over 5 a 10 jaar ten opzichte van kantoorgebouwen?

- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

26. Licht uw antwoord op vraag 25 kort toe:

.....
.....
.....

27. Hoe schat u het risico in door te investeren in zorgwoningen over 5 a 10 jaar ten opzichte van reguliere woningmarkt?

- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

28. Licht uw antwoord op vraag 27 kort toe:

.....
.....
.....

29. Hoe schat u de IRR voor zorgwoningen in ten opzichte van kantoorgebouwen?

- Veel lager
- Lager
- Neutraal
- Hoger
- Veel hoger

30. Hoe schat u de IRR voor zorgwoningen in ten opzichte van reguliere woningmarkt?

- Veel lager
- Lager
- Neutraal
- Hoger
- Veel hoger

31. Hoe schat u de BAR voor zorgwoningen in ten opzichte van kantoorgebouwen?

- Veel lager
- Lager
- Neutraal
- Hoger
- Veel hoger

32. Hoe schat u de BAR voor zorgwoningen in ten opzichte van reguliere woningmarkt?

- Veel lager
- Lager
- Neutraal
- Hoger
- Veel hoger

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

DE INTEGRATIE VAN EEN WELL CERTIFICAAT

Het vijfde, en laatste deel van deze vragenlijst gaat over het WELL certificaat (v2). Vul alstublieft de juiste O in voor het beantwoorden van uw vraag. Slechts één van de antwoorden is mogelijk. Indien meerdere antwoorden mogelijk zijn wordt dit aangegeven.

33. In hoeverre bent u bekend met een WELL certificaat?

- Onbekend
- Enigszins bekend
- Neutraal
- Goed bekend
- Zeer goed bekend

34. Wat verstaat u onder een WELL certificaat? Graag een korte toelichting

.....
.....
.....

35. In hoeverre verwacht u dat een WELL certificaat een positieve bijdrage levert aan uw GRESB score?

- Zeer lage bijdrage
- Lage bijdrage
- Neutraal
- Hoge bijdrage
- Zeer hoge bijdrage

36. Licht uw antwoord op vraag 35 kort toe:

.....
.....
.....

37. Bent u als belegger bereid om extra te investeren om een WELL certificaat te kunnen behalen?

- Niet bereid
- Misschien
- Neutraal
- Bereid
- Heel erg bereid

38. Licht uw antwoord op vraag 37 kort toe:

.....
.....
.....

[deze vragenlijst gaat verder op de volgende pagina]

39. Wat spreekt u het meest aan:

- Implementeer alle 10 WELL concepten (*hiermee wordt een WELL certificaat behaald*)
- Implementeer enkele WELL concepten (*hiermee wordt geen WELL certificaat behaald*)

40. Licht uw antwoord op vraag 39 kort toe:

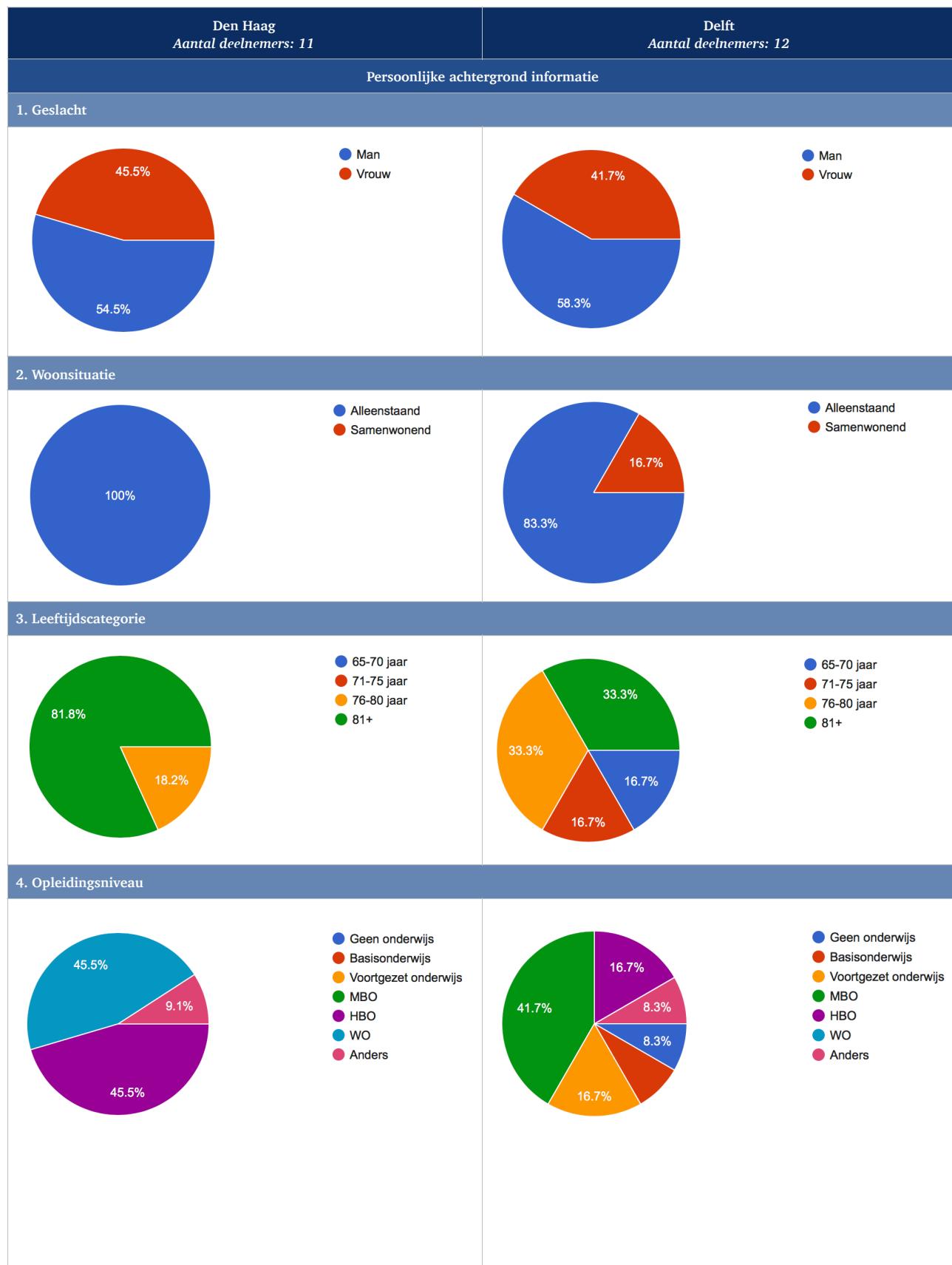
.....
.....
.....

[*Dit is het einde van de vragenlijst*]

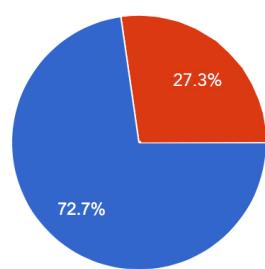
DANK VOOR UW DEELNAME!

Appendix F [in Dutch due Dutch participants]

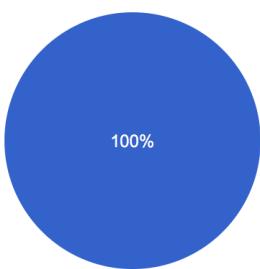
[Uitkomsten enquête vergrijzende bevolking Den Haag & Delft]



5. Voorkeur voor type appartement



● Huurwoning
● Koopwoning



● Huurwoning
● Koopwoning

6. Toelichting op vraag 5

Meest voorkomende antwoorden

Huren

- Geen onderhoud
- Altijd een huurwoning gehad (in verband met werk)

Kopen

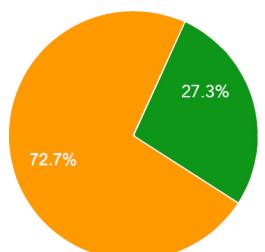
- Ik heb altijd een koopwoning gehad vandaar de keuze om dit appartement te kopen
- Door stijgende huurprijzen is destijds besloten om het appartement te kopen

Meest voorkomende antwoorden

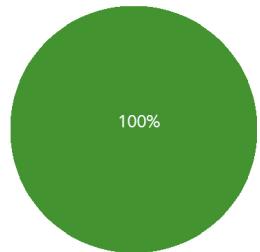
Huren

- Altijd een huurwoning gehad
- Geen onderhoud
- Vroeger heb ik wel een koopwoning gehad, maar omdat ik nu alleen ben is de keuze uitgegaan naar een huurwoning
- Vroeger had ik wel een koopwoning maar door omstandigheden kon ik niet meer in mijn woning blijven wonen

7. Huidig type appartement

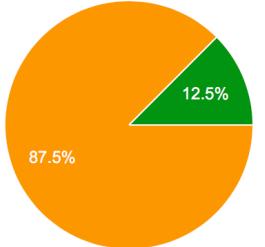


● Huurwoning
● Koopwoning

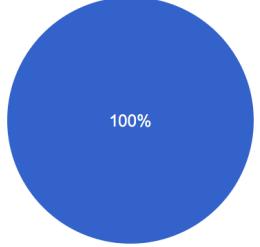


● Huurwoning
● Koopwoning

8. Huur per maand (indien van toepassing)

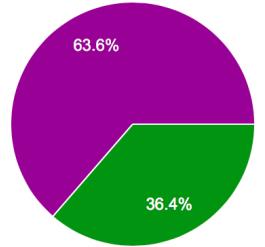


● 0 - €720,42
● €720,43 - €1000,00
● €1001,00 - €1500,00
● Meer dan €1501,00

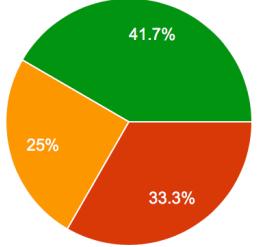


● 0 - €720,42
● €720,43 - €1000,00
● €1001,00 - €1500,00
● Meer dan €1501,00

9. Tevredenheid appartement (over het algemeen)



● Zeer ontevreden
● Ontevreden
● Neutraal
● Tevreden
● Zeer tevreden



● Zeer ontevreden
● Ontevreden
● Neutraal
● Tevreden
● Zeer tevreden

10. Toelichting op vraag 9

Meest voorkomende antwoorden

Positief

- Voldoende daglicht
- Ruime kamers
- Uitzicht op een levendige (oa. kinderdagverblijf) en groene omgeving
- Voldoende bewegingsvrijheid en praktisch ingedeeld
- Geen geluidsoverlast
- Makkelijk toegankelijk
- Het gebouw en de woning zijn voldoende zichtbaar zowel overdag als in de avond
- Voldoende plek om spullen op te bergen
- Het hebben van een balkon is prettig
- Voldoende privacy

Meest voorkomende antwoorden

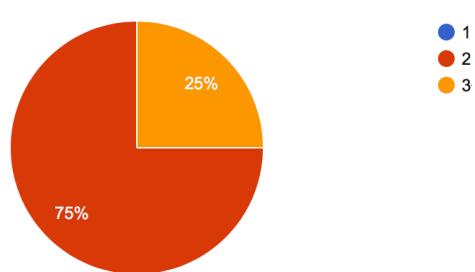
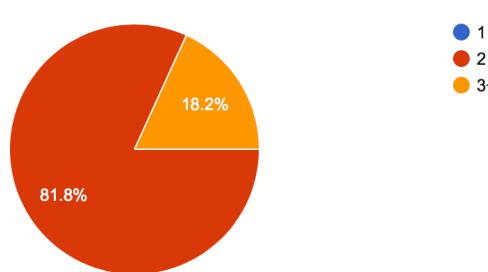
Negatief

- Het appartement is gedateerd
- Gehorig
- Onvoldoende bergruimte
- Het bijbehorende balkon is erg klein
- Geen aangename binnenlucht (op openbare gangen naar appartement)

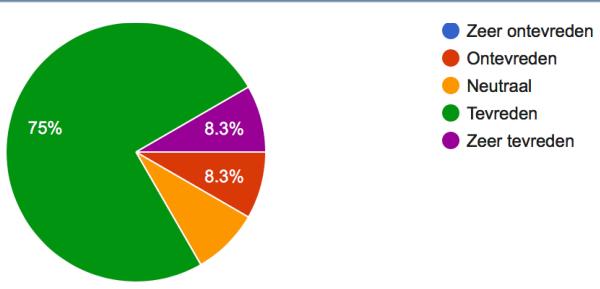
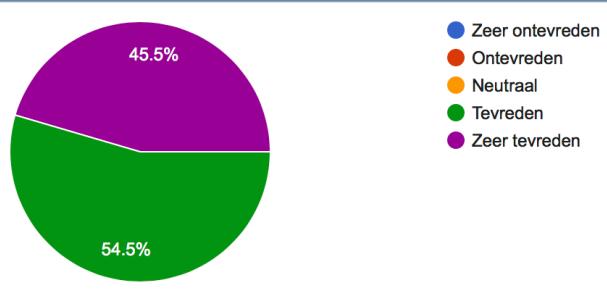
Positief

- Voldoende daglicht
- Ruim appartement (van alle gemakken voorzien)

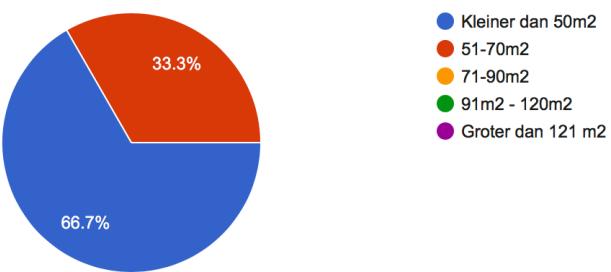
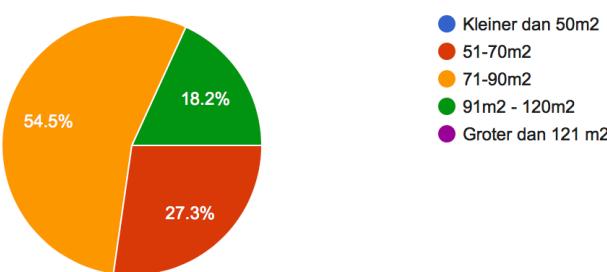
11. Aantal slaapkamers



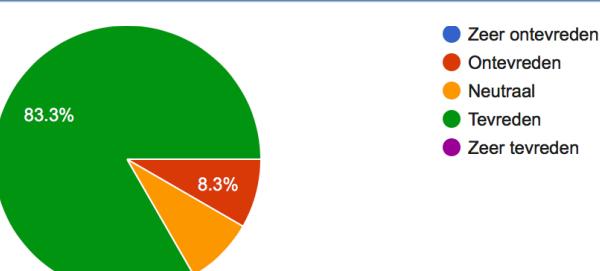
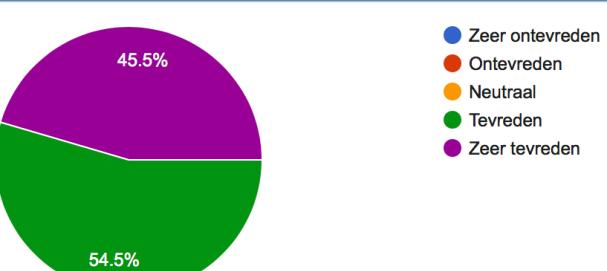
12. Tevredenheid slaapkamers



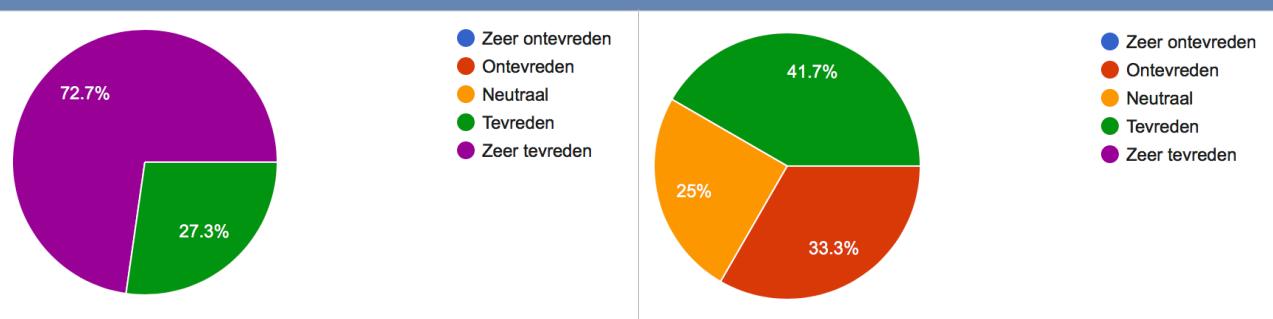
13. Oppervlakte van appartement



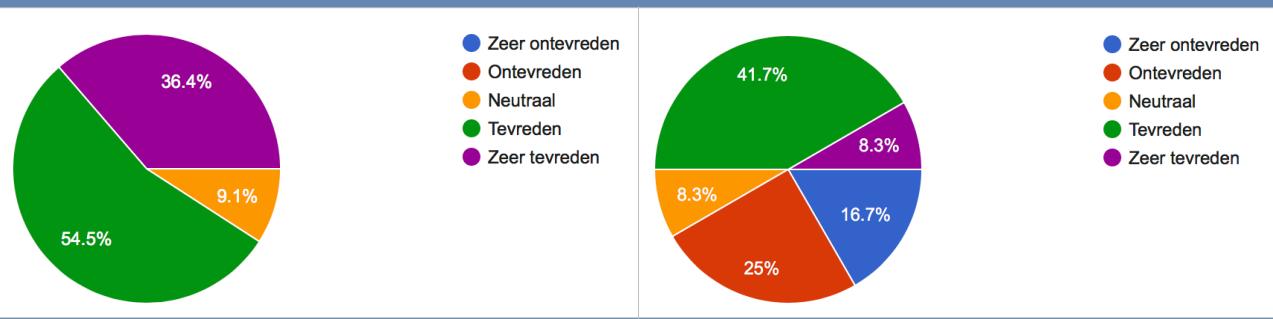
14. Tevredenheid oppervlakte



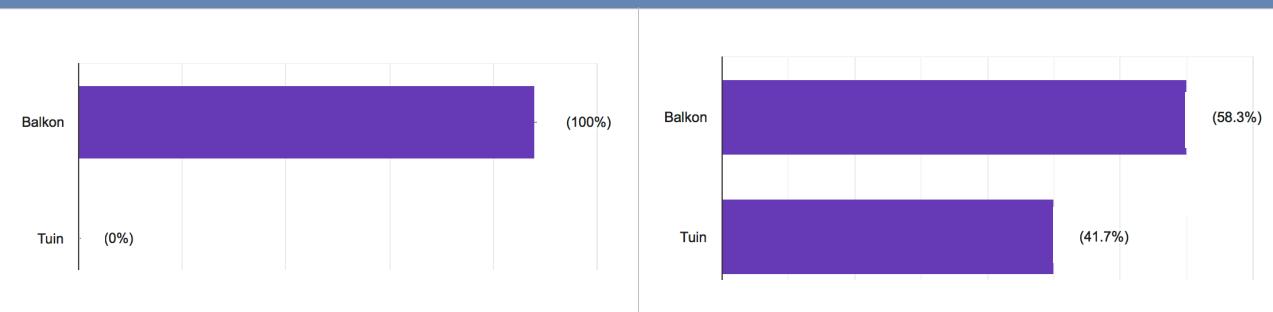
15. Tevredenheid luchtkwaliteit appartement



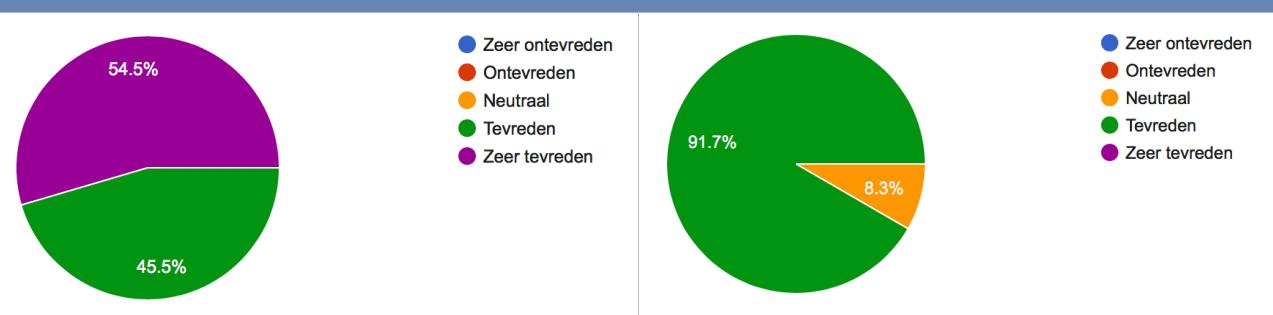
16. Tevredenheid buitenruimte appartement



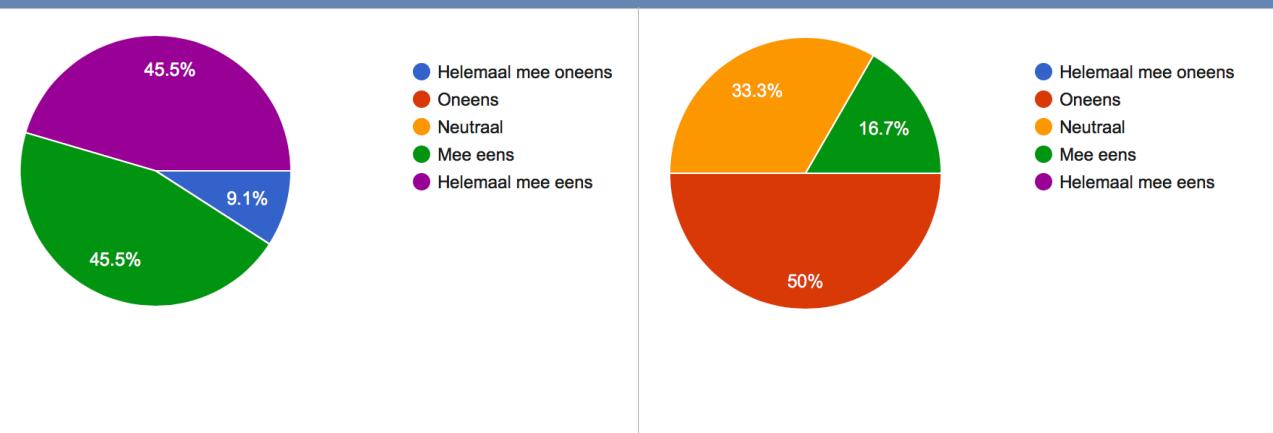
17. Buitenruimte voorkeur



18. Tevredenheid daglichttoetreding



19. Voldoende (nacht)rust



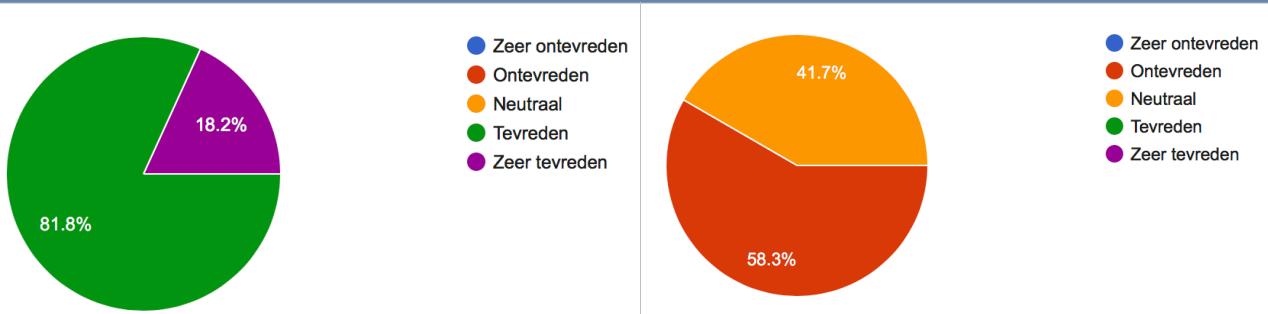
20. Toelichting op vraag 19

- Niet van toepassing

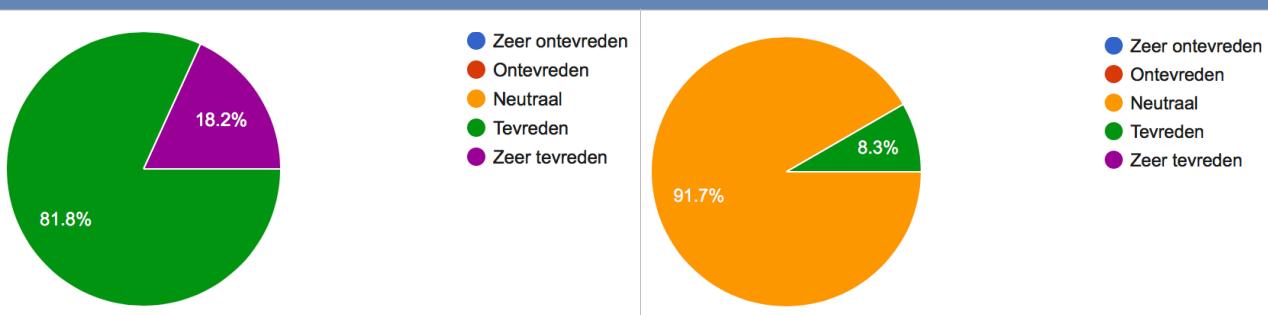
Meest voorkomende antwoorden

- Gehorig (hoort vaak de buren)

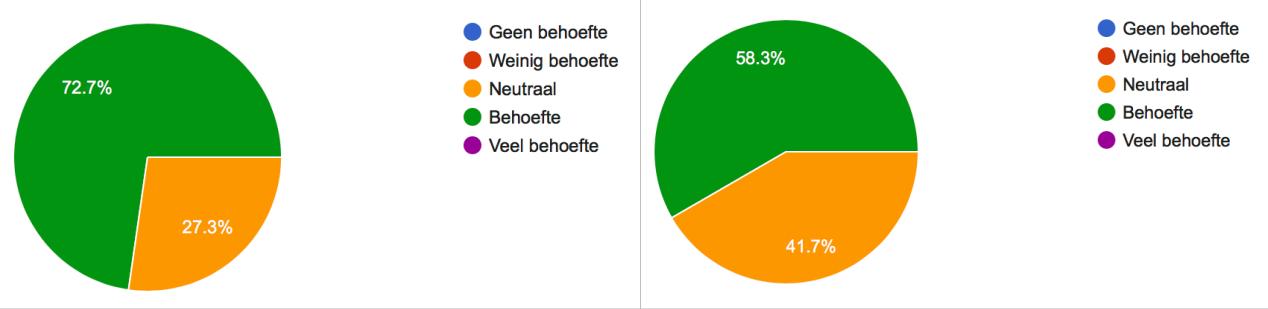
21. Tevredenheid gevoelstemperatuur in appartement (zomer maanden)



22. Tevredenheid gevoelstemperatuur in appartement (winter maanden)



23. Behoefte aan uitzicht op natuur



24. Minpunten aan appartement

Meest voorkomende antwoorden

- De buitenruimte is gesitueerd op het noorden waardoor minder aantrekkelijk
- Het balkon is relatief klein

Meest voorkomende antwoorden

- Te kleine bergruimte
- Gehorig
- Gedateerd
- In de zomer maanden is het heel warm in het appartement
- Het balkon is erg klein

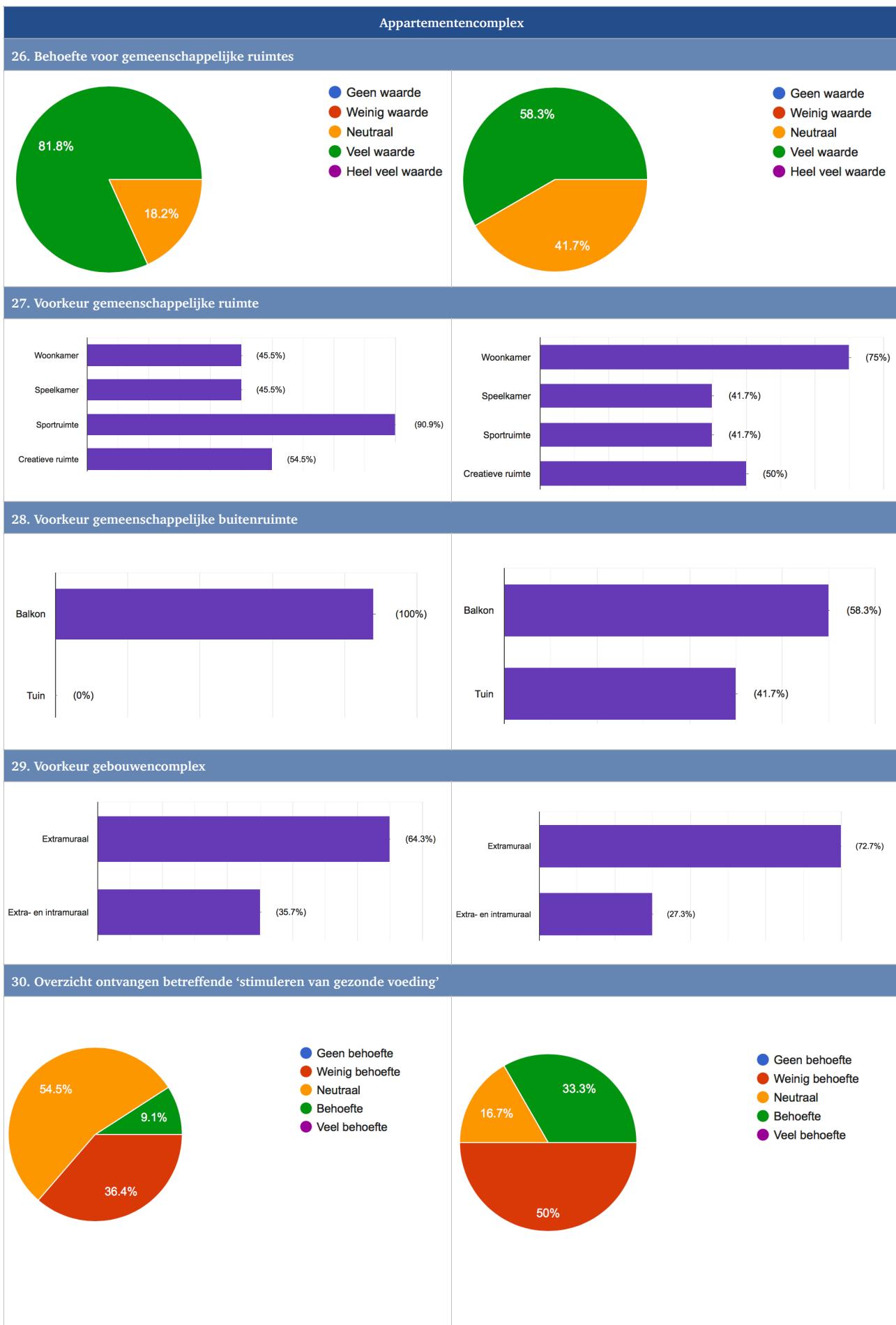
25. Extra ruimte voor toelichting over vragen appartement

Meest voorkomende antwoorden

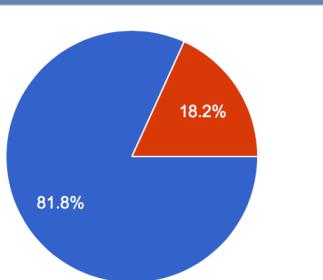
- Een bos is op loopafstand aanwezig, dus een extra groene omgeving is niet nodig
- Het uitzicht op een groene omgeving werkt stimulerend om erop uit te gaan
- De aanwezigheid van een kinderdagverblijf zorgt voor een levendige omgeving (iets om naar te kijken)

Meest voorkomende antwoorden

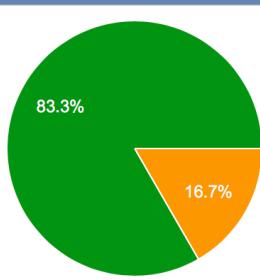
- Niet van toepassing



31. Geluidsoverlast



- Helemaal mee oneens
- Oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens



- Helemaal mee oneens
- Oneens
- Neutraal
- Mee eens
- Helemaal mee eens

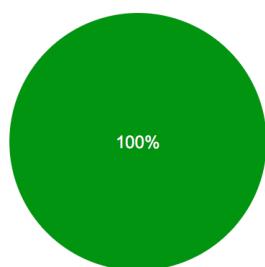
32. Toelichting op vraag 31

- Niet van toepassing

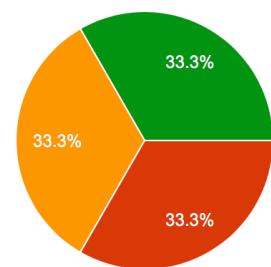
Meest voorkomende antwoord

- De tussenmuren in de woning zijn dun waardoor ik de buren vaak hoor
- Het geluid wordt in de openbare gangen onvoldoende geabsorbeerd waardoor het geluid doordringt in het appartement

33. Tevredenheid gevoelstemperatuur openbare ruimtes (zomer maanden)

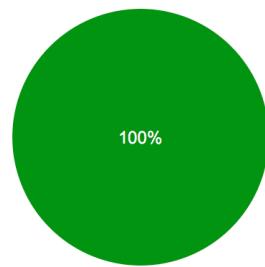


- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

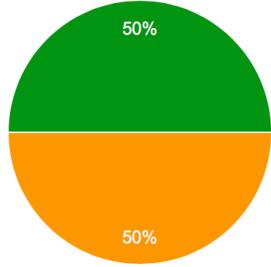


- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

34. Tevredenheid gevoelstemperatuur openbare ruimtes (winter maanden)



- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden



- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

35. Minpunten aan appartementencomplex

- Niet van toepassing

Meest voorkomende antwoord

- De openbare gangen zien er somer en oud uit
- Vaak een onaangename geur op de gangen

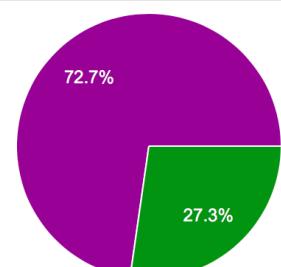
36. Extra ruimte voor toelichting over vragen appartementencomplex

- Niet van toepassing

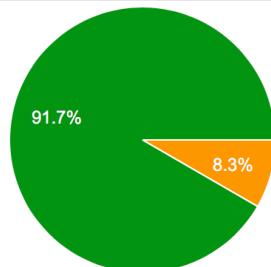
- Niet van toepassing

Buurt

37. Tevredenheid aanwezige voorzieningen

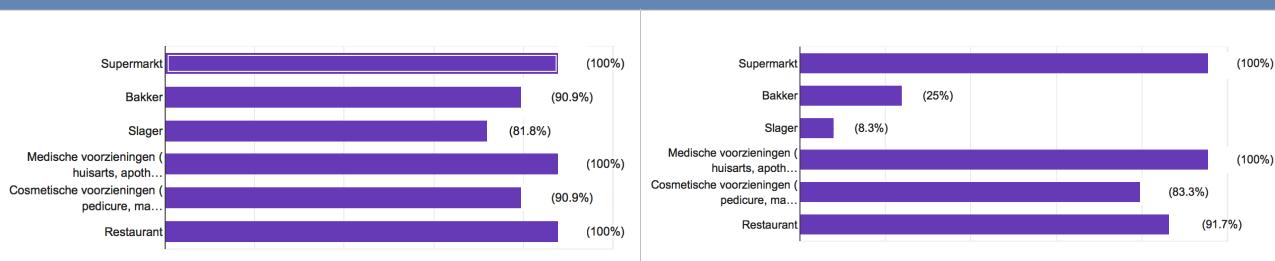


- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

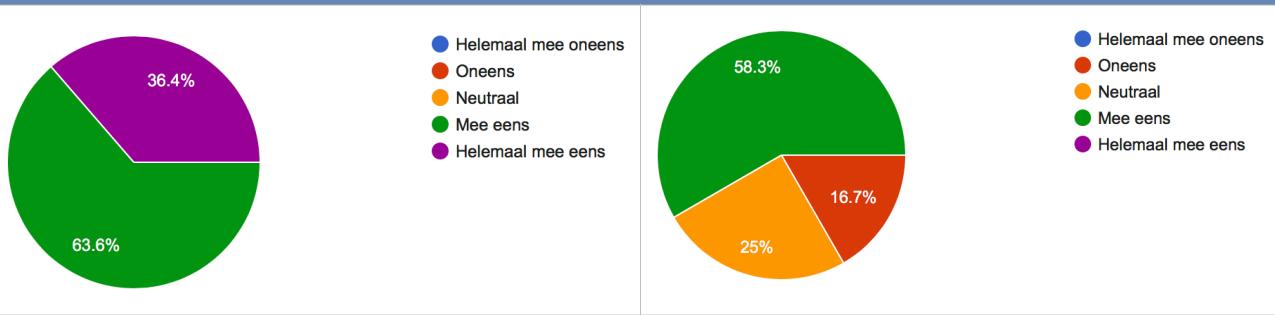


- Zeer ontevreden
- Ontevreden
- Neutraal
- Tevreden
- Zeer tevreden

38. Voorkeur voor voorziening(en)



39. Buurt voldoende uitnodigend om erop uit te gaan



40. Toelichting op vraag 39

Meest voorkomende antwoorden

Positief

- Alle dagelijkse benodigheden zijn op loopafstand aanwezig
- Graag maak ik een wandeling door het bos en de dagelijkse boodschappen haal ik zelf op. Zodoende kom ik in contact met de buurt en blijf ik fit en gezond
- Bos in de omgeving om te wandelen
- Een combinatie van bos en een klein winkelcentrum in de buurt maakt het een aantrekkelijke omgeving om in te wonen
- De groepsactiviteiten die worden georganiseerd in het woningcomplex zorgen ervoor dat ik erop uit trek

Meest voorkomende antwoorden

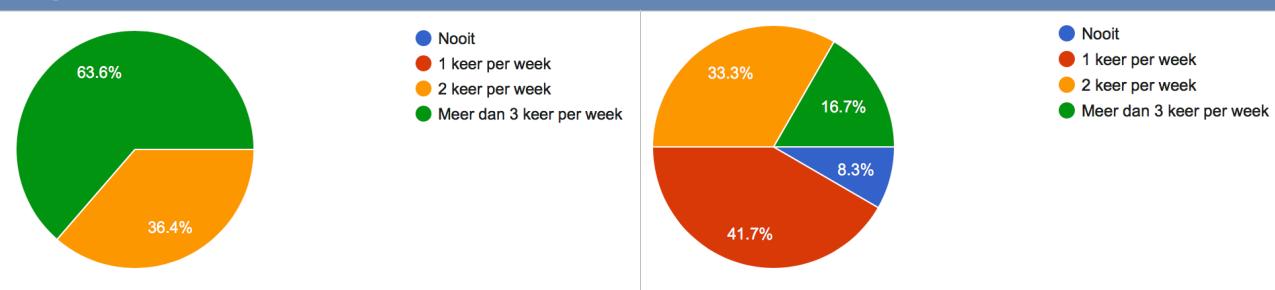
Negatief

- De buurt is niet sfeervol. 'S avonds voelt het erg onveilig aan om erop uit te gaan
- Het complex is erg slecht verlicht in de avond

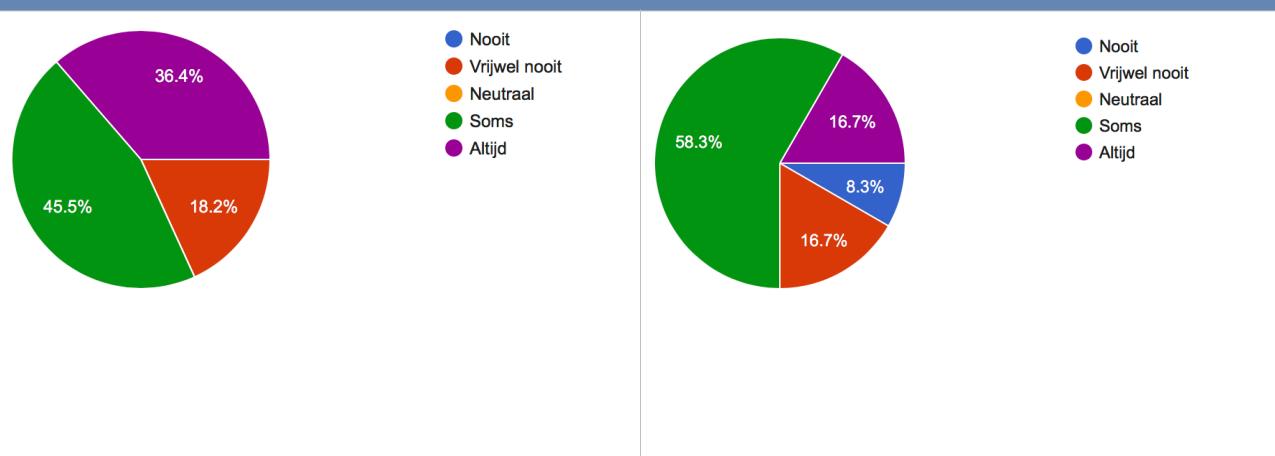
Positief

- Overdag maak ik vaak een wandeling naar de stad of naar de supermarkt
- Ik maak dagelijks een rondje op de fiets naar zowel het centrum van Delft als richting Rotterdam
- Op loopafstand een klein winkelcentrum aanwezig waar ik alle benodigheden haal en waar ik andere mensen ontmoet

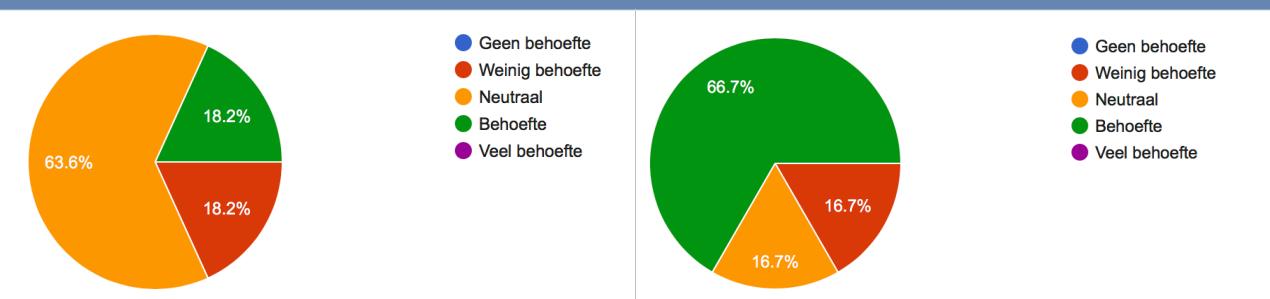
41. Sportactiviteit



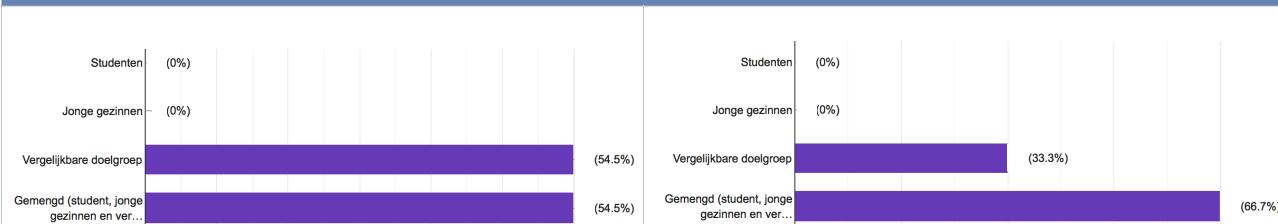
42. Sportactiviteit in gemeenschappelijke vorm



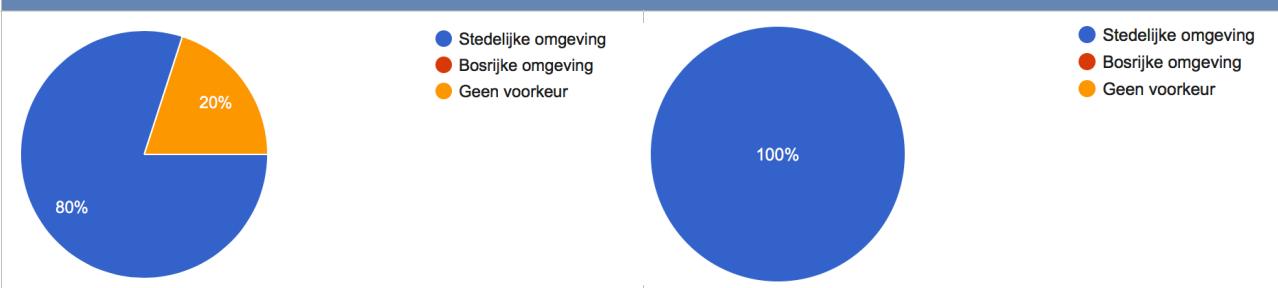
43. Behoefte aan het hebben van meer groen (natuur) in de buurt



44. Voorkeur voor type buren



45. Voorkeur voor woonomgeving



46. Toelichting vraag 45

Meest voorkomende antwoorden

- Voorheen heb ik altijd in een bosrijke omgeving gewoond. Nu ik ouder ben gaat de voorkeur uit naar een levendige omgeving zodat ik iets te zien heb (afleiding)
- Er is al voldoende groen aanwezig in de omgeving (een bos is op loopafstand aanwezig).
- Het is leuk om naar de speelende kinderen van het kinderdagverblijf te kijken. Ook ga ik graag naar het theater en naar de stad voor afleiding
- Het maakt mij niet zoveel uit. Wanneer het een omgeving betreft waarin verschillende voorzieningen worden aangeboden ben ik al snel tevreden
- Desondanks dat ik heel erg van natuur hou, vind ik het ook heerlijk om in een levendige omgeving te wonen waar veel te zien is. In het kleine winkelcentrum ontmoet ik mensen wanneer ik boodschappen haal.
- De sociale interactie en het wonen in een levendige omgeving vind ik belangrijk

Meest voorkomende antwoorden

- Ik vind het plezierig om in een omgeving te wonen waar iets te zien is (het lijkt mij dat dit in een bosrijke omgeving minder aanwezig is)
- Ik hou niet van een bosrijke omgeving
- Wij houden van dingen ondernemen en er samen op uit gaan. Naar ons inziens is dit voornamelijk mogelijk in een stedelijke omgeving. Wij gaan graag naar het centrum van Delft toe
- Voor mijn gevoel kan een bosrijke omgeving vaak al snel donker zijn. Ik hou van een lichte plek
- Ik loop graag door een stedelijke omgeving ipv door een bosrijke omgeving. Hier voel ik mijzelf veiliger

47. Minpunten aan de buurt

- Niet van toepassing

Meest voorkomende antwoorden

- In de avond is de buurt niet aantrekkelijk om erop uit te gaan

48. Extra ruimte voor toelichting over vragen appartementencomplex

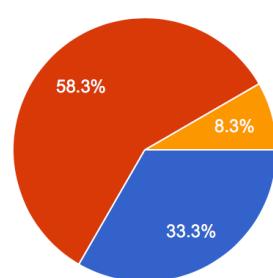
Meest voorkomende antwoorden

- Het is een plezierige omgeving om in te wonen door de aanwezigheid van voorzieningen in de buurt
- Het is niet nodig om nog meer groen rondom het complex aan te brengen. De omgeving is voldoende groen en het bos is op loopafstand aanwezig

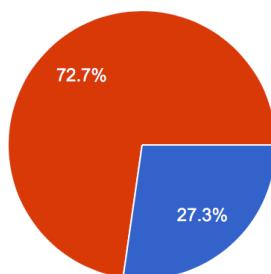
Meest voorkomende antwoorden

- Het zou fijn zijn wanneer het gebouw in de avond meer wordt verlicht/zichtbaar wordt

49. Bereidheid om te investeren in een gezonder(e) appartement, appartementscomplex en buurt



● Niet bereid
● Misschien
● Bereid



● Niet bereid
● Misschien
● Bereid

50. Toelichting op vraag 49

Meest voorkomende antwoorden

Niet bereid

- Eigenlijk ben ik nu al tevreden met alle voorzieningen en faciliteiten in het gebouw. Ook beweeg ik zelf nog voldoende en voel ik mijzelf daardoor fit en gezond
- Ik doe nog zelfstandig boodschappen (te voet) en maak graag dagelijks een wandeling. Hierdoor blijf ik fit en gezond. Ook het appartement voldoet aan alle benodigdheden en beheerst over de gewenste kwaliteit
- Geen behoefte
- Mijn omgeving draagt in voldoende mate bij aan het creëren van een gezonde omgeving. Op dit moment zie ik hierin niet de toegevoegde waarde
- Ik leef al heel gezond

Misschien

- Misschien, zoals het nu is vind ik het prima. Wanneer ik de toegevoegde waarde beter begrijp ben ik wellicht in staat om hier aan bij te dragen
- Ik denk dat het altijd goed is om de gezondheid en het welzijn te stimuleren. Maar nu leef ik al gezond en ik vraag mijzelf af of een extra bijdrage helpt om dit te stimuleren. De omgeving zorg ervoor dat ik een wandeling kan maken en door de georganiseerde zit-yoga beweeg ik wekelijks ook op een andere manier
- Ik vind het op dit moment lastig om de toegevoegde waarde te begrijpen omdat ik gezond leef en dagelijks voldoende beweeg
- Op dit moment zijn (extra) baten betreffende het creëren van een 'nog' gezonde appartement, appartementencomplex en buurt onbekend. Graag wil ik beter begrijpen om een definitieve keuze te kunnen maken

Bereid

- Het stimuleren van meer gemeenschappelijke uitstapjes lijkt mij gezellig
- Het klinkt interessant, ik ben alleen benieuwd naar de exacte invulling hiervan
- Het klinkt interessant maar voor mijn gevoel leef ik al gezond en beweeg ik voldoende

Meest voorkomende antwoorden

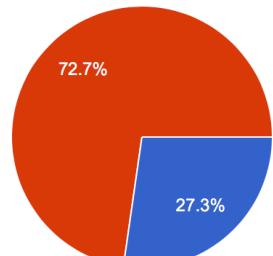
Niet bereid

- Ik wil hiervoor niet extra betalen, dat kan ik niet missen per maand

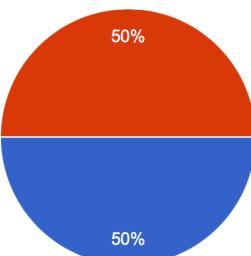
Misschien

- Voor nu vind ik dit lastig om in te schatten. Graag zou ik willen weten wat hiervan de gevolgen zijn en wat het daadwerkelijk voor mij oplevert
- Ik zou graag wat meer naar buiten willen gaan, maar zoals ik zei is de buurt/omgeving minder aantrekkelijk. Graag zou ik willen weten wat de extra bijdrage precies inhoudt en hoe dit zich verhoudt tot de daadwerkelijk vormgeving en daardoor tot mijn bereidheid om meer te gaan bewegen
- Op dit moment vind ik dit moeilijk te beoordelen. Graag zou ik willen weten welke baten ik zal ervaren wanneer het appartement, appartementencomplex en buurt bijdraagt aan mijn gezondheid en welzijn. Hoe dit wordt gerealiseerd, daar ben ik benieuwd naar.
- Graag wil ik in contact komen met andere mensen. Dit kan bijvoorbeeld door smaken te sporten/wandelen of andere dingen te doen die betrekking hebben tot mijn gezondheid en het welzijn
- Ik zou graag willen weten hoe de exacte invulling hiervan eruit ziet. Ook wil ik graag wat meer dingen ondernemen met omwonende om erop uit te gaan
- Ik doe elke ochtend aan fitness oefeningen en ik fiets dagelijks
- Wij bewegen wel voldoende maar wij zijn wel benieuwd naar de exacte invulling hiervan. Alleen zijn wij niet bereid om hiervoor extra te betalen

51. Maandelijkse bijdrage voor een gezonder(e) appartement, appartementencomplex en buurt



● 0 euro
● Minder dan €20
● €21-€30
● €31-€40
● €41-€50
● Meer dan €51



● 0 euro
● Minder dan €20
● €21-€30
● €31-€40
● €41-€50
● Meer dan €51

Appendix G. [in Dutch due to Dutch participants]

[Uitkomsten enquête vergrijzende bevolking Den Haag en Delft] Aanvullende informatie

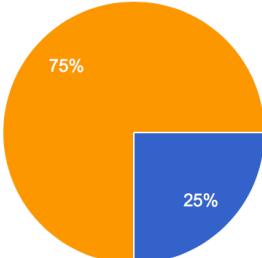
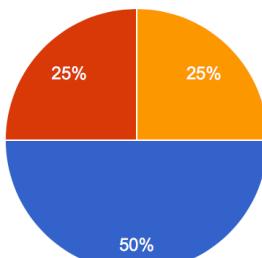
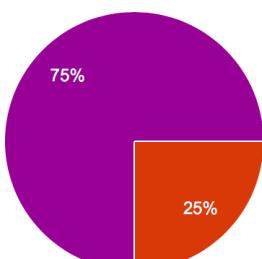
[Percentage formule = respondent (WO/HBO/MBO of anders) / totaal aantal respondenten (Den Haag/Delft) * 100%]

Achtergrond informatie voor percentages zoals geformuleerd in hoofdstuk 6: resultaten.

Variable	Sample Den Haag (N=11)	Sample Delft (N=12)	Variable	Sample Den Haag (N=11)	Sample Delft (N=12)
Geslacht	6 mannen 5 vrouwen	7 mannen 5 vrouwen	Woning segment motivatie	WO Huur Geen andere optie = 0 Geen onderhoud = 2 Stijgend huizen prijzen = 0 Altijd gehad = 2	HBO Huur Geen andere optie = 0 Geen onderhoud = 2 Stijgend huizen prijzen = 0 Altijd gehad = 0
Opleidingsniveau	WO = 5 HBO of anders = 6	HBO = 2 ouderen MBO of anders = 10 ouderen		Koop Altijd gehad = 0 Stijgende huurprijzen = 1	Koop Altijd gehad = 0 Stijgende huurprijzen = 0
Oppervlakte appartement	WO < 50m2 = 0 51 - 70 m2 = 2 71 - 90 m2 = 3 91 - 120 m2 = 0 > 120 m2 = 0	HBO < 50m2 = 2 51 - 70 m2 = 0 71 - 90 m2 = 0 91 - 120 m2 = 0 > 120 m2 = 0		HBO Huur Geen andere optie = 0 Geen onderhoud = 2 Stijgend huizen prijzen = 0 Altijd gehad = 2	MBO of anders Huur Geen andere optie = 2 Geen onderhoud = 2 Stijgend huizen prijzen = 0 Altijd gehad = 5
	HBO of anders < 50m2 = 0 51 - 70 m2 = 1 71 - 90 m2 = 3 91 - 120 m2 = 2 > 120 m2 = 0	MBO of anders < 50m2 = 6 51 - 70 m2 = 4 71 - 90 m2 = 0 91 - 120 m2 = 0 > 120 m2 = 0		Koop Altijd gehad = 0 Stijgende huurprijzen = 1	Koop Altijd gehad = 0 Stijgende huurprijzen = 0
Tevredenheid oppervlakte appartement	WO Zeer ontevreden = 0 Ontevreden = 0 Neutraal = 0 Tevreden = 4 Zeer tevreden = 1	HBO Zeer ontevreden = 0 Ontevreden = 0 Neutraal = 0 Tevreden = 2 Zeer tevreden = 0	Overzicht gezonde voeding	WO Geen behoefte = 0 Weinig behoefte = 2 Neutraal = 3 Behoefte = 0 Veel behoefte = 0	HBO Geen behoefte = 0 Weinig behoefte = 2 Neutraal = 0 Behoefte = 0 Veel behoefte = 0
	HBO of anders Zeer ontevreden = 0 Ontevreden = 0 Neutraal = 0 Tevreden = 2 Zeer tevreden = 4	MBO of anders Zeer ontevreden = 0 Ontevreden = 1 Neutraal = 1 Tevreden = 8 Zeer tevreden = 0		HBO of anders Geen behoefte = 0 Weinig behoefte = 2 Neutraal = 3 Behoefte = 1 Veel behoefte = 0	MBO of anders Geen behoefte = 0 Weinig behoefte = 4 Neutraal = 2 Behoefte = 4 Veel behoefte = 0
Bereidheid om te betalen voor een gezondere woonomgeving (appartement, appartementencomplex, buurt)	WO Niet bereid = 2 Misschien = 3 Bereid = 0	HBO Niet bereid = 0 Misschien = 2 Bereid = 0	Sportactiviteit	WO Nooit = 0 1 keer per week = 0 2 keer per week = 3 > 3 keer per week = 2	HBO Nooit = 0 1 keer per week = 0 2 keer per week = 1 > 3 keer per week = 1
	HBO of anders Niet bereid = 1 Misschien = 5 Bereid = 0	MBO of anders Niet bereid = 4 Misschien = 5 Bereid = 1		HBO Nooit = 0 1 keer per week = 0 2 keer per week = 1 > 3 keer per week = 5	MBO of anders Nooit = 1 1 keer per week = 5 2 keer per week = 3 > 3 keer per week = 1
Bedrag voor bijdrage aan gezondere woonomgeving (appartement, appartementencomplex, buurt)	WO € 0 = 2 < €20 = 3 > €20 = 0	HBO € 0 = 0 < €20 = 2 > €20 = 0	Sportactiviteit in groepsverband	WO Nooit = 0 Vrijwel nooit = 2 Neutraal = 0 Soms = 2 Altijd = 1	HBO Nooit = 0 Vrijwel nooit = 1 Neutraal = 0 Soms = 1 Altijd = 0
	HBO of anders € 0 = 1 < €20 = 5 > €20 = 0	MBO of anders € 0 = 6 < €20 = 4 > €20 = 0		HBO Nooit = 0 Vrijwel nooit = 0 Neutraal = 0 Soms = 3 Altijd = 3	MBO of anders Nooit = 1 Vrijwel nooit = 2 Neutraal = 0 Soms = 6 Altijd = 2
Woning segment	WO Huur (vrije sector) = 4 Koop = 1	HBO Huur (sociale sector) = 2 Koop = 0			
	HBO Huur (vrije sector) = 4 Koop = 2	MBO of anders Huur (sociale sector) = 10 Koop = 0			

Appendix H. [in Dutch due Dutch participants]

[Uitkomsten enquête institutionele beleggers]

Aantal deelnemers: 4											
Persoonlijke achtergrond informatie											
1. Bedrijf	<ul style="list-style-type: none"> • Syntrus Achmea Real Estate & Finance • Vesteda • Bouwinvest • Amvest 										
2. Functie	<ul style="list-style-type: none"> • Fondsmanager Achmea Dutch Health Care Property Fund • Vesteda: Programmamanager Duurzaamheid • Amvest: Manager Living & Care Fund • Bouwinvest: Research & Strategic Advisory of Dutch Healthcare & Residential Fund / Acquisition Manager 										
3. Bedrijf actief in zorgvastgoed	 <table> <tr> <td>Minder dan 2 jaar</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>3 - 5 jaar</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>Meer dan 5 jaar</td> <td></td> </tr> </table>	Minder dan 2 jaar	25%	3 - 5 jaar	75%	Meer dan 5 jaar					
Minder dan 2 jaar	25%										
3 - 5 jaar	75%										
Meer dan 5 jaar											
4. Persoonlijke ervaring met zorgvastgoed	 <table> <tr> <td>Minder dan 2 jaar</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>3 - 5 jaar</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Meer dan 5 jaar</td> <td>25%</td> </tr> </table>	Minder dan 2 jaar	50%	3 - 5 jaar	25%	Meer dan 5 jaar	25%				
Minder dan 2 jaar	50%										
3 - 5 jaar	25%										
Meer dan 5 jaar	25%										
Beleggen in zorgwoningen (zorgwoning karakteristieken)											
5. Interesse om te investeren in zorgwoningen	 <table> <tr> <td>Geen interesse</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Weinig interesse</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>Neutraal</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Interesse</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Veel interesse</td> <td></td> </tr> </table>	Geen interesse	25%	Weinig interesse	75%	Neutraal		Interesse		Veel interesse	
Geen interesse	25%										
Weinig interesse	75%										
Neutraal											
Interesse											
Veel interesse											
6. Toelichting op vraag 5	<p>Meest voorkomende antwoorden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle woningen waarin wij als bedrijf beleggen, dienen toekomst bestendig te zijn. Wij kopen in principe alleen nog levensloopbestendige woningen aan. Dat zijn woningen die geschikt zijn om tot op hogere leeftijd zelfstandig te kunnen blijven wonen • Wij investeren in reguliere woningen en hebben daar onze organisatie op afgestemd • Fonds specifiek hierop gericht • Groeimarkt, gezien de vergrijzing en lage kwaliteit huidige zorgvastgoed 										

7. Doelstellingen ten aanzien van zorgwoningen binnen nu en 5 jaar

Meest voorkomende antwoorden

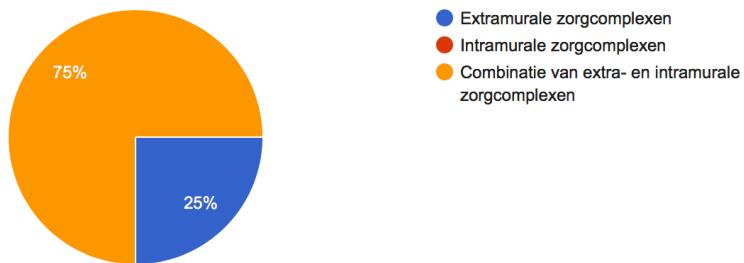
- Aankoop enkele duizenden levensloopbestendige woningen per jaar, aangevuld met 'zwaardere categorieën' zorgvastgoed zoals intramuraal
- Een fijn thuis creëren voor ouderen die niet meer zelfstandig kunnen wonen
- Goed product/marktcombinaties vormen, producten (nog) beter op doelgroep afstemmen

8. Doelstellingen ten aanzien van zorgwoningen over 5 a 10 jaar

Meest voorkomende antwoorden

- Onbekend
- Een fijn thuis creëren voor ouderen die niet meer zelfstandig kunnen wonen
- Portefeuille verder optimaliseren

9. Voorkeur voor type zorgvastgoed

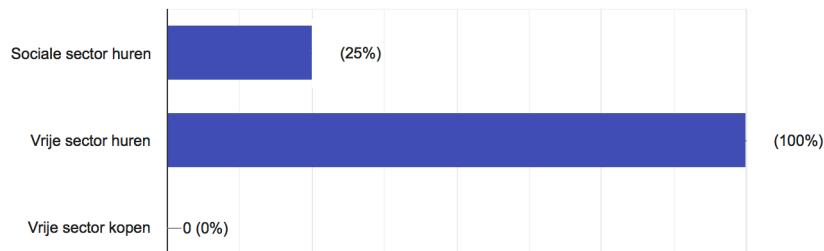


10. Toelichting op vraag 9

Meest voorkomende antwoorden

- In de portefeuille van het fonds is ruimte voor verschillende type zorgvastgoed: levensloopbestendige woningen, zorgwoningen die zijn voorbereid op het scheiden van wonen en zorg, traditionele en particuliere woonzorg (vaak dementie of gehandicaptenzorg) maar ook woningen voor begeleid zelfstandig wonen, etc.
- Focus op wonen in combinatie met zorg
- De belegger is actief in de 3 genoemde vastgoed categorieën, hier verwachten we een goed beleggingsfundament door vergrijzing, lage kwaliteit bestaand vastgoed
- De belegger verwacht dat ouderen de voorkeur hebben voor een complex waarbij extra- en intramuraal aan elkaar gekoppeld zijn zodat een eventuele demente partner dichtbij kan wonen

11. Gewenst segment

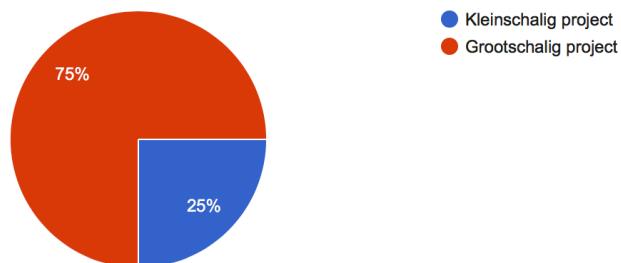


12. Toelichting op vraag 11

Meest voorkomende antwoorden

- Wij beleggen in vastgoed ten behoeve van huurinkomsten en waarde groei, dus huurwoningen. Het sociale segment is voor ons niet aantrekkelijk vanwege rendement (o.a. door verhuurdersheffing). Tenzij de huurder bereid is de verhuurdersheffing te betalen
- Wij richten ons op de vrije sector, met name het middensegment
- Focus op huur
- Vrije huursector

13. Voorkeur voor omvang van het project

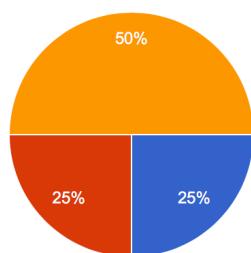


14. Minimaal aantal zorgwoningen

Meest voorkomende antwoorden

- maximaal 16 woningen (klein project)
- minimaal 50 woningen (groot project)

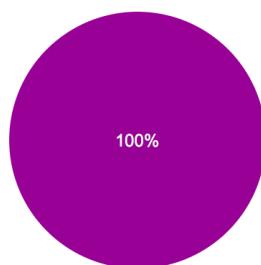
15. Gewenste oppervlakte waarin wilt worden geïnvesteerd



- Kleiner dan 50m²
- 51 - 70 m²
- 71 - 90 m²
- 91 - 120 m²
- Groter dan 121 m²

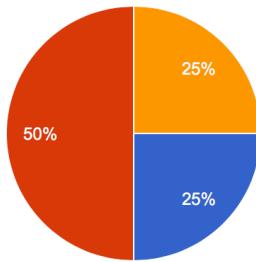
Financiële componenten

16. Gewenste exploitatieperiode



- Minder dan 5 jaar
- 6 - 10 jaar
- 11 - 15 jaar
- 16 - 20 jaar
- Meer dan 20 jaar

17. Risico zorgwoningen binnen nu en 5 jaar



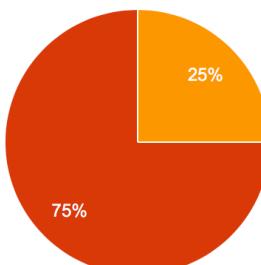
- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

18. Toelichting op vraag 17

Meest voorkomende antwoorden

- Vraag naar woningen die geschikt zijn om (lichte) zorg te verlenen zal sterker toenemen dan andere segmenten
- Grote vraag weinig aanbod
- Risico is afhankelijk van product en locatie, maar door de groeimarkt is het risico over de totale markt beperkt

19. Risico zorgwoningen binnen nu en 5 ten opzichte van kantoorgebouwen



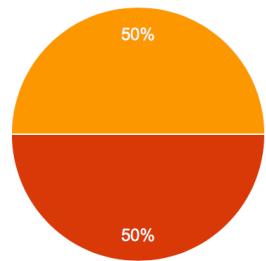
- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

20. Toelichting op vraag 19

Meest voorkomende antwoorden

- Stabielere en beter voorspelbare kasstroom
- Weinig kennis van investeren in kantoren
- Grote vraag weinig aanbod
- Zorgwoningen kennen een grote spreiding over locatie, product/markcombinatie dan kantoren (over het algemeen)

21. Risico zorgwoningen binnen nu en 5 ten opzichte van reguliere woningbouw



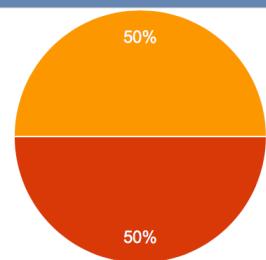
- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

22. Toelichting op vraag 21

Meest voorkomende antwoorden

- Vraag naar dit type woningen stijgt nog harder
- Afhankelijk van locatie
- Er blijft een zeker risico bestaan, maar bij goede afstemming markt/product en de juiste locaties, hoeft het risico voor zorgwoningen niet hoger te zijn dan reguliere woningen, denk aan de groeimarkt door vergrijzing

23. Risico zorgwoningen over 5 a 10 jaar



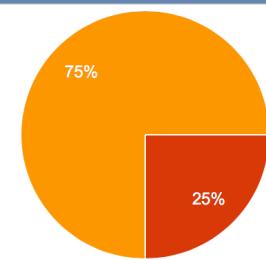
- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

24. Toelichting op vraag 23

Meest voorkomende antwoorden

- Zorgwoningen zullen meer gemeengoed zijn, en het product zal duidelijker zijn uitgewerkt. Echter vermijd de term 'zorg' woning want dat heeft negatieve klank en beperkt de doelgroep enorm. Daarom spreken wij over levensloopbestendige woningen
- Zorgvastgoed wordt volwassen beleggingscategorie
- Idem. De vergrijzing zet door

25. Risico zorgwoningen over 5 a 10 jaar ten opzichte van kantoorgebouwen



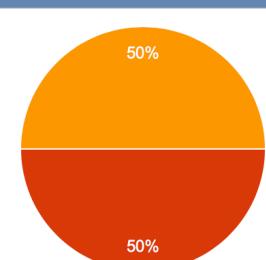
- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

26. Toelichting op vraag 25

Meest voorkomende antwoorden

- Geen idee hoe de wereld over 5 tot 10 jaar is, maar ik zie de vraag van investeerders voor zorgvastgoed sterk toenemen. Ook internationaal. Er is meer beleggingsvraag dan inverteerbaar product
- Kantoren meer aanbod en conjunctuurgevoeliger
- Kantoormarkt is cyclische dan zorgwoningen

27. Risico zorgwoningen over 5 a 10 jaar ten opzichte van woninggebouwen



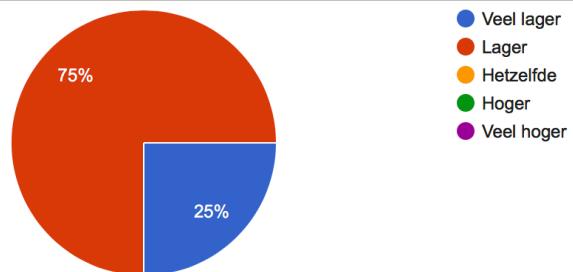
- Zeer weinig risico
- Weinig risico
- Neutraal
- Veel risico
- Zeer veel risico

28. Toelichting op vraag 27

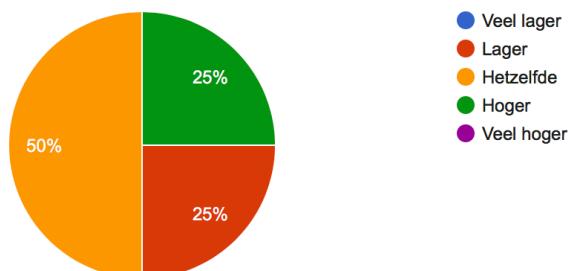
Meest voorkomende antwoorden

- Idem (zie vraag 26)
- Afhankelijk van locatie
- Voor beide blijft de vraag sterk, al zullen de locaties mogelijk wel enigszins verschillen

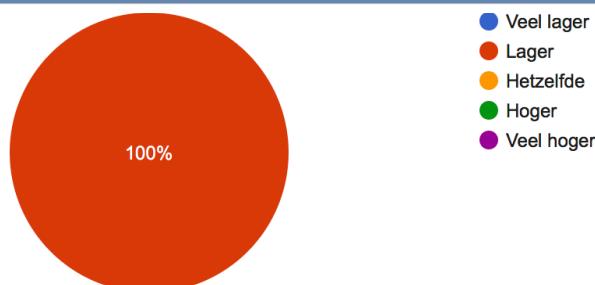
29. IRR voor zorgwoningen ten opzichte van kantoorgebouwen



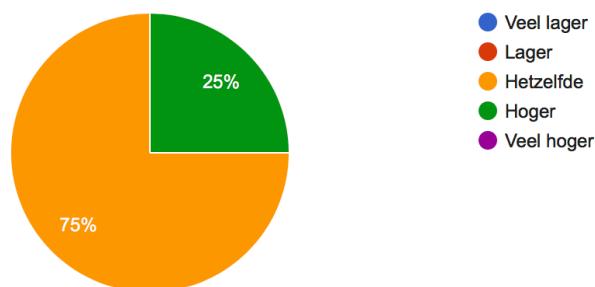
30. IRR voor zorgwoningen ten opzichte van regulier woningmarkt

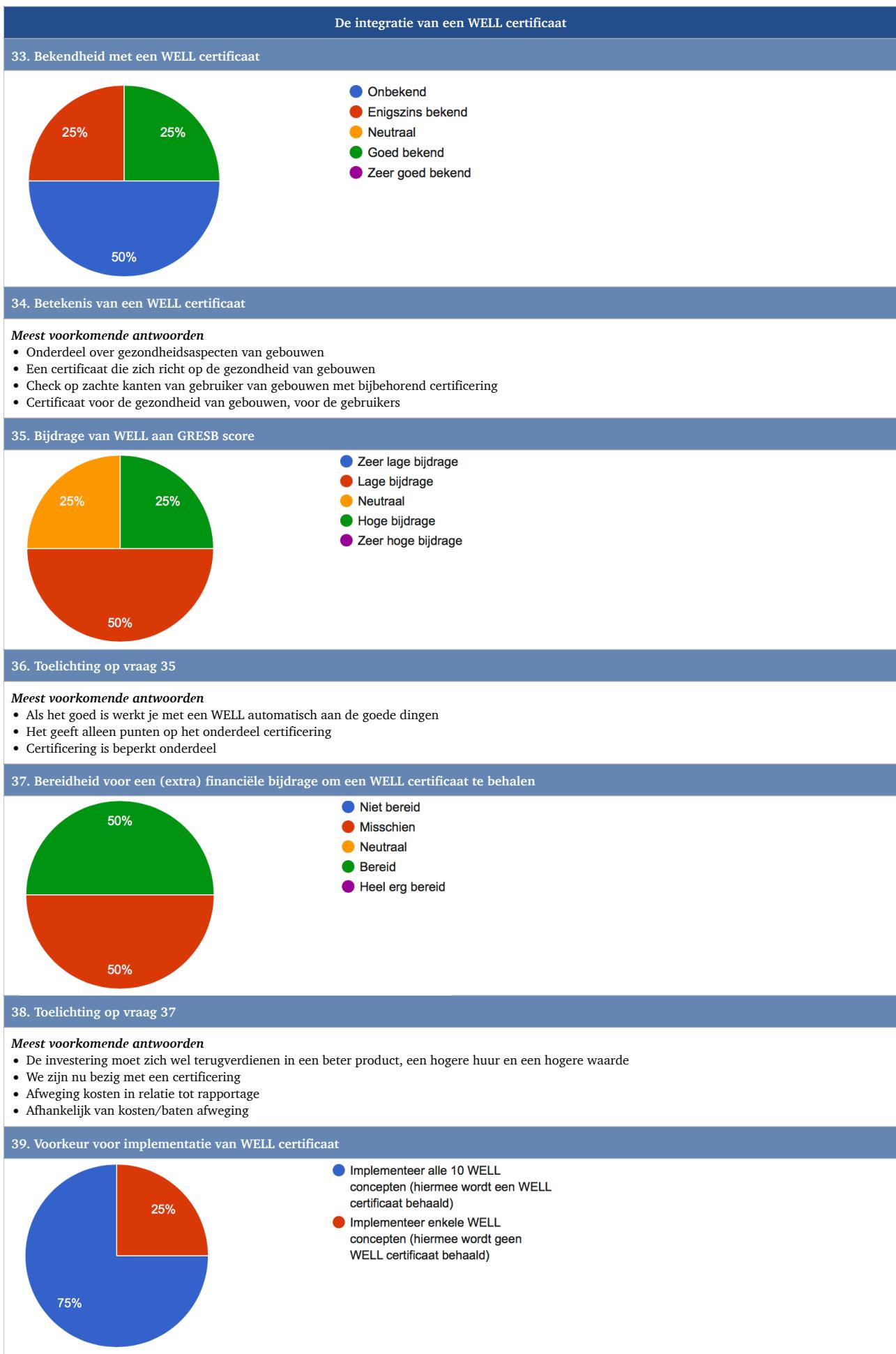


31. BAR voor zorgwoningen ten opzichte van kantoorgebouwen



32. BAR voor zorgwoningen ten opzichte van reguliere woningmarkt





40. Toelichting vraag 39

Meest voorkomende antwoorden

- Wanneer je het doet, doe het dan goed
- Het gaat om het totale gebouw in gebruik
- Geen inzicht in verschil in kosten dus keuze is niet goed te onderbouwen
- Wanneer we er gebruik van maken is het verstandig de volledige scope te pakken

Appendix I. [in Dutch due to Dutch participants]

[Interview uitkomsten]

WELL Certificate specialist

- Deerns, 22 februari 2019

Institutional investor

- Syntrus Achmea Real Estate & Finance, 4 maart 2019
- Vesteda, 11 maart 2019
- Bouwinvest, 12 maart 2019
- Amvest, 12 maart 2019

Zorgvastgoed makelaar

- CBRE, 4 maart 2019

Programma van Eisen

Welke stap moet als eerst worden ondernomen wanneer men overweegt om een ‘WELL Certificate’ te nemen?

Volgens Deerns is het belangrijk om uit te zoeken wat in het standaard Programma van Eisen van het desbetreffende project zit. Wanneer dit in kaart wordt gebracht en inzichtelijk wordt gemaakt, dan kunnen de meerkosten worden ‘teruggebracht’. Volgens Deerns is het vaak onbekend wat als ‘extra’ kan worden beschouwd door een WELL certificate te nemen en wat al standaard in het PvE is opgenomen (waarin weliswaar ook gezonde eisen in zijn opgenomen). Daarom is het volgens Deerns een goed idee om het verschil tussen standaard en extra inzichtelijk te maken anders krijg je de vraag wat het allemaal extra kost. Deers neemt bijvoorbeeld een benchmark binnen CARE dat als referentie fungeert om zodoende een Programma van Eisen inzichtelijk te maken en zodoende wat de extra toegevoegde waarde is beter te doen begrijpen.

Kortom, bij WELL is het volgende van belang: (1) of je doet iets extra (*door het nemen van extra maatregelen*) of (2) je gaat metingen verrichten (*metingen door een expert of metingen door de mensen die in het gebouw wonen/werken*). Dat doe je standaard niet. Het is bijvoorbeeld een idee om een meting uit te voeren in een bestaand ouderen complex en te bekijken op welk gebied er al wordt voldaan aan WELL en waar er nog kansen liggen.

De toegevoegde waarde van WELL zijn enerzijds de maatregelen en anderzijds de metingen. Veel mensen weten bijvoorbeeld niet wat de CO2 concentratie is.

Flexibiliteit van WELL certificaat

Er bestaat een ‘Health Hub’ en dit is een slimme meter om te achterhalen hoe de ouderen zich bewegen in de ruimte en om te meten/in kaart te brengen hoe het vallen kan worden voorkomen (kan worden teruggebracht). Het element ‘Mind’ binnen het WELL-certificaat is ook een element waarbij sensoren worden toegepast. Is het mogelijk om dit soort sensoren kunnen worden toegepast in een WELL certificaat? Of kunnen enkel sensoren worden toegepast die WELL voorschrijft?

WELL is een guideline waar je aan moet voldoen. Echter, wanneer je extra dingen wilt toepassen zoals het voorbeeld hierboven, dan kan je dit aan het ‘WELL Building Institute’ voorleggen en kan dit worden gezien als een extra innovatie. Hierdoor kunnen extra punten worden verkregen die onder het kopje ‘optimalisation’ vallen. Hierdoor krijg je een koppeling tussen ‘smart en health’ (slimme technologie en een gezond gebouw).

Voorbeeld: Het concept ‘Movement’ (beweging), hierover kunt je bijvoorbeeld zeggen: ‘je bent te vaak met de lift geweest, neem de volgende keer de trap’. Dit soort meldingen kunnen worden verkregen via een app. Wanneer je je telefoon combineert met je smart building dan kun je het combineren en de sensoren in de ruimte maken inzichtelijk hoe de mensen zich bewegen in de ruimte.

Het concept ‘Sound and light’ zijn ook een interessante concepten. Je hebt bijvoorbeeld ‘workplace findings’ en waar je kunt zien of je drukke of rustige werkplekken hebt of je wilt een werkplek met veel daglicht of niet. En de sensor ‘sleep detection’ kan ook een interessante zijn voor ouderen. Daarnaast kan bijvoorbeeld ook het verzorgende personeel een plattegrond ontvangen waarop is te zien of ouderen wel of

niet bewegen of wanneer een persoon op de grond ligt. Het is ook mogelijk om de kamer of het gebouw op temperatuur te regelen. Zodoende kan worden voorkomen dat de temperatuur te hoog is waardoor ouderen sneller onwel kunnen worden.

Kortom het is ook mogelijk om een smart building toe te voegen aan een verzorgingstehuis dat uiteindelijk ook bijdraagt aan de gezondheid van de medewerkers. De medewerkers die in het verzorgingstehuis werken kunnen ook de gemakken ervaren van een gezond gebouw wat een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van werken. Deze werknemers hebben veel stress en te weinig personeel en veel patiënten. Volgens Deerns wordt het personeel zwaarder belast dan de ouderen zelf. Dus wanneer je het hebt over gezondheid, dan kan je ook de werknemers meeneemt in de toetsing van WELL (*ivm hoge ziekteverzuim/te kort aan personeel*).

Toegevoegde waarde van WELL-certificaat

Wat is de toegevoegde waarde van het hebben van een ‘WELL Certificate’?

Het is van belang om in kaart te brengen wat echt de toegevoegde waarde van WELL is. Sommige dingen kunnen bijvoorbeeld worden gedaan door mensen, maar wanneer het ter ondersteuning fungert kan het zeker van toegevoegde waarde zijn. Dan kan het voor WELL als een innovatief element worden gezien. Daarnaast kan een ‘WELL Certificate’ kan ook worden toegepast in bestaande bouw en niet alleen in nieuwbouw.

Aan de ontwerp tafel zitten verschillende partijen, en al deze partijen gaan dingen doen die betrekking hebben op hun eigen vakgebied en iedereen heeft zijn eigen specialisme. Wanneer er bijvoorbeeld geen duurzaamheid adviseur aanwezig is dan wordt er minder aandacht besteed aan duurzaamheid of elementen die betrekking hebben tot duurzaamheid. Dat gebeurt nu hetzelfde met gezondheid. Omdat er vaak niemand op de plek van gezondheid zit wordt er ontwikkeld en wordt er geen extra aandacht besteedt aan WELL. De toegevoegde waarde van WELL is dat er nu een stoel wordt vrijgemaakt voor iemand die daar verantwoordelijkheid voor wilt nemen.

Wat is de toegevoegde waarde van WELL wanneer het gebouw is gerealiseerd?

Voorbeeld project in combinatie met WELL in Nijkerken, langs de A28.

Omdat dat project zich langs de snelweg bevindt, zijn er fijnstof filters toegepast, in andere industrie is dit normaal maar dit wordt in kantoorgebouwen weinig toegepast. Dit houdt in dat er ‘berg’ lucht in het kantoor wordt verkregen. Virussen en bacteriën wordt geminimaliseerd (kunnen worden afgevangen). Dit soort technologieën kosten in eerste instantie nogal wat geld maar richten zich juist tot het bevorderen van de gezondheid van de werknemers. In dit project was fijnstof een probleem, door middel van deze filters wordt fijnstof voor 99% geëlimineerd uit de binnenlucht.

Haalbaarheid

Hoe kan een ‘WELL Certificate’ haalbaar worden gemaakt?

Om WELL haalbaar te maken kan je zeggen: (1) ouderen gaan meer huur betalen of (2) winst behalen bij degene die er werken: zij moeten zich prettig(er) gaan voelen. Hierdoor is de verwachting dat het personeel zich hierdoor ook minder snel ziek zullen melden wat ook ten gunste is voor de verzorging van de ouderen.

Verzorgingsinstelling betaald het ‘WELL Certificate’

Wanneer je de ouderen als individu neemt dan zal het hoogstwaarschijnlijk moeilijker zijn om WELL financieel haalbaar te kunnen maken (in verband met hoogstwaarschijnlijk de lage bereidheid om te betalen voor een WELL certificaat). Het is daarom verstandig om bijvoorbeeld de verzorgingsinstelling te benaderen om die te overtuigen om een WELL certificaat te behalen. Dan heb je een organisatie die erachter zit in plaats van allerlei verschillende ouderen (die als individu worden gezien). Wanneer je aan zo een verzorgingsinstelling vraagt: ‘wij willen WELL introduceren omdat het bijdraagt aan de gezondheid van de bewoners en werknemers’, dan is de verwachting dat hier eerder een potje geld beschikbaar wordt gesteld dan wanneer je elke individuele ouderen vraagt om geld te betalen voor een gezond appartement.

De verwachting is wanneer een verzorgingsinstelling bereid is om meer te betalen, dan is de verwachting dat de belegger ook bereid zal zijn om te investeren in een WELL certificaat.

Samenwerking verzorgingsinstelling met zorgverzekeraar

Een andere mogelijkheid is dat een verzorgingsinstelling in samenwerking met een zorgverzekeraar een plan van aanpak maakt om gezondere gebouwen neer te zetten. Wanneer dit presentiegeld is, is het ook mogelijk dat een verzorgingsinstelling samen met een verzorgingsverzekeraar zegt: ‘wij gaan hier een gezond gebouw maken en dat betekent dat de premie iets lager wordt’. Wanneer hier afspraken met de zorgverzekeraar worden gemaakt dat er preventief allerlei dingen worden gedaan, dan ligt het meer in de lijn der verwachtingen om het een slagend project te maken.

Kortom, door een WELL certificaat te integreren kan de verzorgingsinstelling de motivatie hebben om de hoge ziekte kosten terugdringen om betere en gezonde gebouwen te creëren. Deerns gelooft hierin: we hebben gezondere gebouwen nodig en dan wordt wellicht het certificaat vergoed door de zorgverzekeraar. Daarnaast is ontstaan de vraag: ‘maakt de belegger de keuze om snel een zorg woningcomplex neer te zetten (volgens huidige tradities) of is de belegger bereid om de tijd te nemen om daardoor een zorg woningcomplex neer te zetten die bijdraagt aan het bevorderen van de gezondheid van de bewoners’.

WELL voor communities (WELL community)

Naast dat je een gebouw gezond kan maken, is het ook mogelijk om een gehele ‘community’ gezond te maken. Kortom een verzameling van gebouwen en dus de buurt. Een community is alles wat zich in het binnengebied bevindt (niet het gebouw zelf) maar alles om het gebouw heen. Het is belangrijk om over het volgende na te denken: ‘op welke manier kan het gehele binnengebied geluid luw worden gemaakt?’. Dan is de positionering van de gebouwen belangrijk maar ook de luchtkwaliteit: ‘op welke manier waarborg je dat er een schone lucht wordt verkregen tussen de gebouwen?’. Hierbij is het belangrijk dat wanneer mensen naar buiten gaan, ze ook het gevoel hebben dat ze frisse lucht ervaren.

Het is juist interessant om het WELL Community te handhaven voor woningbouw projecten omdat het ‘leven’ na 5 uur doorgaat (dit in tegenstelling kantoorgebouwen).

Stappenplan om een ‘WELL Certificate’ te kunnen verkrijgen

Hoe verkrijg je de waardering dat je op het niveau van WELL zit?

Stap 1. Huur een goede adviseur in;

Stap 2. Het ‘WELL Building Institute’ richt zich nog niet specifiek tot CARE. Daarom wordt allereerst de ‘dynamic score card’ gehanteerd. Dit is een dynamische score kaart, en daarbij wordt langs de desbetreffende eisen gegaan en gekeken wordt welke eisen voor CARE van toepassing zijn en welke niet.

- Stap 3. Vervolgens wanneer je dat hebt, dan register je je project;
- Stap 4. Vervolgens moet je waarborgen dat WELL is opgenomen in het gehele proces en project (van ontwerp tot uitvoering) en dat je daarbij de juiste maatregelen treft;
- Stap 5. Dan halverwege de uitvoering - wanneer er behoorlijk wat specificatie bekend is - dan doe je een document review en stuur je de documenten naar WELL Building Institute toe ter controle. Dit zijn papieren documenten. Dit zijn minder bewijslasten dan die BREAAM kent;
- Stap 6. Vervolgens controleert WELL Building Institute de documenten;
- Stap 7. Daarop volgend kan je een afspraak maken en dan komt er iemand langs van IWBI (International Well Building Institute) langs en die loopt vervolgens door het gebouw. De desbetreffende persoon van IWBI voert metingen uit en controleert of het gebouw voldoet aan WELL. Deze metingen gaan over alle concepten die WELL kent;
- Stap 8. Daarna worden de metingen naar het laboratorium verstuurd;
- Stap 9. Vervolgens wordt de uitslag toegestuurd en kan een certificaat in ontvangst worden genomen.
- Stap 10. Om de 3 jaar is er een hercertificering. Deze hercertificering wordt ook door IWBI uitgevoerd.

Kosten van WELL

Hoeveel bedragen de kosten en wat is het verschil tussen WELL v1 en WELL v2?

De prijs van WELL v2 is goedkoper dan WELL v1. Bij versie 1 had IWBI de intentie om vooral bedrijven aantrekken die echt gemotiveerd waren om te investeren in WELL om zodoende een WELL certificaat te kunnen verkrijgen. Daarnaast is het ook mogelijk om het certificaat in een keer te betalen of in een 5 jarig traject: in termijnen een soort van abonnement.

Een bijkomend voordeel is, dat veel dingen die in WELL zijn opgenomen ook al behoren tot de standaard. De vraag is dus wat is de toegevoegde waarde van het hebben van een WELL certificaat? Wat doe je extra?. De uitdaging zit hem dus in kaart brengen wat de meerkosten zijn. Dit is voornamelijk het geval wanneer je naar een hoger niveau gaat (goud en platina). Het blijft altijd de vraag: wat doe je standaard al en wat is nou echt extra en wat levert het op. Dat is op dit moment onbekend en daarom interessant om te onderzoeken.

Op het moment dat WELL wordt meegenomen in de raming, ontwerp je gelijk al conform die eisen. Op dit moment is de beleving dat wanneer er iets bovenop de standaard komt wordt het altijd als extra kosten gezien. Volgens Deerns, kunnen veel elementen die al in het WELL certificaat zijn opgenomen ook al in het standaard Programma van Eisen zitten.

Bij de WELL certificering gaat het niet om de certificering zelf maar wanneer er wordt gezegd: ‘installeer dit....’ dan is vaak de conclusie dat het te veel geld kost. Als je zegt: ‘we gaan een WELL certificering voor een gezond gebouw maken’, dan gaan mensen het wel doen en dan is de verwachting dat de ontwikkelaar het ook opeens gaat doen.

Omdat je de term gezond noemt?

Nee omdat je een certificering erachter aan hebt. Als je het niet doet, dan krijg je de certificering niet. Soms hebben mensen een certificaat nodig om te zorgen dat dingen in een project blijven anders wordt het er allemaal heel makkelijk uit bezuinigd.

Portefeuille zorgvastgoed

Wat doet SAREF op het gebied van zorgvastgoed?

SAREF is een vermogensbeheerder, wij beheren vermogen/beleggen voor pensioenfondsen en verzekeringsmaatschappijen voor ongeveer 20 miljard waarvan de helft in hypotheken en de helft in vastgoed. Traditioneel wordt dit gedaan in zowel winkels, woningen en kantoren. Een jaar of 10 geleden toen was er veel aan de hand in marktwerking in de zorg en ontstonden er vragen vanuit zorg partijen. Toen is een verkenning gestart en een fonds opgestart om zodoende ook te kunnen beleggen in zorgvastgoed. In 2010 à 2011 zijn de eerste zorgvastgoed aankopen gedaan.

SAREF heeft de doelstelling om een redelijke omvang en schaalgrote te bereiken. De huidige doelstelling is om 500 miljoen aan het eind van 2019 te behalen en daarna door te groeien naar 800 miljoen beleggend vermogen. Daar zitten wij nog niet, dus wij zijn nu inderdaad aan het investeren in zorgvastgoed en daarnaast hebben wij ook de laatste tijd een aantal klanten die voor eigenrekening in zorgvastgoed willen beleggen. Dus niet in het fonds, maar wij beheren dan het vastgoed wat zij zelf in eigendom hebben. Dit bedraagt ongeveer 300 miljoen en ook daarin wordt nog aangekocht.

Wat wordt er verstaan onder zorgvastgoed?

Voor een deel zijn dat woningen waar lichte zorg kan worden verleend maar waar bewoners wel zelfstandig kunnen wonen. Het idee is om op de desbetreffende locatie een zorginstelling aanwezig te hebben die de zorgvraag op zich neemt. Mensen huren daar zelf een woning van het fonds en die woning is licht aangepast zodat mensen daar op hoge leeftijd kunnen wonen. Dan moet je denken aan kleine aanpassingen als een badkamer die direct vanuit de slaapkamer toegankelijk is en niet eerst vanuit een gang en ook extra rookmelders in verband met wanneer het gehoor van de mensen slechter wordt, maar ook drempelloos en gelijkvloers. Dit is een categorie woningen die steeds meer gemeengoed wordt. In andere woorden, dit type woning is niet heel anders dan reguliere woningen.

Daarnaast wordt ook belegd in ander soort vastgoed. Hierbij moet worden gedacht aan gezondheidscentra, intramurale locaties (zorginstelling waarin ze 24 uur per dag verzorgd kunnen worden), de gehandicapte zorg en dementie zorg. Het zijn dus verschillende type zorgvastgoed waarin wij beleggen. We hebben dus eerstelijns gezondheidscentra waarin wordt belegd. De zorg boulevard in Zaandam is een gebouw naast het ziekenhuis waar ook een zorghotel in zit en een revalidatiecentrum, fysiotherapie, verloskundige praktijk en een oogkliniek. Dus dat is een wat zwaardere vorm van zorg. Dus het is een vrij breed type zorgvastgoed waarin wordt belegd vanuit SAREF.

Is het gewenst dat een zorginstelling altijd de woningen van de belegger huurt?

Nee niet altijd. Wij hebben ook gebouwen waar particulieren woningen van SAREF huren, echter wel altijd met een zorginstelling in de nabijheid. SAREF contracteert en levert de zorg niet. Het kan ook zo zijn dat ze een deel huren waarvan zij zorg diensten leveren. Het project dat zich dichtbij Overvecht in Utrecht bevindt, daar probeert SAREF een mix te maken van functies. Door drie of vier verschillend functies in het gebouw onder te brengen ontstaat een kruisbestuiving maar ook risicospreiding (dat er altijd wel een huurder in zit die succesvol is). In andere woorden, een combinatie van commerciële en zorg ruimtes. Dit betreft levensloopbestendige appartementen waar mensen zelfstandig kunnen wonen, dementie zorg (24 uur per dag zorg) en nog een aantal woningen die kunnen worden verhuurd aan een regionale zorg partij die daar

begeleidt/beschermd wonen aanbiedt en waar deze zorg partij bij voorkeur een hoofd huurovereenkomst afsluit. Dit betekent dat de zorg partij bijvoorbeeld 15 a 20 appartementen in een keer afneemt van SAREF en de zorg partij zoekt vervolgens zelf cliënten voor de desbetreffende appartementen. Het vastgoed wordt dus door SAREF geleverd, echter het verhuur risico of het markt huurrisico ligt niet meer in handen van SAREF. Dit principe is als volgt ontstaan: de zorginstelling verdient haar geld met de zorg en zij hebben daar een bepaald type cliënt voor nodig. De zorginstelling is beter in staat om deze bewoners te werven dan SAREF. Kortom, het is dus logisch dat SAREF een contract aangaat met de huurder. Of de zorginstelling dan een 'los contract' aangaat met de huurder en een 'los contract' voor de zorg of dat ze dat geïntegreerd af willen sluiten (full package deal) dat is niet aan SAREF.

Wordt in het voortraject ook al contact opgenomen met de zorginstelling om het project (financieel) haalbaar te maken?

Bij voorkeur wel en zitten wij zo vroeg mogelijk met elkaar aan tafel, echter pak dit in de praktijk vaak anders uit. Een voorbeeld project waar een ontwikkelaar een proportie had neergelegd bij de belegger: AM had een tender in de gemeente Utrecht gewonnen. In die tender had AM al een heel plan neergelegd van hoe het gebouw eruit komt te zien en welke functies erin komen. Nadat zij die tender hadden gewonnen heeft AM vervolgens een belegger benaderd - in dit geval SAREF - en legde de ontwikkelaar een casus voor aan SAREF waarin de functies waren gepositioneerd. Vervolgens keek SAREF in samenwerking met AM hoe een zorgcomplex kan worden gecreëerd, echter waren beide partijen nog wel gebonden aan de restricties van de tender. Het plan is om op de bovenste verdieping dementie zorg te huisvesten. Hierdoor kan een optimale situatie worden gecreëerd waarbij een stel dichtbij elkaar kan wonen maar waar bijvoorbeeld een van beiden op de dementie afdeling woont. Op dit moment is deze vorm van wonen en de mogelijkheid nog niet zo bekend bij de consument. De belegger beaamt dat mensen dit wel als waardevol ervaren echter hebben mensen weinig vergelijkingsmateriaal omdat dit (over het algemeen) maar een keer wordt meegemaakt wanneer de partner zorgbehoevend wordt. Vanuit SAREF gaat de voorkeur uit om een combinatie van zorgbehoevende en niet-zorgbehoevende woningen te creëren. De belegger gelooft in dit concept.

Levensloopbestendige woning

Wat wordt verstaan onder een levensloopbestendige woning?

Volgens de belegger is het beter om een zorgwoning een levensloopbestendige woning te noemen. Tegenwoordig willen de mensen de regie over hun eigen leven houden en willen ze niet het stickertje zorg krijgen. Zij willen voornamelijk laten zien dat ze vitaal en zelfstandig zijn. Dus de complexen die SAREF als zelfstandig woning in de markt zetten, die zet SAREF niet als zorgwoningen neer maar meer als levensloopbestendig. Het is de bedoeling dat de mensen daar vitaal komen wonen maar dat de woning hen in staat stelt om daar langer te blijven wonen. In het ontwerp wordt al rekening gehouden met het creëren van levensloopbestendige woningen. Een simpel voorbeeld is een brede lift waarin je met een rollator of rolstoel in kan en dat er voldoende oplaadpunten zijn voor elektrische rolstoelen.

Een stel woont nu in een zelfstandig appartement, echter een van beiden wordt zorgbehoevend (dement), hoe waarborg je de beschikbaarheid voor die ene partner voor het hebben van een zorgbehoevende woning in hetzelfde wooncomplex?

Het is heel lastig om deze beschikbaarheid te garanderen. Echter wordt dit andersom benaderd. Namelijk, wat SAREF heeft gedaan is: wanneer een levensloopbestendige woning vrijkomt dan heeft de zorginstelling het eerste recht van voordracht van huurder en die komen dan (automatisch) uit hun eigen klantennetwerk. In die zin heeft SAREF deze vraag omgedraaid. Maar het is niet zo dat mensen recht hebben op een plek in die

zorginstelling op een moment dat zij een bepaalde zorgvraag krijgen. SAREF maakt niet met de zorginstelling de afspraak dat mensen die in het zorgcomplex komen dat die voorrang hebben op een plek in die intramurale setting. Uiteindelijk hebben de particulieren zelf de keuze om een zorginstelling te kiezen waar zij zich het prettigste bij voelen.

Gemeenschappelijke ruimtes

Heeft SAREF ook de ambitie om naast het creëren van zelfstandige woningen ook gemeenschappelijke ruimtes te creëren?

Ja bijvoorbeeld in Amstelring de Makroon in Amsterdam daar heeft SAREF een clubhuis ‘club de Makroon’ dat voor bewoners is bedoeld om elkaar te ontmoeten. De Amstelring, die zorginstelling daar, die zorgt ervoor dat er een aantal activiteiten in de week plaatsvindt. Zij werken met vrijwilligers die dan bijvoorbeeld op donderdagochtend een koffie uurtje organiseren en er wordt 1 a 2 keer in de week gezamenlijk gekookt. Ook zijn er voorlichting en informatiebijeenkomsten bijvoorbeeld waar je zorg kunt krijgen en hoe dat geregeld kan worden. Af en toe maakt SAREF ook gebruik van deze ruimte en de belegger ziet dat deze ruimte volop in gebruik wordt genomen door de bewoners. Dat is heel positief. Dit vindt SAREF een meerwaarde hebben voor het complex omdat je op deze manier kunt voorkomen dat mensen vereenzamen en hun sociale contacten onderhouden.

Als belegger heeft SAREF de doelstelling om in breder duurzaamheidsverband het verschil te willen maken. Dat houdt in ‘beleggen met betekenis’. Dus betekenis volle locaties ontwikkelen die niet alleen een financieel rendement opleveren maar ook iets bijdragen aan de Nederlandse samenleving.

Zijn jullie als belegger bereid om daar financieel iets op in te leveren om in het sociale te investeren?

SAREF investeert in het sociale en houdt daarvoor een ruimte beschikbaar, echter wel vanuit de filosofie dat het zich uiteindelijk terugverdient. Dit kan zijn in een hogere eindwaarde of in een hogere huur of in een lagere doorloopsnelheid dat mensen er langer blijven wonen omdat het zo een fijne locatie is om te wonen (fijn gebouw). Dus wel vanuit de overtuiging dat het uiteindelijk ook een financieel rendement oplevert maar dat is niet meer een bijkomend effect – het moet natuurlijk wel betaalbaar zijn. Hiermee bedoelt SAREF te zeggen dat ze het doen vanuit de overtuiging om iets positiefs toe te kunnen toe voegen. Dus het bredere duurzaamheidsverband is van belang en dan wordt er dus niet alleen gekeken naar milieuaspecten, maar ook de sociale aspecten en de maatschappelijke bijdrage.

WELL – Certificaat

GPR-gebouw wordt op dit moment als startpunt gebruikt om gezondheidsaspecten in kaart te brengen en daar heb je ook zaken als milieu en toekomstbestendigheid en gebruikskwaliteit wat er onderdeel vanuit maakt. Nu wordt er onder de collega’s ook gesproken over WELL en afgevraagd of SAREF daar niet op aan wilt haken. Volgens SAREF kom je eigenlijk op de volgende vraag uit: welke modellen en systemen wil je nou gaan hanteren?. Want er zijn heel veel modellen die je kunt implementeren. SAREF hanteert op dit moment GRESB en GPR-gebouw. Een veelheid van systemen zijn op de huidige markt aanwezig en zodoende moet een nieuwe methodiek echt een meerwaarde hebben alvorens het wordt geïntegreerd, aldus SAREF. Op dit moment bekijkt SAREF de mogelijkheid of het WELL-certificaat moet worden opgenomen in het investeringsbeleid.

Waarom gaat de voorkeur uit naar een ‘WELL New & Existing Buildings Certificate’, dit is het duurste certificaat van de alle drie de WELL certificaten?

Als belegger zijnde wilt SAREF ook wat toevoegen en gaat de voorkeur uit naar beleggen met een betekenis (zoals eerder is aangegeven). Dat betekend dat SAREF mensen een veilige leefomgeving wilt bieden en dat gaat verder dan alleen het appartement dat wordt gehuurd maar het creëren van een fijne omgeving die mensen blij maakt. Uiteindelijk is je invloed beperkt, maar je kunt er wel naar streven en dat is ook het achterliggende idee: ‘je moet de lat hoog leggen’. Misschien haal je hem niet, maar wanneer je de lat niet hoog legt dan heb je ook niks om naar toe te streven. Kortom de ambities mogen aanwezig zijn, SAREF wilt meer toevoegen dan alleen ‘the shell’ (het casco).

Kan WELL een toegevoegde waarde opleveren op de GRESB-score?

Daar kan de belegger nog geen uitspraak over doen, echter zal dit wel een vraag zijn die ook aan de orde komt. SAREF zou zelf wel de gezondheid van gebouwen willen beoordelen en vraagt het volgende af: ‘wat voegt het toe in het beleggingsbeleid van het fonds met de doelen die ik met het fonds zou willen halen?’. Of het ook GRESB punten oplevert is een bijkomend effect, echter dat zal mooi meegenomen zijn maar is het geen reden om een ‘WELL Certificate’ te nemen.

Wat zou het hoofddoel kunnen zijn om het ‘WELL Certificate’ als belegger zijnde te nemen?

Het doel van een fonds is om een goed rendement te halen voor een beleggers/fonds, maar dat doet SAREF middels het beleggen in fijne en veilige zorgvastgoed complexen. Het is de vraag hoe je fijn en veilig (fijn en veilig kunnen wonen en werken/op bezoek gaan etc.) kwantificeert maakt. Dus een vraag van een belegger is: wat is fijn en veilig en hoe kun je aantonen dat daaraan wordt voldaan?. WELL zou een methode kunnen zijn om aan te tonen dat een fijne en veilige omgeving wordt gecreëerd.

Locatie

In de enquête werd aangegeven voornamelijk geïnteresseerd te zijn in het stedelijk gebied, vanwaar deze keuze?

Dan kijk je naar de beleggingscyclus na dat je het gebouw hebt geëxploiteerd. Voor elk gebouw en voor elke regio geldt uiteindelijk: ‘er is een keer een volgende fase’. Stel het blijkt dat er in Friesland geen behoefte meer is aan het hebben van levensloopbestendige woningen wat ga je er dan mee doen?. In Friesland is het misschien wel moeilijker verkoopbaar of om daar een opvolgende (tweede) bestemming aan te geven. Dus de belegger kijkt altijd naar de exit mogelijkheden om gebouwen te verkopen/om het een nieuwe functie te geven. In zijn algemeenheid zijn de mogelijkheden in de steden beter zijn dan op het platteland. De groei van de bevolking is voornamelijk in het westen, in de Brabantse provincie, regio Arnhem en Nijmegen, Groningen, Zwolle en Maastricht. Dit zijn de regio’s waar de belegger zich op richt. In deze regio’s bestaat de kans dat een gebouw na een huurcontract van bijvoorbeeld 10 jaar een tweede leven kan krijgen. Het neemt niet weg dat de belegger ook in meer perifere regio’s wilt investeren en beleggen, echter het grootste gedeelte van de beleggingen zit wel in de grote steden (randstad).

De grondprijzen in de randstad zijn het hoogste, hoe gaat de belegger hiermee om?

Ook bij verkoop zijn de grondprijzen het hoogste dus uiteindelijk haal je die dan een stukje terug. Wij zien het risico hier beperkt, dus dat betekend dat met een lager rendement genoegen kan worden genomen. Uiteindelijk is het de markt die de prijs bepaald en het is dan aan de belegger om te bepalen of de doelstellingen daarmee worden behaald. Tot nu toe, streeft SAREF een behoudend risicoprofiel na – kortom niet al te veel beleggingsrisico daarin te nemen. Met name de beleggingen in de steden en in de groeiregio’s in Nederland daar het het beste in te passen.

Zijn er dan helemaal geen ontwikkel potenties meer in de periferie?

Dit is absoluut mogelijk voor de belegger. De belegger heeft bijvoorbeeld particuliere woonzorg locaties in Zevenaar, Velp dat is niet in Arnhem of Leeuwarden. Uiteindelijk denkt de belegger dat die markt er ook is. In de niet stedelijke gebieden (bijvoorbeeld Flevoland en Friesland) denkt de belegger dat de markt er daar op de langer termijn ook wel is. In dat soort gebieden is de vergrijzing een veel groter probleem dan in de steden (daar is helemaal geen mantelzorg meer). Dus de belegger ziet zeker ook wel dat er buiten het rand stedelijke gebied er mogelijkheden zijn. Echter moet je je dan wel bedenken hoe de bereikbaarheid is en de voorzieningen in dat gebied en kan het straks weer verkocht worden op het moment dat de beleggingscyclus voorbij is. De belegger heeft beleggingen in Gilse (Brabant) en in Nieuwegein. Nieuwegein is dan wel een redelijk stedelijk gebied. Dus om maar aan te geven dat de belegger ook kijkt naar dat soort locaties. De voorzieningen en bereikbaarheid (dus niet dat de bewoners ver moeten lopen naar het openbaar vervoer) zijn volgens de belegger erg belangrijk.

Waar de belegger altijd naar kijkt is naar de omgeving, gebouw en de huurder. Wanneer er een zorginstelling is dan moet dit een zorginstelling zijn waar de kwaliteit van de zorg er goed voor staat, maar er ook financieel goed voor staat en dat de belegger weet dat de zorginstellingen de verplichtingen uit het huurcontract kan nakomen. Vervolgens wordt er gekeken naar wat voor een businesscase er in zit voor de zorginstelling. Dan heb je het misschien niet over woningen maar over een intramurale instelling voor bijvoorbeeld gehandicapte zorg waarvoor de belegger een locatie wilt aandragen. De belegger wilt dan meekijken hoe de businesscase op die locatie is (betrifft inkomsten en uitgaven), en hoeveel heeft de zorginstelling beschikbaar voor de huur en kan de zorginstelling de huur op langer termijn ook blijven betalen. Kortom, wanneer er voor 20 jaar een relatie wordt aangegaan, wilt de belegger zekerheid hebben dat de zorginstelling nog aan de verplichtingen kan voldoen.

Hierin zijn ook leuke dingen mogelijk. Een van de laatste acquisitions van de belegger was een zorg locatie in Maastricht waarbij die instellingen er eigenlijk financieel niet zo best voorstonden (waren door de grenswaarden van de bank gezakt), maar doordat de zorginstelling hun vastgoed konden verkopen, kreeg de zorginstelling weer een ‘verzilvering’ terug van hun eerder gemaakte investering. Daarmee werd de stabiliteit ratio weer enorm verbeterd waardoor je op de langer termijn de zorginstelling helpt. Wanneer je vervolgens weet dat met de exploitatie van de desbetreffende locatie de zorginstelling daar geld aan kan verdienen, dan zal de zorginstelling ook op de langer termijn de huur kunnen betalen. Dus dan zit dat goed.

Financiële componenten

Is het mogelijk dat jullie voorafgaand, wanneer een zorgvastgoed project wilt worden gerealiseerd, al een gedeelte van het project wordt voorgefinancierd?

Dit wordt meestal gedaan op het moment dat iets wordt aangekocht. Wanneer er nog niks staat, dan neemt SAREF op het moment van de koop de grond af en de bouw wordt vervolgens betaald naar ratio van voortgang. Dus dat is een stuk voorfinanciering. Als onderscheid tussen koop en levering en betaling op het moment dat het gebouw wordt opgeleverd. Meestal doet de belegger aan voorfinanciering. Tegenwoordig is er zoveel animo voor projecten waardoor ontwikkelaars een voorfinanciering wensen te ontvangen.

Wanneer er wordt gekeken naar de demografie dan ziet de belegger dat het aantal 75-plussers verdubbelt ten opzichte van 2040. Een groot deel daarvan zal zorg nodig hebben. Dus de onderliggende vraag naar het type product: een zorgwoning. Dat betekent dat je het altijd wel kunt verhuren, hooguit moet je je huurprijs aanpassen, maar er is vraag naar het product. *Is het investeringsrisico hierdoor laag en beter voorspelbaar?*

De belegger vindt dat er zeer weinig risico is voor het product zorgwoningen. Zeker wanneer het in het perspectief wordt gezet van andere producten zoals bijvoorbeeld kantoorgebouwen. De zorgwoningen worden nu allemaal nieuwgebouwd met het idee dat de gebouwen voor minstens 20 jaar kunnen worden gebruikt. Wanneer je kijkt naar kantoorgebouwen, daar wijzigt heel veel in de manier waarop kantoren worden gebruikt. Volgens SAREF hebben zorgwoningen een voorspelbaardere toekomst. Bij kantoorgebouwen zullen er snellere renovatie of verbouwen plaatsvinden (i.v.m. hogere mutatiegraad) ten opzichte van woningen.

In de enquête werd aangegeven dat het risico voor zorg appartementen lager is ten opzicht van kantoorgebouwen, als toelichting werd gegeven dat zorg appartementen stabielere en beter voorspelbare kasstromen hebben. Waar zijn de voorspelbare kasstromen op gebaseerd?

De vraag naar zorgvastgoed is veel meer demografisch gedreven en de vraag naar kantoorvastgoed is meer economisch gedreven. Deze economie is cyclisch. Er zijn tijden dat er minder vraag is naar kantoren (dit kan vooraf in kaart worden gebracht). Terwijl de demografie die geeft nu aan dat de vraag naar zorgvastgoed met name zal stijgen en dus veel minder cyclisch.

Verhoudt deze verklaring zich tot de keuze dat de IRR is veel lager wordt ingeschat voor zorgwoningen ten opzichte van kantoorgebouwen?

Het rendement dat je krijgt voor een investering hangt samen met het risico dat je loopt. Wanneer je verwacht dat het risico voor kantoorgebouwen hoger is (wat SAREF verwacht), dan zou daar ook een hoger rendement aan samenhangen. De inschatting van de belegger voor zorgwoningen is een lager risicoprofiel, dus ook een lager rendement.

Waarom is de BAR lager?

De BAR voor zorgwoningen zal lager zijn omdat er een stuk waardeontwikkeling is. Het verschil tussen de IRR en de BAR is het component waardeontwikkeling. Wat je nu ziet – in ieder geval op dit moment – is dat taxateurs een beetje twijfelen hoe ze de zorg moeten waarderen. Je ziet nu nog maar een heel beperkte waardeontwikkeling, waarvan je soms zou denken: ‘nou dat mag wel een tandje meer’. Op dit moment is het verschil in waarde tussen verschillende zorgvastgoed complexen minder eenvoudig te beoordelen. Dit is een aandachtspunt. Daarnaast heeft de belegger minder gevoel voor het exacte verschil tussen de BAR voor zorgwoningen en kantoorgebouwen. De belegger denkt dat met name kantoorgebouwen meer doet in de waardeontwikkeling en dat de waardeontwikkeling daar harder gaat ten opzichte van zorgwoningen. Op de langer termijn verwacht de belegger meer stabiliteit voor de zorgwoningen.

Verschillende segmenten

Welk segment geeft de voorkeur en waarom?

De belegger probeert in verschillende segmenten te beleggen. Dus er worden acquisitions gedaan op het gebied van particuliere woningzorg, maar ook de reguliere instellingen: intramuraal. In eerste instantie wordt in het sociale segment niet belegd omdat het voor de belegger niet aantrekkelijk is vanwege het rendement dat hierop behaald kan worden (o.a. door de verhuurdersheffing). Wanneer de huurder bereid is om deze verhuurdersheffing te betalen, dan kan deze keuze eventueel worden bijgesteld.

Is het beleggen in private verzorgingstehuizen risicotoller ten opzichte van niet privaat?

Nee niet risicotoller, het zijn andere risico's. Uiteindelijk bepaalt de ontwikkeling van de achterliggende markt, die behoeft aan dementie zorg, de behoeftes en de risico's die met de ruimtes gepaard gaan. Dezelfde ruimtes zijn in principe geschikt om te worden verhuurd aan een reguliere zorginstelling. Wanneer de markt er voor dat type woning is en de woningen voldoen aan alle gangbare eisen, dan wordt dit door de

belegger niet gezien als een groot probleem. Het risico zit hem dan meer in de kredietwaardigheid van de huurder. Is de desbetreffende huurder voor een langere periode in staat om zijn huur te betalen?. En hoe zit het met de exploitatie, komt er meer geld binnen dan dat er uitgaat etc.

Voor de huur richt SAREF zich op het middel dure segment – tussen de liberalisatielimits van €724 – 1100. SAREF richt zich absoluut niet op woningen rond de 3000 a 5000 euro per maand. Dit wordt gedaan om een aantal redenen. Ten eerste, dit segment is het minst risico volgens SAREF op de langer termijn. Je ziet dat in het dure segment er veel concurrentie aanwezig is en het is lastig om dat goed te vullen (het vinden van bewoners). Je hebt een aantal formules die zich op het hogere en welvarende segment richten (bijv. Stepping Stones en Domus Magnus) als aan de top. Daar betaal je €2000 tot €5000 euro per maand aan huur en servicekosten. Ten tweede SAREF werkt voor pensioenfondsen en verzekeraars (gewone Nederlanders) en daar wilt de belegger zich bij aansluiten. Dit is ook een belangrijke reden. Zoals aangegeven gaat de voorkeur ook niet uit naar de sociale sector (huur onder €720) in verband met de verhuurdersheffing. Dit segment maakt het rendement perspectief veel minder interessant (2 a 3 maanden huur ben je kwijt aan verhuurdersheffing). Kortom, het middel dure segment is het segment waar SAREF zich op richt.

Type appartement

Wat voor appartement geeft de voorkeur en waarom?

Het creëren van woningen op de begane grondvloer (nultredenwoningen) of een wooncomplex van ten hoogste 3 verdiepingen past niet per se bij het perspectief van SAREF. Uiteraard is dit ook afhankelijk van de locatie. In de randstad werkt het volgens de belegger prima om te bouwen tot 7 a 8 verdiepingen hoog. Maar dat is een specifieke doelgroep. Ouderen die altijd in de stad hebben gewoond hebben daar veel minder moeite mee om hoog te wonen. Kortom, Dit kan ook heel erg afhankelijk zijn van de doelgroep.

Hoeveel appartementen moeten minsten worden gerealiseerd om het een haalbaar project te maken?

Minimaal 50 woningen. Bij woningen gaat de voorkeur uit naar – vanaf 10 miljoen euro – dat neerkomt op ongeveer 50 woningen (van elk €200K). Dit is volgens de belegger de ideale start omvang. Je wilt ook niet te groot. Om een voorbeeld te noemen, het complex dat in Utrecht wordt ontwikkeld. Dit project bedraagt tussen de 30 a 35 miljoen euro.

Exploitatieperiode

Waarom gaat de keuze uit naar minimaal 20 jaar?

SAREF koopt iets aan om het lang in bezit te houden. Uiteindelijk komt er altijd een moment van afscheid, maar SAREF koopt niet voor de korter termijn aan. Het kan best zijn dat het gebouw na 5 jaar wordt verkocht maar dan heeft SAREF een nieuwe afweging gemaakt. Dus over het algemeen wanneer er iets wordt gekocht is het voor de langer termijn.

Hoe verhoudt deze exploitatieperiode zich tot zorgvastgoed?

Uiteindelijk belegt SAREF op de huurinkomsten en niet per se in de waardestijging. Dit betekent dat de belegger belegd op de langer termijn zoals is aangegeven. De belegger casht niet op het moment dat de waarde van het complex hoger is en de verwachting is dat die in de toekomst gaat dalen. Dit is niet de strategie die SAREF hanteert, maar om het geld in vastgoed te beleggen met het doel om hoofdzakelijk uit de huurinkomsten rendement te halen. Hierbij past een lange beleggingshorizon. SAREF wilt betrokken blijven bij de wijk/buurt.

Samenwerkingsovereenkomst

Hoe ziet het samenwerkingsmodel met de zorginstelling eruit?

Met de zorginstellingen gaat SAREF een ‘partnership’ aan. Je kunt je voorstellen dat je met de huurder een andere relatie hebt dan wanneer je een reguliere woning hebt: ‘daar huurt iemand en die zegt de huur op en is na een maand vertrokken. Dit is redelijk anonym’. Wanneer SAREF een samenwerking aangaat met een zorg instelling, dan is dit een instellingen die daar voor de langer termijn in zit. Vaak heb je een gezamenlijk belang of een gezamenlijke relatie met bewoners die daar wonen. Het feit dat de zorginstelling in een complex zit betekent dat SAREF een bepaald aanbod naar de bewoners kan doen omdat de instelling in het complex zit. Zodoende kan dit type vastgoed worden omschreven als een langer termijn belegging.

WELL-certificaat (vervolg)

Bestaat de verwachting dat er toch een beleid omtrent WELL wordt opgesteld?

Op dit moment heeft SAREF nog geen beleid opgesteld ten aanzien van het hebben/willen hebben van een WELL-certificaat. De belegger denkt wel dat hier potentie in zit. De elementen die WELL kent die zijn te refereren naar zorg woningen, echter zou je idealiter het willen integreren in bijvoorbeeld de GRESB-score of in de BREAAM. Kortom het toevoegen van een ‘keurmerk’ of nieuw certificaat zorgt voor extra complexiteit. Bij voorkeur wil je dat het WELL-certificaat onderdeel wordt van iets wat je al hanteert. Je wilt niet als enige WELL gebruiken maar er moet opzoek worden gegaan hoe dit te combineren is met huidige certificaten/scores. Het is nu de vraag wie is de eerste die dit omarmt.

Zijn jullie als belegger bereid om een ‘eerste’ stap te zetten in het nog redelijk onbekende ‘WELL Certificate’ op het gebied van zorgvastgoed?

De belegger wilt hierin voorzichtig zijn. De belegger doet wel een aantal pilot projecten op het gebied van gezondheid maar dit is wel een ingrijpend element wanneer nieuwe ontwikkelingen hieraan willen worden getoetst. De belegger is niet snel geneigd om hun nek uit te steken door een van de eerste te zijn en te bekijken wie er volgt. De belegger wilt het eerder andersom doen, ofwel met een aantal beleggers samen ervoor zorgen dat het WELL-certificaat standaard wordt. Bij voorkeur ziet de belegger ontwikkelaars die producten aanbieden die een WELL-certificaat hebben en beleggers introduceren die WELL ook omarmen. In dit laatste ziet de belegger de grootste toegevoegde waarde. Uiteindelijk wordt het product ‘voor’ de belegger gemaak dus als de beleggers kunnen worden omarmt om een WELL-certificaat te hebben, dan is het voor SAREF ook interessant. De belegger koopt uiteindelijk het product van de ontwikkelaar het is daarom van belang dat de ontwikkelaar hier ook voldoende kennis over heeft. De ontwikkelaar moet het niet doen omdat hen het WELL-certificaat is opgelegd, maar vanuit de overtuiging dat het ook iets toevoegt (iets goed is).

Als sector kan SAREF een rol spelen om het belang aan te tonen en te laten zien dat SAREF daar waarden aan hecht. Wanneer het leidt tot risico reductie dan moet je dat uiteindelijk terugzien in de rendementseis die wordt gehanteerd, dus de prijs die je kunt betalen voor een project. De belegger kan zich wel voorstellen dat een project met een goed WELL-certificaat uiteindelijk meer waard is dan een project die dat niet heeft. Kortom, het is belangrijk om aan te tonen hoe de verkoopprijs kan worden onderbouwd wanneer WELL is geïntegreerd. Wanneer blijkt dat bijvoorbeeld een WELL-certificaat 0.5% meer waarde oplevert, dan kan dit voor alle partijen interessant zijn.

Tot slot, welke voordelen zal een huurder ervaren wanneer het gebouw is voorzien van een ‘WELL Certificate’?

Volgens de belegger is het van belang dat het gebouw op de langer termijn kan worden gezien als toekomstbestendig. De belegger verwacht dat WELL daarin daarin een bijdrage kan leveren. Op dit moment ervaart de belegger het volgende: wanneer zonnepanelen op woningen worden geplaatst zijn consumenten nauwelijks bereid zijn om daar extra huur voor te betalen. De belegger zegt wel dat de energielasten lager zullen zijn, want je hebt immers zonnepanelen. In praktijk blijkt dat de consument hier niet naar de totale woonlasten kijkt maar naar de huur. Wanneer de belegger de analogie maakt naar WELL, verwacht de belegger dat bewoners daar nauwelijks naar zullen kijken en dat ze het als een mooie bijkomstigheid zullen ervaren maar dat het niet doorslaggevend in de keuze voor een bepaalde woning en al zeker niet dat hiervoor extra wilt worden betaald. Wat wel zou kunnen is dat wanneer je een goed WELL-certificaat hebt, dat er een heel fijn gebouw ontstaat om daarin te wonen. De belegger verwacht dat mensen daar langer blijven wonen en minder snel hun huur zullen opzeggen. Echter, is dit voor nu moeilijk meetbaar te maken.

Interview Vesteda

Portefeuille zorgvastgoed

Programma manager duurzaamheid bij Vesteda en verantwoordelijk voor de strategische duurzaamheid van het fonds. Vesteda kent 1 woningfonds en 30.000 woningen, echter de belegger is wel ambitieus op het gebied van duurzaamheid. Bij duurzaamheid zijn er twee soorten klanten: participant (belegger) daar wil je een duurzame belegging voor doen maar aan de andere kant wordt er belegd met pensioengeld (APG). Hierin wilt de belegger verantwoordelijk beleggen voor de huurder. Vesteda wilt uiteindelijk duurzame woningen realiseren waarin je fijn en gezond woont.

Wat wordt er onder duurzame woningen verstaan?

Duurzaamheid is een heel breed begrip en hier doet de belegger veel aan volgens het meetbaar duurzaamheid principe: Environmental, social and governance (ESG). Daarentegen gelooft Vesteda ook in gezonde woningen. De vraag naar gezonde woningen is onbekend. Tot op bedenis het onbekend hoe gezonde woningen meetbaar gemaakt kunnen worden. Om dit toch kwantificeerbaar te maken heeft Vesteda besloten om woningen ook gezond(er) te maken. Het huidige bouwbesluit die al heel veel volgens de belegger, echter hier zijn nog wel verbeterpunten mogelijk. Daarom heeft Vesteda het voortouw genomen om een wooncomplex van een 'WELL Certificate' te voorzien.

'WELL Certificate'

Het WELL proces is twee jaar begonnen. De belegger heeft allereerst een analyse gemaakt om te bekijken welke complexen hiervoor in aanmerking komen. Voordat erin wilt worden geïnvesteerd is het belangrijk om uit te zoeken of het haalbaar is. Naast het bekijken van verschillende locaties is er ook gekeken naar de bouwkundige aspecten van woningen. Uit deze analyse bleek dat een investering van €500 K nodig was om iets te doen. Dit was lastig te realiseren omdat Vesteda heeft besloten om door het gezonder maken van woningen hier geen extra huur voor te vragen. Vesteda heeft besloten om de gezonde woningen uit eigenzak te financieren. Kort samengevat, uit de analyse kwam naar voren dat het bestaande gebouwencomplex in Arnhem geschikt is. In februari is besloten dat Vesteda dat bestaande gebouwencomplex gaat voorzien van een WELL certificaat en de verwachting is dat dit volgend jaar januari klaar is.

Waarom is het ene complex niet geschikt en het complex in Arnhem wel?

Allereerst, heb je een warmteterugwinning nodig om gezonde gebouwen te realiseren en dat zit niet in elk complex. Vesteda heeft laatst ook een andere belegger gesproken en die kreeg het niet van de grond om het complex van WELL te voorzien. Die complex bevondt zich naast de snelweg en de desbetreffende belegger wilde roosters toepassen om fijnstof in het gebouw tegen te gaan. Echter, je kunt een heel licht rooster toepassen maar dat is niet voldoende, je moet echt een soort van zuivering ervin hebben. De pre-analyse toonde aan dat het bijna onmogelijk was om daar een 'WELL Certificate' te kunnen behalen. Volgens Vesteda is het concept lucht een belangrijk concept om in aanmerking te komen voor WELL certificaat. De luchtkwaliteit die door WELL wordt vereist kan niet met een standaard filter worden bereikt. Het complex in Arnhem had al een WTW-unit met filter ervin zitten. Dit was een van de redenen waarom wel een 'WELL Certificate' kan worden behaald.

Wat is nog meer van belang om WELL haalbaar te maken in het desbetreffende complex?

In het complex in Arnhem, waar net het plan voor het kunnen verkrijgen van een WELL Certificate is ingediend, willen veel dingen worden toegepast. Allereerst is er een nieuwe entree gemaakt. In eerste

instantie was de entree vrij kaal (bestond voornamelijk uit een entree met alleen maar postvakjes). Deze entree zal nu bestaat uit eetbaar groen (kruiden) en groene wanden (echt groen), maar ook groen gekleurde wanden en spiegels waardoor de entree ruimtelijker oogt. Daarnaast zijn ook elementen aangebracht die de sociale interactie doen bevorderen. Zo is er een zithoek waar je kunt zitten en praten. Het creëren van een ‘biophilic design’ is een belangrijk element die WELL kent. Daarnaast ook het ontmoeten en het promoten van de trap zijn zaken die relevant zijn.

Op welke manier wordt de trap gepromoot zodat bewoners vaker gebruik zullen maken van de trap in plaats van de lift?

Dit wordt aan de hand van een bord aangegeven, maar ook staan er verschillende schermen in die afwisselende tips geven. Het scherm geeft weer wat voor complex het is. Op dit moment is Vesteda bezig met de content voor de beeldschermen. Er zal een iPad en een beeldscherm beschikbaar zijn. Het beeldscherm vertelt de bewoner wanneer wordt geadviseerd om de trap te nemen en daarnaast worden leuke wetjes over het gebouw verteld. De informatie over het gebouw kan voornamelijk worden geraadpleegd op de iPad. Hierop zal niet telkens worden aangegeven dat het om een WELL complex gaat, echter er zal worden aangegeven dat het gaat om een gezond gebouw (deze en deze maatregelen zijn daarom genomen etc.). Ook wordt hierop aangegeven welke baten de bewoner zal moeten ervaren.

Daarnaast worden er ook berichten weergegeven over de buitenlucht kwaliteit. Wanneer deze buitenlucht heel zuiver is dan worden de bewoners geadviseerd om de ramen open te zetten en wanneer de buitenlucht kwaliteit minder is, dan wordt geadviseerd om de ramen te sluiten. Daarnaast is er 1 centrale watertoevoer en die moet 4 keer per jaar worden gecontroleerd volgens WELL. Dit vindt de belegger persoonlijk te veel omdat de Nederlandse waterkwaliteit goed is. Het ‘WELL Certificate’ komt uit Amerika en daar kan wellicht de waterkwaliteit heel anders zijn dan in Nederland, echter moet de watertoevoer toch 4 keer per jaar worden gecontroleerd.

Is het niet mogelijk om andere maatstaven te hanteren of is het mogelijk om dit aan te dragen het IWBI omdat hier andere kwaliteiten/klimaatomstandigheden gelden dan in Amerika?

Dit is mogelijk, echter moeten de suggesties goed kunnen worden onderbouwd. De suggesties moeten uitgebreid worden toegelicht. Vesteda kan bijvoorbeeld niet zeggen dat een huurder zijn vloerbedekking niet mag vervangen omdat de vloerbedekking bijvoorbeeld fijnstof veroorzaakt. Vesteda mag dus niet verbieden dat een huurder zijn vloerbedekking vervangt, echter moet vervolgens wel worden gemeten of het nog aan WELL voldoet. In eerste instantie garandeert Vesteda de goede omstandigheden en wordt de huurder geïnformeerd wat ze mogen doen volgens WELL, echter kan Vesteda niet garanderen/bewijzen dat het nog voldoet. Wanneer niet kan worden bewezen, en dus niet kan worden gemeten, dan keurt WELL het af.

Daarentegen wat wel gedaan kan worden is, een plan B te maken. De huurders worden geïnformeerd aan de hand van het geven van brochures. Hierin staat aangegeven dat wanneer er opnieuw wordt opgeleverd, dat er volgens dit en dit principe goede condities kunnen worden bereikt. Het is dan aan de huurder om het zelf te bepalen wat te doen. Middels dit principe kan het wel meetbaar worden gemaakt en keurt IWBI het wel goed. Het IWBI wilt voorkomen dat er te veel landelijke/regionale schema's worden opgesteld. Vandaar dat er maar één WELL criteria lijst is waar aan voldaan moet worden (een gradatie tussen verschillende landen wilt worden voorkomen). Zoals is aangegeven, wanneer kan worden aangetoond dat de wetgeving niet overeenkomt met die in Nederland, maar wel dezelfde kwaliteit kan worden nageleefd, dan bestaat er een grote kans dat IWBI het goedkeurt. Door dit standvastige beleid wilt WELL waarborgen dat een WELL gebouw ook echt een WELL gebouw is.

Wat is de reden waarom jullie als belegger potentie zien in het hebben van een WELL certificaat?

Duurzaamheid richt zich voornamelijk op de 'environmental' kant, dit betreft meer de sociale kant. Duurzaamheid gaat verder dan een energiebesparend gebouw. Het gaat ook echt om gezondheid en dat bewoners langer en op een hoger kwaliteitsniveau kunnen leven. Daarnaast leven wij 90% van de tijd binnen en dat doe je dan op kantoor en daar zie je dat je productiviteit kan meten. De kwaliteit die op het kantoor behaald wordt wil je uiteindelijk ook doorvoeren in de woning. In de woning zit je veel vaker, en daarbij is het hebben van voldoende nachtrust van belang. Daarnaast verwacht Vesteda ook dat WELL in de toekomst steeds tastbaarder wordt en er ook steeds meer vraag naar komt. In een crisis zal je zien hoe goed het dan is, maar dan is het juist nu de tijd om dit uit te zoeken wat de baten zijn van WELL.

Waar is de verwachting dat WELL steeds tastbaarder wordt op gebaseerd?

Deze verwachting is gebaseerd op eigen verwachtingen van de belegger. Op dit moment vindt de belegger dit belangrijk en hier gaat de belegger dan ook voor. Het is niet dat Vesteda de doelstelling heeft om alle complexen gezond te maken of van een WELL certificaat te voorzien maar op dit moment wilt Vesteda hiermee experimenteren om uit te vinden hoe het tastbaar gemaakt kan worden. In Arnhem is het de eerste case. Daarnaast heeft de belegger ook de ambitie om WELL te gaan meten middels een 'innovation light house'. Aan de hand van deze meeting wilt de belegger een '0-meting' en een '1-meting' doen. Aan de hand van deze meeting wordt gekeken hoe de bewoners WELL ervaren. Hierdoor maak je het meetbaar en hierdoor kan je er ook op gaan sturen. Het verkrijgen van feedback van gebruikers is een belangrijk element die WELL kent. Het is de bedoeling dat deze feedback wordt verwerkt in toekomstige projecten.

Voordelen voor de bewoner

Welke voordelen kan een bewoner ervaren wanneer men in een WELL gebouw woont?

Wanneer je in een WELL woning woont dan heb je de garantie dat het goed gaat. Dat betekend dat je weinig tot geen fijnstof in de woning hebt. Daarnaast is ook het geluid goed (mbt geluidsoverlast) en je hebt uiteindelijk ook een complex dat goed gesitueerd is waar gezonde voeding kan worden verkregen en een omgeving waarin bewegen wordt gestimuleerd. Dit zijn criteria die in de praktijk eenvoudig kunnen worden gemeten en waarbij de ervaring van bewoners in kaart kan worden gebracht.

Financieel

Wat maakt het certificaat duur?

Het certificeren maar ook het aanpassen daarvan. Neem bijvoorbeeld het project in Arnhem waar een nieuwe entree gemaakt maar waar de huurder geen extra huur betaald (omdat Vesteda verwacht dat de huurder hier niet toe bereid is). Daarnaast zullen er ook meetstations worden neergezet. Maar dus ook de certificering en de begeleiding van die certificering is kostbaar.

Daarnaast staan de fondsen juist ook open voor duurzaamheid en willen ze dit graag stimuleren, echter wordt het WELL certificaat betaald vanuit Vesteda en niet door de aandeelhouders zoals APG bijvoorbeeld. Zij vinden het heel goed dat Vesteda in dit soort dingen participeert.

Als belegger zijnde wil je uiteindelijk duurzamer worden en verantwoord beleggen (er wordt belegd met het geld van de huurders). Kortom, het gaat twee kanten op. De belegger verwacht dat wanneer kan worden

aangetoond, naar de aandeelhouders toe, wat WELL oplevert dan kunnen de aandeelhouders worden overtuigd om de portefeuille up te graden.

Hoeveel kost een WELL certificaat?

De kosten hangen af van het soort project. Op dit moment helpen bedrijven Vesteda gratis om een WELL certificaat haalbaar te maken/te realiseren. Dit omdat het het eerste WELL wooncomplex is waar deze partijen graag aan willen bijdragen. Ook is er een telefoonssysteem, en wanneer iemand aanbelt dan kun je de deur open doen. In dit systeem zit een software waardoor berichten naar de bewoners kunnen worden verstuurd. Volgens het WELL principe kunnen hiervoor punten worden toegerekend. De desbetreffende partij van deze software biedt de dienst gratis aan om zodoende zichzelf ook te kunnen ontwikkelen. Zij zien het pilot project ook als een uitdaging en een project waarvan veel geleerd kan worden om principes vervolgens verder uit te ontwikkelen.

Het bleek dat de WTW-installatie waren voorzien van standaard filters, echter waren deze niet geschikt om een WELL certificaat te kunnen behalen. Deze filters moesten vervangen worden voor veel krachtiger filters. Dit werd vervolgens uitgevoerd, echter behaalde de belegger hiermee niet de gevraagde waarde en het systeem moest te hard draaien wat overlast veroorzaakt. Hierdoor heeft de belegger de fabrikant van de filters gevraagd om de filters af te stemmen op het project. Ook deze fabrikant ziet het project als een test om zodoende hiervan te kunnen leren. De filters worden hierdoor gratis aan Vesteda 'geleverd', en vervolgens ook aan de huurder. Ditzelfde geldt bijvoorbeeld ook voor de beeldschermen bij de entree. Hier betaald Vesteda ook een gereduceerd tarief voor. Bewoners kunnen nu 2 jaar lang gratis gebruik maken van de app en wanneer blijkt dat de app goed bevult, dan kan de huurder zelf bepalen om de app aan te schaffen.

Demografisch

Hoe verhoudt WELL zich tot de demografische keuzes om in een bepaald gebouw te investeren?

Uit onderzoek is gebleken dat een energielabel qua aankoopprijs in de randstad niets uitmaakt. Echter maakt dit in Groningen bijvoorbeeld wel uit. De belegger denkt dat het juist sterkt staat door in de 'minder aantrekkelijke' gemeentes iets goed te doen. In Amsterdam wordt toch alles verhuurd, maar in Groningen daar kun je zien wat de echte toegevoegde waarde is. Woningen die daar voor €800 - €900 verhuurd worden zijn een ander soort woningen dan die in Amsterdam worden verhuurd. Vesteda heeft in eerste instantie niet perse gekeken naar een bepaald gebied om te bepalen of WELL interessant kan zijn, maar gekeken naar welke woningen nu kunnen worden verduurzaamd. Het complex in Arnhem is een gemengde huurgroep, er zitten zowel oudere senioren als jonge starters in.

Is bewust voor deze mix gekozen?

Niet bewust, echter kunnen de groepen elkaar welk versterken. Allereerst is er gekeken naar het gebouw en daarvan is een analyse gemaakt om te bepalen wat de kosten bedragen en of deze kosten vanuit Vesteda kunnen worden bekostigd.

Aanpasbaarheid van een WELL gebouw

Wanneer de vergrijzing in een bepaald gebied afneemt, is zo een gebouw dan ook weer makkelijk te transformeren?

Wanneer specifiek naar zorgwoningen wordt gekeken, daar geleden speciale eisen voor ten opzichte van reguliere woningen. Het bouwbesluit schrijft bijvoorbeeld al voor dat er drempelloze woningen moeten worden gebouwd. Wanneer het complex uit meerdere verdiepingen bestaat heb je bijvoorbeeld een (trap)lift

nodig etc. Er ontstaat altijd extra kosten wanneer er een andere functie in een gebouw komt, echter verwacht de belegger dat dit niet dramatische gevolgen heeft. Een ander belangrijk thema is het aspect duurzaamheid. Tijdens het ontwerpen van gebouwen moet hier zoveel mogelijk rekening mee worden gehouden, ook indien het gebouw wilt worden afgebroken etc.

Voor en nadelen van het WELL proces

Wat zijn de belangrijkste lessen die jullie hebben geleerd tijdens het WELL proces, zowel de voor als de nadelen?

Voordelen:

De bewustwording. Op dit moment loopt het proces nog, echter de bewustwording is ons erg bij gebleven. Als belegger zijnde wordt je gedurende dit WELL proces heel bewust van wat een gezonde woning precies inhoudt. Het is vaak iets waar je niet heel snel bij stil staat, maar wat wel heel erg belangrijk is. De belegger is ook heel benieuwd hoe huurders dit zullen ervaren. Daarnaast ga je ook anders tegen dingen aan kijken, bijvoorbeeld naar het aspect roken. Als belegger zijnde dachten wij in eerste instantie dat het niet mogelijk is om huurders te verbieden om in de woning te roken. Toen zei WELL dan moet je zorgen dat de compartimentering luchtproof zijn, zodat wanneer iemand beneden rookt, deze lucht niet naar boven kan gaan. Daarnaast gaf WELL ook aan dat alle nieuwe huurders niet mogen roken. Dit moet worden opgenomen in het contract. De belegger dacht in eerste instantie dat het verboden is om in een contract de huurder te verbieden om te roken, echter blijkt dit toch te mogen. Bij de commerciële sector komt dit minder vaak voor en is het nog niet gebruikelijk om de huurder te verbieden om te roken.

Nadelen:

Het is een tijdrovend proces doordat met een Amerikaanse partij moet worden gecommuniceerd. Dit heeft de belegger als vrij lastig en bureaucratisch ervaren. Daarnaast ervaart de belegger ook een groot nadeel omtrent de materie die vanuit Amerika wordt gehanteerd. Het blijkt dat deze materie in de praktijk niet altijd even eenvoudig is uit te voeren of dat het niet aansluit op het desbetreffende gebied/land. Er is niet nagedacht hoe de metingen kunnen worden uitgevoerd. Hierdoor loop je als belegger het gevaar dat je vervolgens bij de huurder zelf moet gaan meten of het voldoet. Het is dan de vraag of de huurder bereid is om hieraan mee te werken.

Kortom, wanneer een gebouw achteraf wilt worden gecertificeerd dat maakt het proces ingewikkelder en misschien wel lastig haalbaar. Het is daarom raadzaam om het WELL certificaat al vooraf te integreren in het ontwerp.

7 of 10 WELL concepten?

Voor welk WELL type is gekozen en waarom is gekozen voor dit type WELL?

Voor het project in Arnhem is gekozen om de 7 concepten (v1) van WELL toe te passen in plaats van de 10 WELL concepten (v2). Vorig jaar mei dacht de belegger voor versie 1 te gaan om zodoende alle concepten te implementeren, echter werd toen aangegeven dat versie 2 eraan zou komen. Voordat versie 2 al werd gepubliceerd kreeg Vesteda het principes van versie 2 al toegestuurd. De belegger werd verteld dat versie 2 meer facultatieve elementen bevat - dus een lagere basis waardoor deze meer geschikt is voor woningbouw (dit ontbreekt namelijk nog in versie 1). Waarom de belegger niet voor versie 2 heeft gekozen, weet de belegger niet meer precies, maar hij was uiteindelijk minder geschikt. In de staat zoals versie 2 nu is opgebouwd, is het om bepaalde redenen minder geschikt. Echter blijkt dat versie 2 veel goedkoper is dan versie 1, dus achteraf minder gunstig.

Bij versie 2 heb je ook het concept community. Hoe vliegen jullie dit als belegger aan, hoe wordt community hierin geïntegreerd?

In het project in Arnhem wordt de omgeving niet direct opgenomen. Uiteindelijk komt in de vraag wel naar voren of er gezond voedsel in de nabije omgeving aanwezig is. Daarnaast is Vesteda met de gemeente in gesprek om bepaalde bordjes te plaatsen om de sporttoestellen in de nabije omgeving te promoten waar bewoners gebruik van kunnen maken. Anderzijds was de gemeente ook bereid om deze toestellen neer te zetten en deze te onderhouden voor de belegger. Volgens Vesteda past het concept WELL community beter bij een gebiedsontwikkelaar dan bij een ontwikkelaar van gebouwen. Op dit moment heeft de gemeente Arnhem de intentie om een nieuw gebied te gaan ontwikkelen waarbij het concept WELL community is opgenomen. Hierdoor moet de gemeente ook zorgen dat het aan de WELL community criteria voldoet. Kortom, de gemeente haakt aan op de ideeën van Vesteda. Vesteda kijkt niet naar WELL community omdat de belegger maar een beperkt en versnipperd bezit heeft. Echter kan Vesteda wel een bijdrage leveren door een WELL Building neer te zetten. Daarentegen heeft belegger wel de ambitie om het concept WELL Community te integreren omdat de locatie belangrijk is. Wanneer een gebouw wordt neergezet in de ‘middle of nowhere’, dan is het minder interessant om daar in te wonen dan wanneer je het gebouw neer zet op een wat meer dichtbevolkte gebied maar die ook weer gezond en aantrekkelijk is.

Gelooft de huurder in het project in Arnhem dat zij ook daadwerkelijk niks betalen voor WELL?

Ja dit gelooft de huurder. In het complex zijn er bepaalde punten die de huurders anders willen zien. Er waren bijvoorbeeld fietsen voor het pand geparkeerd en daar ging dan vaak de klacht over. Hierdoor kreeg de belegger voornamelijk de vraag om WELL te laten zitten en dit probleem aan te pakken. Hierdoor kan WELL in een ander daglicht komen te staan. Echter is WELL iets om de kwaliteit aan te geven en om een gezonde woning te maken (in plaats van te zeggen dat het een WELL gebouw/woning wordt).

Toekomst perspectief

Wat zijn de toekomstige vooruitzichten van het gebouw in Arnhem dat nu wordt voorzien van een WELL certificaat, ook omdat jullie angeven graag de gebouwen langer in bezit te houden. Elke drie jaar moet een WELL gebouw opnieuw worden gecertificeerd. Is hiervoor al een aparte spaarpot beschikbaar gesteld?

Voor het eerste complex wordt nog niks doorbelast. Daarnaast willen wij eerst bekijken hoe de huurders het ervaren. Tegen die tijd, over 3 jaar, wilt de belegger bekijken of ze het gebouw willen her-certificeren. Hoe het gebouw zich verhoudt ten opzichte van de ontwikkelingen in de toekomst of hoe het gebouw daarop reageert, is voor nu moeilijk te voorspellen. De belegger schat wel een meerwaarde in, echter bepaalt de taxateur uiteindelijk wat de meerwaarde van het complex zal zijn. Het lastige van duurzaamheid is - en dus ook gezondheid - dat een taxateur niet vooruit kijkt maar juist achteruit en om zich heen om te bekijken wat er anders is gewaardeerd. Wanneer je de eerste bent met een WELL certificering, dan kan het gebouw nergens mee worden vergeleken. Wanneer de vraag toeneemt, dan verwacht de belegger dat het pand wel weer meer waard wordt. Maar alle woningen zijn eigenlijk volledig verhuurd, dus daarin creëer je ook niet meer waarde. In de crisis kan je pas toetsen wat het doet, op dit moment gelooft Vesteda in WELL maar hoe dit zich uiteindelijk vertaald in een haalbaar concept, dat is nog even afwachten. Vesteda wilt wel de behoeften creëren, en de belegger gelooft er wel in dat de huurder (bijwijze van) €5 per maand extra over heeft en dat ook wilt investeren om in een gezonde woning te leven.

Bestaat de verwachting dat andere complexen ook willen worden voorzien van een 'WELL Certificate'?

Op dit moment is het nog niet bekend dat het WELL certificaat ook in andere projecten wordt toegepast. Uiteindelijk wil je WELL proof woningen maken. Dat betekent dat het gebouw niet perse hoeft te zijn voorzien van een WELL certificaat. Dit in verband met de hoge prijs die een WELL certificaat kent. Vesteda heeft niet de ambitie om alleen nog maar gezonde woningen te realiseren. Vesteda wilt duurzame woningen en die zijn tegelijkertijd ook gezond. Kortom, gezondheid wordt/is onderdeel van duurzaamheid. Aan de hand van het project in Arnhem kunnen de ervaringen worden meegenomen naar toekomstige projecten. Van dit project denkt Vesteda veel te kunnen leren en het project kan dan ook worden gezien als een pilot project.

Eigenschappen appartement

Waarom gaat de keuze uit naar een oppervlakte van 71-90m2?

Vesteda richt zich op het midden segment maar wilt wel 'echte' woningen opleveren en wilt geen woningen realiseren die kleiner dan 50m² zijn. Wanneer je kijkt naar eengezinswoningen dan wil je nog groter, vaak zit je dan rond de 100m². Bij appartementen zit je rond de 60m², echter hangt dit ook van de locatie af.

Het WELL certificaat staat los van dit oppervlakte, er is bijvoorbeeld niet gekozen om de wonen 'extra' groot te maken in verband met het realiseren van voldoende bewegingsvrijheid wat gewenst is bij het hebben van een WELL certificaat. Het gaat erom dat de faciliteiten aanwezig zijn om bewegen mogelijk te maken. De locatie in Arnhem bevindt zich in een groen gebied waar gewandeld kan worden etc. Ook zijn speeltoestellen aanwezig en is er een sportschool in de buurt.

Zijn de faciliteiten uit de buurt ook onderdeel van Vesteda?

Dit is geen onderdeel van Vesteda of niet aan Vesteda verbonden, maar de faciliteiten zijn rondom het complex aanwezig. Hierdoor ontstaat al snel de mogelijkheid om een community achtige sfeer te creëren. Ook is er van te voren geen rekening gehouden om te bekijken welke faciliteiten zich in de nabije omgeving bevinden. Wel werd aangegeven dat het project zich nabij een park bevindt, echter bleek ook dat de locatie langs een drukke route lag voor scheepvaart. Hierdoor was de lucht vervuilend en dit was dan ook een belangrijk aandachtspunt om WELL toch haalbaar te kunnen maken. De belegger verwacht dat het hoogstwaarschijnlijk een lastige opgave kan zijn om in aanmerking te komen voor een WELL certificaat rondom het randstedelijk gebied. Dit in verband met de hoge aanwezigheid van fijnstof.

GRESB en WELL

Waarom levert het hebben van een WELL certificaat een kleine bijdrage op aan de GRESB score?

Vesteda hecht steeds minder waarde aan GRESB: de belegger is vorig jaar 2e geworden. Hier is de belegger heel blij mee en nu kan de belegger zeggen: wij vinden GRESB belangrijk, maar iedereen scoort nu goed. Op dit moment behoort Vesteda bij de beste 20% van de wereld en de belegger heeft de ambitie om altijd bij de beste 20% te behoren. Daarentegen heeft de belegger niet de ambitie om eerste of tweede van Nederland te worden.

Wij hebben 400 complexen in totaal en op dit moment 1 WELL certificaat. Hierdoor telt het certificaat dus voor het onderdeel certificering in GRESB voor 1/400ste mee. Daarnaast komt WELL nog wel voor een klein gedeelte terug in 'stakeholder engagement'. Kortom, pas wanneer de gehele portefeuille zou worden voorzien van een WELL certificaat, dan zal dit pas een bijdrage opleveren aan de GRESB score. Op dit moment telt het nog maar voor een heel klein percentage mee. Daarnaast hanteert de belegger nu nog voornamelijk de

methodiek GPPR, echter vindt de belegger dit ook behoorlijk duur. Het kost zo een €4000 a €5000 euro per complex. De verwachting is dat een WELL certificaat daar ver overeen gaat. en het geeft maar heel weinig punten tot nu toe. Ook verwacht de belegger dat de GRESB methodiek hier niet snel op zal worden aangepast / worden uitgebreid om zodoende WELL beter te kunnen waarderen. Op dit moment focust GRESB zich voornamelijk op klimaatadaptatie (hittestress, overstromingen etc) en niet zo zeer de gezondheid vraagstukken.

Vesteda hecht steeds minder waarde aan GRESB: de belegger is vorig jaar 2e geworden. Hier is de belegger heel blij mee en nu kan de belegger zeggen: wij vinden GRESB belangrijk, maar iedereen scoort nu goed. Op dit moment behoort Vesteda bij de beste 20% van de wereld en de belegger heeft de ambitie om altijd bij de beste 20% te behoren. Daarentegen heeft de belegger niet de ambitie om eerste of tweede van Nederland te worden.

Daarnaast kunnen er ook extra punten worden verkregen wanneer huurders minder energie gebruiken dan in voorgaande jaren. Wanneer je dat voor elkaar krijgt, dan krijg je als belegger meer punten in de GRESB waardering. Hiermee kan dus ook een verschil worden gemaakt. Ook kunnen er punten worden geschoord op het gebied van data management. Ook op stakeholder engagement wordt goed gescoord. Dan rest alleen nog de certificeringen, die kun je in principe kopen. Dus iedereen komt heel dicht bij elkaar, dus dan zegt GRESB steeds minder.

Toegevoegde waarde van WELL

Ondanks de hoge kosten die WELL kent, heeft u als belegger wel het gevoel dat WELL een toegevoegde waarde kent?

Ja, het aspect gezondheid vindt de belegger een belangrijk thema, maar ook het aspect sociale duurzaamheid (community). Hier wilt de belegger zich in gaan verdiepen en bekijken wat de mogelijkheden zijn. Daarom heeft de belegger in samenwerking met ‘innovation light house’ een plan gemaakt om innovaties meetbaar te maken. Op dit moment is CBRE global investors ook bezig met WELL en die zijn ook bezig voor woningen maar hebben dit niet doorgezet. Vesteda wilt graag haar kennis hierover delen en bekijken of ze nog innovatiever kunnen zijn om vervolgens de kennis te delen. Hierdoor help je de markt verder in plaatst van alles voor jezelf te houden. De belegger deelt graag en wilt graag aantonen dat een WELL certificaat bewoners gelukkiger maakt dan heeft dit waarde. Wanneer dit in alle complexen mogelijk is, dan heeft dit ook waarde voor de participanten en kan dit worden verteld aan andere beleggers. Daarom is het van belang om het meetbaar te maken en het te publiceren, ook wanneer blijkt dat het niet werkt.

Hoe transparant ben je naar de huurders toe?

De huurders zijn heel belangrijk. De huurder moet op een prettige manier worden geïnformeerd om de bereidheid om mee te werken te vergroten. Zoals wanneer er eventueel dingen moeten worden vervangen aan het huis of worden aangepast. In plaats van dat de huurder de belegger ziet als een ‘last’ moeten ze juist het tegenovergestelde denken en ervaren. Daarom heeft de belegger, toen het idee ontstond om WELL door te voeren, een welkomstborrel te organiseren. Tijdens deze borrel werd precies verteld wat het inhoudt en wat erbij komt kijken. Daarnaast werd ook uitgelegd dat het nieuw is en dat er mee geëxperimenteerd wordt. De bewoners moeten dit voornamelijk ervaren als iets leuks en innovatief, ook wanneer dingen even niet functioneren zoals ze horen te doen. Daarnaast mochten de huurders ook meedenken hoe de entree eruit zou komen te zien. Dit maakt het proces voor de huurders ook beter begrijpbaar en tastbaarder.

Zorgwoningen

Waarom investeert Vesteda nog niet in zorgwoningen?

Dit heeft te maken met de strategische keuzes. Vesteda heeft op dit moment nog een aantal zorg appartementen in bezit maar wilt deze toch gaan afstoten. Dat heeft er mee te maken dat zorgwoningen een ander soort management nodig hebben. Vesteda heeft als enige woningbelegger het beheer zelf in huis en ziet dit als de ‘core business’. Wanneer zorgvastgoed in de portefeuille wilt worden behouden, dan zijn ook zorg beheerders nodig. Deze hebben een andere benadering nodig en die moeten anders gemanaged worden. Uiteindelijk zie je dat dat te veel tijd kost maar ook te weinig kwaliteit biedt. Dus uiteindelijk moet je ook kijken of je dit wilt uitbreiden of juist wilt focussen op de woningen die Vesteda al in haar portefeuille heeft. Binnen Vesteda is er gekozen om te focussen op reguliere woningen markt.

Volgens Vesteda moeten zorgwoningen een expertise van de belegger worden. Dit is nu nog niet het geval. De belegger beaamt dat het een ander soort belegging is en dat moet je ook goed kunnen beheren. Vesteda houdt bij voorkeur het beheer liever zelf in de hand in plaats van dat het wordt overgedragen aan een zorginstelling.

Daarnaast speelt ook het volgende aspect mee waarom Vesteda zich niet richt tot zorgwoningen. Bij de verhuur van reguliere woningen gebeurd dit voornamelijk online. Het verhuren van zorgwoningen gaat volgens de belegger minder goed online. Vaak willen ouderen meerdere kerken een woning bezoeken. Dit neemt veel tijd in beslag. Het is dus een hele andere manier van aanpak om zorgwoningen te verhuren. Wanneer bijvoorbeeld de ouderen worden najaagt, kan dit een negatief gevoel oproepen wat ten nadele is voor het imago van de belegger.

Concepten van WELL

Hoe is het concept voeding opgenomen in het certificaat?

Gezonde moestuintjes waren al in de buurt aanwezig. Daarnaast werd de mogelijkheid ook onderzocht om moestuintjes op het dak te plaatsen. Het gevaar is echter, wanneer dit niet onderhouden wordt, dat het een verwaarloosde bende wordt. Hierdoor heeft de belegger het besluit genomen om niet zelf moestuintjes aan te leggen maar wordt op een bord aangegeven dat in de nabije omgeving moestuinen aanwezig zijn waar gebruik van gemaakt kan worden. Daarnaast ligt Albert Heijn op loopafstand waar ook gezonde voeding te koop is.

Het WELL certificaat is dus nauw verbonden aan de acquisitie en de locatie. Daarentegen is de belegger minder enthousiast om aan te geven dat er in de nabije omgeving een sportschool aanwezig is. Hierdoor ontstaan statische berichtgevingen - iets wat de huurders op den duur ook wel gezien hebben.

Rendement

Ontstaat de mogelijkheid dat WELL een hoger rendement oplevert?

Op dit moment levert het niet meer rendement op omdat de verhuurbaarheid niet verhoogd wordt en de huurstromen ook niet verhoogd worden. Daarnaast zullen taxateurs het ook niet hoger waarderen omdat er geen vergelijkingsmateriaal is.

Willen jullie ook jullie imago vergroten door te kiezen voor WELL?

Imago niet zo zeer, maar het is meer iets waarin wij als belegger geloven. De belegger gelooft in het realiseren van gezonde woningen en op dit moment wordt gekeken hoe gezonde woningen kunnen worden

gerealiseerd. De belegger verwacht dat het in de toekomst een steeds belangrijkere rol gaat spelen. Daarom is het beter om nu alvast de kennis op te doen en het gebouw daarmee al te voorzien van bepaalde gezondheid kenmerken in plaats van later dingen aan het gebouw toe te voegen. De belegger verwacht ook in de nabije toekomst dat er steeds meer vraag zal ontstaan voor het hebben van gezondere woningen vanuit de gebruikers kant. Het is ook goed om te weten dat een vastgoed partij geen zorg partij is. Wanneer je WELL wilt toepassen, dan zou je ook de voordelen bij de zorg partij moeten terug zien. Op dit moment is het voor de belegger moeilijker om het tastbaar te maken en daarom kan de belegger nu ook moeilijk zeggen: ‘met een WELL woning leef je 3 jaar langer en vitaler’. Dat kan op dit moment nog niet worden bewezen. Echter zijn er wel mensen die dit beweren maar dit kun je niet hard maken. Wat de belegger ook ervaart is dat mensen die minder goed slapen en dat juist het hebben van een goed daglicht systeem kan bijdragen aan het stimuleren van een goede (nacht)rust. Dit wordt ook vanuit WELL gestimuleerd.

Zorgvastgoed portefeuille

Sinds 2014 is het healthcare fonds opgericht en het fonds heeft inmiddels een omvang van €170 a 180 miljoen met een ambitie om de komende drie jaar met €100 miljoen te groeien. Inmiddels wordt niet meer exclusief voor het pensioenfonds belegd maar zijn er een stuk of 20 deelnemers binnenin het healthcare fonds. Deze constructie geldt alleen voor het healthcare fonds binnen Bouwinvest. Voor het Healthcare fonds is dat nog steeds maar 1 aandeelhouder, namelijk ‘Pensioenfonds voor de Bouw’. Dat maakt dat alle lijnen kort zijn en dat beslissingen snel genomen kunnen worden. Binnen Bouwinvest is zorgvastgoed een heel gevarieerd segment met verschillende contracten en verschillende huurders die verschillende eisen hebben qua woningoppervlaktes.

Bouwinvest is echt een belegger en zo dienen zij zich ook te gedragen. Dus vaak vindt de belegger wel iets van hoe iets moet landen. Maar de belegger is geen ontwikkelaar, dus de belegger werkt in een soort van kookcreatie samen met ontwikkelaars/bouwers en architecten. De belegger neemt uiteindelijk een turn-key product af en in de voorfase probeert de belegger het hele proces vorm te geven en op te zetten om zodoende een haalbaar project te realiseren. Daarnaast is het ook een vereiste dat er geen grond kan worden gekocht waar (nog) geen maatschappelijke bestemming aan ligt verbonden. Het is van belang om in een vroeg stadium bij elkaar te zitten om met alle partijen overeen te stemmen en om te bekijken wat haalbaar is.

De belegger wilt in gebouwen investeren met voorzieningen in de nabije omgeving.

Hoe willen jullie deze 100 miljoen gaan investeren?

De zorgvastgoed markt wordt steeds meer ontdekt, ook door buitenlandse investeerders. Het liefst wilt de belegger een zo gespreid mogelijke portefeuille hebben dat je aanwezig bent in alle regio's en dat je alle segmenten hebt, dus de zorgwoningen, de intramurale, de eerste lijn en de tweede lijn. Daarentegen wijst de praktijk vaak uit dat men wordt gestuurd door wat er uiteindelijk is op de markt aanwezig is. Dit kun je beter onderverdelen in een stukje langer termijn en een stukje korter termijn.

Aangegeven werd om de portefeuille verder te optimaliseren, wat wordt hiermee bedoeld?

Het is lastig om in te schatten wat wij als belegger belangrijk vinden over 5 a 10 jaar. Het is lastig om vooruit te kijken. De optimalisatie is met de gedachte in het achterhoofd, de vergrijzing gaat door maar het stopt ook ergens. Op een gegeven moment neemt deze doelgroep af. Dus met optimaliseren refereert de belegger naar 15 a 20 jaar. Tegen die tijd heeft de belegger complexen waarover nagedacht moet worden omdat de verhuur zal teruglopen en waarvan de belegger zal zien of het opengesteld moet worden voor een bredere doelgroep (dit kan in sommige gevallen de afspraak zijn met de gemeente om zodoende alleen sociaal te willen worden verhuurd of juist voor bepaalde leeftijdsgroep). Tegen die tijd bekijkt de belegger wat er met de portefeuille kan worden gedaan. Dit wordt bedoeld met optimaliseren.

Over een periode van 20 jaar wordt gekeken wat de alternatieve wendbaarheid van een product (zorgwoningen) is. Daarnaast, wanneer het over instellingszorg gaat is het belangrijk dat de units zo zijn gebouwd dat in een later stadium de units eenvoudig kunnen worden getransformeerd naar reguliere appartementen. Kortom, de belegger vind het belangrijk dat units altijd kunnen worden neergezet een regulier woonproduct in de markt. Dit uitgangspunt refereert naar de keuze om wel of niet in een bepaald

gebied te investeren. Wanneer de belegger buiten de grootstedelijke randstad zit, dan worden ook niet enorme complex volumes gerealiseerd.

Verschillende sectoren waarin wordt belegd

Naar welke zorgvastgoed sectoren gaat jullie voorkeur uit?

De belegger heeft een aantal sectoren benoemd waarin wordt belegd (For assisted living: premium private care, medium care ‘mid segment rent’. For intramural care: intensive care (zzp 4.5). Daarnaast heeft de belegger per sector ook een kernregio beleid gemaakt. En vervolgens wordt gekeken in welk risico gebied wordt de gemeente geplaatst. Per gemeente wordt er dan gekeken of daar wilt worden geïnvesteerd en vervolgens wordt er een risico profiel aangekoppeld.

Hoe vaak wordt het zorgvastgoed beleid herzien?

Het is een groei proces want zoals is het fonds nog niet opgericht. Formeel wordt het kernregio beleid om de 2 jaar hierzien.

Verhuur van appartementen

Waarom kiezen jullie ervoor om die zelf te huren en waarom worden de appartementen niet (deels) doorverkocht aan een zorginstelling?

Dat komt omdat wij een beleggingsinstelling zijn. De belegger koopt het vastgoed aan om het voor langer termijn te exploiteren (een jaar of 20 vaak). De FBI (financiële Beleggings Instelling) verbiedt de belegger om waarde toe te voegen aan de fondsen. Wanneer een belegging wordt aangekocht, wordt deze belegging vervolgens geëxploiteerd om het uiteindelijk te verkopen. Dat is de reden waarom de belegger het zelf verhuurd.

Hoe gaat de belegger om met het verhuur risico?

De intramurale eenheden (dementie zorg etc.) die worden verhuurd als een master lease. Een master lease houdt in dat een zorginstelling die huurt het hele complex voor de dementie woningen. Dus deze instelling huurt in een keer alles van de belegger en deze instelling zorgt dat het verhuurd wordt. Het verhuur risico ligt dan bij de zorginstelling. De reguliere woningen en de (zelfstandige) zorg appartementen verhuurt de belegger zelf. Voor de reguliere en voor de zelfstandige zorgwoningen ligt het verhuur risico bij de belegger.

Locatie

In welke locatie is de belegger het meest in geïnteresseerd?

Het zoekveld van de belegger is heel breed. Voor de zorg appartementen wordt vooral gekeken naar de randstad, Brabant regio, Groningen, Zwolle en regio Arnhem. Het zwaartepunt zal echter altijd wat meer in de randstad liggen. Het gaat er uiteindelijk om dat de belegger de appartementen in de vrije huursector kan verhuren en dat bewoners in staat zijn om dit te blijven betalen. De belegger richt zich daarom op plekken waar ouderen wonen die nu en in de toekomst de €720+ kunnen betalen.

Voor de intramurale zorg eenheden heeft de belegger een breder georiënteerd zoekveld in Nederland. In principe kunnen intramurale zorg eenheden in elke regio worden gebouwd omdat dit type zorg vanuit de wet wordt vergoed. Het betreft de wet langdurige zorg en daarin heb je de normatieve huisvesting componenten. Hierin wordt omschreven welke vergoeding geldt voor welk type zorgwoning, dit is voor heel Nederland gelijk. Kortom het maakt dus niet heel veel uit waar je zit qua vergoedingen.

De belegger wel de krimp regio's buiten beschouwing. De belegger heeft bij voorkeur objecten die in de buurt liggen van (voedschappen) centra's of middenin de stad.

Voordat er een locatie wordt uitgekozen, worden de aanwezige voorzieningen in de omgeving onderzocht

Ja dit wordt juist gedaan en behoort tot het marktonderzoek van Bouwinvest. Zoals is verteld, vaak krijgt de belegger een voorstel voor een bepaalde opgave en het eerste wat je doet is naar de desbetreffende locatie te kijken en te bekijken welke voorzieningen zich in de buurt bevinden. Neem bijvoorbeeld ouderen tussen de 55 a 65 plus. Deze ouderen willen nog zelfstandig voedschappen kunnen doen.

Wat is de belangrijkste reden waarom je ergens wel 'land' of niet land in een gemeente?

Dat heeft te maken met verhuur risico, zie je daar genoeg vraag ontwikkeling en het gaat wel altijd samen met wat is de 'pricing'. Kortom, tegen welke prijs kun je iets aankomen en wat is het rendement wat je kan behalen. Het is nooit 1 aspect waarom het niet gedaan wordt, het zijn altijd meerdere aspecten. De gebieden waarin je wordt belegd zijn uitgekleed vanuit macro economisch niveau. Kortom, Nederland is per gemeente gedefinieerd waarin de belegger wel en geen interesse heeft in de verwerving van zorgvastgoed. Hierin zit volgens de belegger alles al in verwerkt. Acquisitie duurt lang, maar de belegger kan snel nee zeggen omdat de belegger een hele duidelijke focus heeft.

De kwaliteit van het gebouw na exploitatieperiode

Hoe gaat de belegger om met gebouwen na hun exploitatieperiode? Houdt de belegger nu al rekening met het maken van demontabele woningen etc?

Hier denkt de belegger zeker over na. De belegger heeft een samenwerking met dat soort proprietes. Dit principe kan worden toegepast in leegloop gebieden of wat moeilijker gebieden. Hier wordt bijvoorbeeld uitgegaan van een investeringstermijn van ongeveer 15 a 20 jaar. Het complex wordt vervolgens afgeschreven naar de restwaarde (of een gegarandeerde terugkoop door de bouwer van de units). Deze demontabele woningen betreffen houten duurzame units die de belegger voor een afgebakende periode kan exploiteren en daarna kan het weer elders worden neergezet. Kortom, Bouwinvest denkt wel degelijk na over het maken woonconcepten die op tijdelijkheid zijn gericht. Dit concept kan op alle locaties worden neergezet en het is dus niet locatie gebonden. Het grote voordeel is dat het de objecten demontabel zijn. Het object bestaat uit materiaal dat weer hergebruikt kan worden of de gehele unit kan weer elders worden neergezet.

Is dit ook gekoppeld aan jullie aspect duurzaamheid, krijgen jullie hier extra punten voor in jullie GRESB score?

Het maken van demontabele en duurzame woningen staat los van het kunnen verkrijgen van extra duurzaamheid punten binnen GRESB. De reden is dat het zorg fonds aan Bouwinvest heeft gevraagd om wat meer met een 'impact' te beleggen. Op het moment dat de belegger alleen belegt in de randstad, dan voldoet de Bouwinvest niet aan de wensen van BPF bouw (het fonds) om voor al hun pensioenhouders te beleggen. Zij zijn namelijk verspreid over heel Nederland. Voor BPF bouw is het een pluspunt dat de belegger ook flexibele concepten heeft die overal in Nederland kunnen worden neergezet en die vervolgens ook nog eens duurzaam zijn en kunnen worden hergebruikt.

In het Programma van Eisen - op object niveau, technische eisen - daarin heeft de belegger ook eisen voor de duurzaamheid van een complex en is vooral gebaseerd op de GPR methodiek.

Maatschappelijke bijdrage

Hoe kijkt de belegger naar de integratie van het sociale en maatschappelijke vraagstuk (om hier aan bij te dragen)?

In principe wordt hier wel naar gekeken, in die zin dat de belegger niet wilt bouwen voor leegstand. Dus niet alleen voor het rendement van de belegger maar ook omdat de belegger vindt dat complexen iets moeten bijdragen. Dit is zeker van belang voor zorgwoningen. De complexen die goed werken en waar huurders tevreden zijn, dat zijn de complexen die middenin de wijk staan en waar je ziet dat mensen vrijwilligers werk doen zodat ze echt betrokken zijn. Dus in dat opzicht speelt het sociale aspect mee.

Is het feedback van de bewoners al een keer in kaart gebracht om te bekijken wat de bewoners het meest waarderen?

De belegger neemt huurders tevredenheidsonderzoeken af. Dit is gedaan bij een aantal woningcomplexen, echter is niet bekend waar exact naar gevraagd wordt. Hoogstwaarschijnlijk gaat dit over de verhuur - de belegger verhuurt namelijk de appartementen en dan wordt zodoende geëvalueerd op het proces.

Eigenschappen zorg appartementen

Word het Programma van Eisen vanuit jullie naar de andere partijen (e.g. ontwikkelaar en zorginstelling) teruggekoppeld om een aansluitend product te creëren?

Ja, het werkt twee kanten uit. Soms krijgen wij een blanco vraag zoals: 'vinden jullie de locatie wat en zo ja wat zien jullie dan voor je?'. Aan de hand hiervan kunnen ideeën voor het desbetreffende gebied ontstaan. Aan de kant, het desbetreffende gebied moet ook aansluiten bij de visie van de zorginstelling. Kortom, de belegger kan de mogelijkheden wel in kaart brengen - onder andere ten aanzien van de vraag vanuit ouderen en hun inkomens positie - echter moet de locatie ook passen bij de zorginstelling. Daarnaast worden zorgwoningen vanuit de belegger verhuurd, echter bestaan er ook concepten waar een master lease op zit vanuit de zorginstelling, daar moet je wel eerst een huurder voor hebben.

Gekozen is voor een oppervlakte 50-70m², waarom wordt gekozen voor dit oppervlakte?

Eigenlijk ligt dit oppervlakte niet vast en is het oppervlakte locatie afhankelijk. Voor de randstad is het hebben van een oppervlakte van 50m² prettig, echter wanneer er wordt gekeken naar complexen in regio Arnhem, Apeldoorn, en Ede, daar wordt juist een groter oppervlakte gewenst. Kleiner dan 50m² is niet wenselijk. Veel ouderen hebben behoorlijk wat spullen en hebben de voorkeur voor het hebben van voldoende bergruimte. Daarnaast blijkt dat ouderen graag meerdere kamers wensen te hebben - in ieder geval 2 kamers zodat ze ook logies kunnen ontvangen.

Is er een voorkeur voor intra of extramurale zorg? Of juist en combinatie van?

De belegger vindt het combineren juist een sterk concept: een appartementen complex waar ouderen zelfstandig kunnen wonen en dat je in de directe nabijheid intramurale zorg aanbiedt. Dit soort complexen werken het beste voor de belegger. Wanneer je in de plint van het complex ook nog verschillende voorzieningen kunt aanbrengen, dan is dat helemaal mooi meegenomen (e.g. huisarts, tandarts, restaurant).

Voorbeeld project: Houthaven life in Amsterdam (combinatie van eerste lijn zorg en sociale huur (via Habion), en vrije sector via Bouwinvest zelf.

De Geiserweg in Ouderkerk aan de Amstel (ook intramurale zorg met daar tegenover een blok zorgappartementen.

Levensloopbestendige woningen

Levensloopbestendige woningen past niet bij het concept dat Bouwinvest kent. Levensloop bestendig zal de belegger meer in een 'residential fund' zien. De woningen die Bouwinvest in haar portefeuille heeft hebben het beleid dat het echt een zorg product zijn en geen levensloopbestendig product. De

levensloopbestendigheid voor Bouwinvest zit hem in de eindfase van het product waar de mogelijkheid bestaat dat de partner naar een nabij gelegen zorgcomplex kan voor intramurale zorg of dagbesteding.

Volgens Bouwinvest ligt de focus van een levensloopbestendige woning bij het creëren drempelloze woningen, een luie trap etc. Bij dit soort woningen gaat het Programma van Eisen over het creëren van draaicirkels, speciaal ingerichte badkamers en de mogelijkheid om een bed toe te voegen in de woonkamer zodat mensen thuis verzorgd kunnen worden. Tijdens het ontwerp van de plattegrond van de woningen kan hier al rekening mee worden gehouden.

'WELL Certificate'

Heeft Bouwinvest de interesse om voor een 'WELL Certificate' te gaan in combinatie met zorgwoningen?

Op dit moment niet. Vanuit het fonds niveau richt de belegger zich op de GRESB methode en dan wordt er daarnaast gekeken naar de GPR of EPC. Ook BREEAM staat ver weg van de huidige ambities die Bouwinvest heeft. Dat komt omdat het te duur is. Daarnaast brengt dit certificaat een 'enorme' administratieve rompslomp met zich mee. De belegger richt zich momenteel op portfolio aspecten die nog verbeterd kunnen worden. Dit betreft het verbeteren van de GRESB score en het hanteren van de GPR methodiek in meerdere complexen. Indien blijkt dat de gehele markt WELL adopteert, dat is Bouwinvest wellicht ook bereid om WELL te gaan intergeren in haar complexen. Desalniettemin, denkt de belegger dat WELL iets zal toevoegen aan de kwaliteit van het gebouw en de belegger verwacht dat dit uiteindelijk ook ten goede komt aan de soliditeit en het financieel rendement van de fondsen. Echter, voor nu zullen de pijlen vooral worden gericht op de GRESB en de GPR methodiek.

Zorgvastgoed portefeuille

In 2013 is Amvest gestart met het living and care fund. Amvest heeft van te voren verschillende concepten bekeken: traditionele verzorgingstehuizen, zware en lichte verzorgingswoningen.

Uiteindelijk heeft de belegger besloten om woningen voor ouderen te ontwikkelen waar ouderen met een lichte zorgvraag kunnen wonen. Wanneer ouderen thuiszorg nodig hebben dan kun je daar prima verblijven tot het moment dat de bewoner niet meer in staat is om zelfstandig te wonen. Amvest heeft bekeken of ze hierin een toegevoegde waarde kunnen leveren. Namelijk het aanbieden van een woonconcept waarin mensen niet meer in staat zijn om zelfstandig te wonen maar wel zorg verleend kan worden.

Aan de hand van gemaakte analyses constateerde Amvest dat het zorgwoning aanbod behoorlijk is verouderd en erg is ingegeven door overheidsregelgeving qua maten, qua gebouwen en sfeer. Daarnaast blijkt ook dat de zorg wel goed op orde was maar de woonkwaliteit laag. Aan de hand van deze analyse heeft de belegger gekeken hoe hier een bijdrage aan geleverd kan worden. De belegger is vervolgens een samenwerking aangegaan met zorg ondernemers die dezelfde visie hebben op wonen en zorg voor de desbetreffende doelgroep. Op dit moment werkt Amvest met vier zorg ondernemers. Namelijk: Dagelijks Leven, Gasthuis, Futura en Zorggroep De Laren. Deze zorg ondernemers hebben allemaal hun eigen doelgroep betreft type zorg. Sommige van deze partijen richten zich meer op dementie en andere meer op de lichte zorg waar ouderen nog in staat zijn om zelfstandig te wonen. Daarnaast richten de vier verschillende zorg ondernemers zich ook op verschillende prijs segmenten.

Amvest gelooft voor de zwaardere zorg voornamelijk in kleinschalige projecten. Dan moet je denken aan zo een 20 bewoners. Datzelfde geldt voor Gasthuis en Futura. De zorg ondernemer Futura richt zich meer op het middensegment. Het Gasthuis en het Dagelijks leven richten zich op het huisvesten van demente ouderen en het lage segment. De zorg ondernemer Zorggroep De Laren richt zich op het hoge segment.

Met de partijen heeft Amvest gekeken naar de huidige markt en in samenwerking met deze partijen is Amvest nu de concepten aan het uitwerken.

Segment

Op welk segment richt Amvest zich?

Amvest richt zich voornamelijk op het midden en het lage segment.

Waarom heeft Amvest de interesse om ook voor het lagere segment te ontwikkelen?

De nadruk ligt echt op het beleggen. Amvest ontwikkelt om te beleggen. Dus Amvest ontwikkeld niet voor andere fondsen. Hierdoor past het lagere segment ook bij de strategie die Amvest kent. Amvest ontwikkeld puur voor de fondsen van Amvest. Ook individuele woningen worden ontwikkeld.

Wat is Amvest haar doelstelling op het gebied van zorgwoningen?

De doelstelling van Amvest is om uiteindelijk mensen die niet meer in staat zijn om zelfstandig te wonen een fijn thuis te kunnen bieden. Dat moet ongeacht hun budget. Amvest is van mening dat mensen die wat minder te besteden hebben ook hiervoor in aanmerking voor moeten komen en waar ook een haalbare business case voor kan worden ontwikkeld.

Het lage en midden segment is ongeveer 3/4 van het fonds met iets meer het lage segment. Het lage segment bevindt zich tot op heden niet in Amsterdam. Het concept gaat uit van een bepaalde grootte qua plot wat je nodig hebt (qua buitenruimte). Dit kan niet binnen het stedelijke gebied worden gerealiseerd. Dit kan volgens Amvest niet omdat de grond te schaars en te duur is.

Amvest is op dit moment aan het kijken in samenwerking met het Gasthuis (middensegment), of het onderdeel kan worden van een groter geheel. Dit kan worden gerealiseerd door een combinatie van een commerciële plint in combinatie met het Gasthuis (kleinschalig verpleeghuis).

Het lagere segment ligt iets meer aan de randen van Nederland en het middensegment meer in de randstad.

De verhuurdersheffing die Amvest moet betalen over de sociale woningen, weegt dat niet op tegen het feit om de woningen uit te ponden?

Dat is een lastige. De complexen die Amvest in het lagere segment heeft, die worden complexgewijs verhuurd. Hierdoor is het ook geen sociale verhuur. De woningen worden niet direct aan de huurder verhuurd maar aan een zorginstelling. Wanneer je het hebt over de lichtere zorg dan zal Amvest zich minder snel richten op de sociale huur. Daarnaast vindt Amvest de verhuurdersheffing ook niet zo een groot probleem want dat kan worden meegerekend in de prijs die je kunt betalen voor een object.

Gaat dit niet ten koste van bepaalde ambities die Amvest heeft, c.q. op het gebied van duurzaamheid bijvoorbeeld?

Op dit moment wordt er nog niet individuele verhuur georganiseerd door Amvest maar complexgewijs verhuur.

Welk doel heeft Amvest voor ogen met betrekking tot de ontwikkeling van zorgwoningen?

Wat de belegger wilt, in principe staat de belegger open om samenwerking aan te gaan met meer zorg ondernemers maar dat moet dan wel een aanvulling zijn op wat Amvest op dit moment uitvoert met de huidige partijen. Daarnaast bekijkt Amvest ook de lichtere zorgconcepten, dus naast appartementen die Amvest nu al aanbiedt, ziet de belegger ook al behoefte ontstaan naar een concept waarbij een accommodatie voor dementie en zelfstandig wonen worden gecombineerd. Of met gelijkgestemden wonen: meer 'community living' creëren. De belegger is ook bezig om te kijken welke rol de belegger daarin kan vervullen.

Locatie

Heeft Amvest ook een voorkeur voor locatie?

Dit heeft Amvest niet. Het verschil zit hem wel in het risico. Amvest heeft een horizon van 30 a 40 jaar en daarom moet er een continue behoefte zijn op de desbetreffende locatie. Amvest zit bijvoorbeeld ook in Winterswijk, dat is een krimp gebied in de achterhoek, echter heeft Amvest wel een complex middenin het centrum. Hierdoor is Amvest bereid om te investeren in deze krimpregio, daarnaast speelt in dit gebied ook de vergrijzing een grote rol.

Over 10 a 20 jaar zal in Winterswijk wellicht minder vergrijzing aan de orde zijn, hoe reageert Amvest hierop? Zorgt Amvest bijvoorbeeld voor het maken van demontabele gebouwen?

Amvest heeft twee vormen: nieuwbouw en vernieuwbouw (renovatie). Neem bijvoorbeeld oude scholen die worden verbouwd tot een zorg locatie. Het hangt dus heel erg af van het gebouw wat je hebt.

Recent was er een opening van het Gasthuis in Warmond. Deze locatie is geen monumentaal pand, maar het gebouw heeft wel een hoogwaardige monumentale uitstraling. Hierdoor verwacht Amvest dat het gebouw een bepaalde waarde zal behouden. Daarnaast wordt er wel gekeken hoe het gebouw eventueel nog flexible gemaakt kan worden (demontabel etc.). Vervolgens wordt de volgende afweging gemaakt: ‘wat voor investering moet nu gemaakt worden om daar eventueel flexibiliteit in aan te brengen en wat levert het mogelijk op’. Amvest is van mening dat er altijd vraag blijft naar kleinschalige woonvormen. Mensen vinden het prettig om met elkaar te wonen als de kwaliteit van wonen in het gebouw goed is.

Vanuit het ontwikkel fonds is er al een locatie aangekocht om extramurale woningen te ontwikkelen. Dit project bevindt zich ook in de randstad. Echter is dit project niet locatie gebonden en kan het ook buiten de randstad worden opgezet.

Wanneer een gebied wordt ontwikkeld, wordt de locatie dan ook onderzocht op welke voorzieningen in de buurt aanwezig zijn?

Ja. Er is een belangrijk verschil tussen wat er nu gedaan wordt en waar Amvest naar wilt kijken. Voor de zwaardere zorg is het vooral van belang dat het in een woonomgeving ligt (levendigheid in de omgeving), een bos heeft niet de voorkeur.

Waarom niet?

Amvest merkt dat bewoners het toch prettiger vinden om in een levendige omgeving te wonen waar iets gebeurd en dat er iets te zien is en dat de mogelijkheid bestaat om een rondje te lopen. De mogelijkheid dat dit bestaat dat vinden mensen prettig en daar wordt waarde aan gehecht. De afstand naar een huisarts en naar een fysiotherapeut daar kijkt Amvest in de locatie beslissing ook wel naar maar dat fungeert meer als een indicatie in wat voor een wijk het ligt. Over het algemeen is er niet een minimum en maximum afstand voor een huisart etc.

Eigenschappen zorgwoningen

Waarom gaat de keuze uit naar woningen kleiner dan 50m²?

De kleinere ruimtes hebben betrekking tot de zwaardere zorg units (intramuraal). Tot op heden gaat de interesse voornamelijk uit naar het ontwikkelen van intramurale zorgwoningen. Voor de lichte zorg variant, waar ouderen nog zelfstandig kunnen wonen, daar bekijkt Amvest de mogelijkheden voor het hebben van grotere appartementen. Daarnaast geven ouderen aan steeds langer zelfstandig te willen wonen, dan heb je het over een ander product ten opzicht van de zwaardere zorg units.

Op de markt bestaan er meerdere concepten met daarin meerdere variatie voor kleinschaligheid voor de zwaardere zorg. De Leyhoeve daarentegen, bestaat uit een concept van 300 appartementen en dat werkt ook volgens Amvest. Hier gelooft Amvest ook wel in, dat zou bijvoorbeeld in Amsterdam ook kunnen worden neergezet.

Waarom heeft Amvest niet de interesse om koopwoningen te ontwikkelen?

Amvest is uiteindelijk een belegger en als belegger heb je er minder aan om je woningen te verkopen. De ontwikkel tak van Amvest ontwikkeld voor fondsen, dus voor de belegger. De ontwikkelaar zou er uiteindelijk ook voor kunnen kiezen om een deel wel in de koop te doen. Een bijkomstigheid is wanneer voor een oudere doelgroep wilt worden ontwikkeld dan is het wel prettig dat je daar ook de mogelijkheid hebt om daarin keuzes te maken als eigenaar en bijvoorbeeld niet in een VVE zit waar minder inspraak is. De belegger wil het complex in volledig eigendom hebben om concepten zo te kunnen laten slagen.

Knarrehof is een concept wat zich richt op particulieren die gezamenlijk iets willen ontwikkelen en dat wordt gedaan onder het label Knarrehof. Dit is een organisatie die de particulieren daarin helpt. Hier is het idee om een deel huur en een deel koop te ontwikkelen. Amvest gelooft in dit concept bij de start alleen om het concept dan in stand te houden bij een wissel van verschillende mensen die als eigenaar daarin betrokken zijn, dat is volgens Amvest een ingewikkeld concept.

Waar zit het ingewikkeld in?

Wanneer je keuzes moet maken, die vaak over geld gaan, dan moet je daar uit eindelijk knopen over kunnen door hakken en zeggen: ‘zo gaan wij het doen’. In plaats van dat er eindeloos over wordt gediscussieerd.

WELL certificaat

In hoeverre bent u bekend met het ‘WELL Certificate’?

De belegger heeft zich al eerder op een globaal niveau verdiept in het WELL principe, maar door de prijs die destijds werd gehanteerd was het geen aantrekkelijk concept voor Amvest. Wanneer het een kleinschalig object betreft, dan moet er een behoorlijke investering worden gemaakt. Daarnaast zijn de objecten zo ontworpen dat de dingen die Amvest wilt bereiken ook al deels overeenkomen met de elementen die in WELL zijn opgenomen. Hierdoor zag Amvest destijds niet de relevantie in om te investeren in WELL.

Amvest vind het lastig om de haalbaarheid van WELL in te schatten. Ditzelfde geldt voor BREEAM. Een voorbeeld wordt geschetst over het nieuwe kantoor van Amvest in Amsterdam. Het kantoor is in eigendom van Amvest en ook is de overweging gemaakt om het kantoor te voorzien van een certificaat. Echter was destijds de vraag wat er mee bereikt wilde worden niet duidelijk en wat levert het op voor zowel de huurder als voor de belegger was ook niet concreet.

Bent u wellicht bereid om in de toekomst te investeren in WELL?

Aangegeven wordt dat Amvest misschien bereid is om te investeren in een WELL certificaat. De reden waarom voor misschien wordt gekozen heeft te maken met de vraag: ‘is het meer dat je de systematiek aanhoudt om betere ontwerp keuzes te maken?’. Hierdoor maakt uiteindelijk het hebben van een certificaat nog niet zo heel veel uit.

Op dit moment is Amvest nog heel terughoudend in nieuwe innovatieve maatregelen zoals een WELL certificaat omdat Amvest een vrij nieuwe portefeuille heeft. Een deel van de portefeuille is ook verouderd en deze is Amvest aan het renoveren. Hier wordt dan ook GPR voor gebruikt om de kwaliteit inzichtelijk te maken. Daarom ontstaat nu ook de vraag waarop de belegger wilt focussen. Van oorsprong is Amvest een langer termijn belegger. Hierdoor worden geen woningen voor 10 jaar neergezet, maar voor een langere periode. Dit moeten fijne woningen zijn die zijn gesitueerd in een mooie woonomgeving. Hierop legt Amvest al de nadruk.

Kan WELL een meerwaarde opleveren in de GRESB score?

Volgens Amvest kan dit een bijkomstige reden zijn om WELL te integreren in het ontwerp om hiermee een hogere scoren te realiseren. Op dit moment gebruikt Amvest GPR gebouw, echter wordt dit niet voor elk gebouw gedaan in verband met de hoge kosten. Wanneer je het verschil wilt gaan zien in de GRESB score dan moet WELL voor alle complexen gelden.

Omdat WELL grotendeels al is toegepast in kantoorgebouwen, is het interessant om het concept ook niet door te voren naar woningbouw? Hierdoor kan je continue een prettig en gezonde omgeving ervaren. Een ander voordeel om WELL te integreren is om de zorgkosten te verlagen om mensen een langer en gezonder leven te stimuleren. De kans op ziekte en ongeval kan hiermee worden verkleind. Daarnaast ontstaat ook de vraag hoe maak je het financieel haalbaar.

De belegger gelooft voornamelijk in het activeren van mensen in plaats van het verzorgen. Amvest merkt in de ouderen zorg dat er een automatische reflex ontstaat om mensen te betuttelen en het aan te pakken zoals het altijd al is aangepakt. Amvest vraagt zich af of de huidige of toekomstige generatie ouderen hier nog wel behoeft voor heeft. In plaats van dingen juist uit handen te gaan nemen, gelooft Amvest er juist in om ouderen te stimuleren om erop uit te gaan om zodoende te bewegen en de sociale interactie te stimuleren. Kortom, laat de ouderen juist inspannen in plaats van alles uit handen te nemen.

Wat is de grootste verandering wanneer je het hebt over duurzaamheid?

Dat is met name de aandacht voor klimaat en energie. De invulling hiervan daar is Amvest volop mee bezig om het zodoende op een goede manier te doen en meetbaar te maken. Amvest denkt uiteindelijk, wanneer je kijkt naar WELL, wanneer dat wordt geassocieerd met gezondheid, dat dat de slag gaat zijn van hoe gezondheid wordt gedefinieerd. Gezondheid is ook een ruim begrip en daarom is het zaak dat hierover eenduidigheid ontstaat ten opzicht wat Amvest nu al doet ten aanzien van gezondheid. Er kan op dit moment al worden gesteld dat er gezonde woningen zijn want de isolatie voldoet, ventilatie etc. De vraag is dan wat wilt hierin extra worden gedaan en waar is behoeft naar?. Uiteindelijk ligt hier de meerwaarde en de uitdaging om te definiëren wat een gezond gebouw betekent en inhoudt en vervolgens daarop te gaan sturen dan wanneer het gehele complex wordt gecertificeerd op allerlei punten waarvan je toch al weet dat 95% (bij wijze van) dat het wel goed zit.

Welk voordeel ontstaat er voor een huurder wanneer een gebouw is voorzien van een 'WELL Certificate'?

Amvest denkt dat het ontwerp dan beter is waardoor een comfortabelere woning ontstaat voor de huurder. In het ontwerptraject zullen er andere keuzes worden gemaakt die misschien beter zijn voor de huurder.

Zullen de panden die beschikken over een WELL certificaat meer opleveren voor Amvest?

Dat zou in theorie wel zo moeten zijn, maar dat is heel lastig omdat het van de markt afhangt. Neem bijvoorbeeld Amsterdam, daar is iemand al heel erg blij wanneer iemand een woning vindt en of hij daar nou €10 euro meer of minder voor betaald dat maakt dan niet zoveel uit. Het is lastig om deze vergelijking te maken. Uiteindelijk gaat het om de visie die Amvest heeft wat onder een 'goede woning' wordt verstaan. Dat is vooral in het ontwerp traject van belang dat er extra keuzes worden gemaakt om een comfortabele woning te creëren.

Hoe kan je juist mensen waar de zorgkosten het hoogst zijn, stimuleren om actief te bewegen. Dit is weliswaar een andere discussie maar heeft indirect wel relatie tot de vormgeving van een gebouw of de organisatie daarvan.

Levensloopbestendige woningen

In principe zijn alle woningen die Amvest ontwikkeld levensloopbestendig. Levensloopbestendig houdt in appartementen die voldoen aan de toekomstige huisvestingsvraag. Denk hierbij aan bredere deuren, geen drempels, een lift, en gelijkvloers. Dit zijn onder andere de uitgangspunten van levensloopbestendige woningen. Volgens Amvest is de term levensloopbestendig een standaard term en komt dit vaak aan de orde

wanneer het over een oudere doelgroep gaat. Daarentegen ontstaan juist de vraag of je wel levensloopbestendige woningen wilt ontwerpen waarbij mensen op hun 45ste ergens gaan wonen om vervolgens daar tot hun 95ste te blijven wonen. Amvest beaamt dat je genoeg mensen ziet die op hun 45ste in een eengezinswoning gaan wonen en op hun 95ste nog steeds strompelt de trap op ziet gaan. Daarom ontstaat er een andere discussie of je mensen wel in een vroeg stadium wilt confronteren / sturing geven aan de toekomstige woonsituatie. Een voorbeeld hiervan is het hebben van beugels bij wc wat direct al het gevoel geeft van een ‘ouderen woning’. Ook qua betegeling etc. (praktisch) dat kan een belangrijke invloed hebben op de sfeer in de woning. Dit doet Amvest niet. Amvest wilt hoog wooncomfort creëren, echter wordt er wel over nagedacht dat bepaalde voorzieningen al zijn opgenomen om in te spelen op de toekomstige behoeftes. De breedte van de deuren zijn bijvoorbeeld al express wat breder gemaakt om het gebouw zowel toegankelijk te maken voor gezinnen met kinderen als voor ouderen.

Door ouderen te stimuleren om voor een langere periode in eengezinswoningen te blijven wonen, ontstaat er hierdoor ook weer een woning schaarste op markt voor dit segment. Andere doelgroepen kunnen hierdoor ook worden benadeeld.

De volgende vraag die kan worden gesteld luidt als volgt: ‘is het juist niet beter om de stad juist aantrekkelijk te maken voor gezinnen en jongeren in plaats van hier ook ouderen te willen hebben?’. De vraag is of je voor iedereen altijd maar de mogelijkheden wilt openhouden. Amvest ziet ook de mogelijkheden en kansen door zich meer te gaan richten op community building. Kortom dat je je meer richt op een combinatie van oudere en jonge mensen. Volgens Amvest is het voornamelijk belangrijk om een interessante en aantrekkelijke omgeving te creëren, dan maakt het niet zo heel veel uit waar deze omgeving ligt.

Op welke manier wordt de definitie ‘fijn wonen’ getoetst?

Elk jaar doet Amvest een klant tevredenheid onderzoek met alle huurders van Amvest. Het feedback wordt ook meegenomen in toekomstige ontwikkelingen.

Wat wordt op dit moment door de huurders als ‘fijnste ervaren’?

Dat is heel verschillend omdat het per complex getoetst wordt. Ook wordt de klanttevredenheid gemeten met betrekking tot contact met de beheerder, de woonomgeving etc. Over het algemeen zijn de huurders erg tevreden over de woningen (betrifft geluid, comfort etc.).

Hoeveel waarde wordt er gehecht aan het creëren van voldoende bergruimte in de woningen?

Een complex dat zich meer richt op de oudere doelgroep daarin wordt ook rekening gehouden met de bergruimte in de keuken. Wanneer iemand starter is dan zal deze in eerste instantie minder behoeft hebben aan het hebben van voldoende bergruimte ten opzichte van een senior. Met het aspect geluid houdt Amvest ook veel rekening in het ontwerp. Zo worden er extra dikke muren gebouwd om geluidsoverlast te voorkomen.

Enquête uitkomst

Mutatiegraad

Er wordt langdurig verhuurt aan een zorgorganisatie. Zo een zorgorganisatie huurt voor 15 jaar. Na 15 jaar zal zo een zorginstelling er nog steeds wel inzitten vandaar dat de mutatiegraad voor kantoren hoger is. Aan de andere kant, ouderen die naar een lichtere zorgwoning invulling gaan die wonen daar over het algemeen voor een lange periode. Dit in tegenstelling tot een verpleeghuis, daar overlijden mensen sneller en zal de mutatiegraad dus hoger zijn.

Risicoprofiel

Het risicoprofiel ten opzichte van woningen, dan hangt het ook weer af van wat voor zorgvastgoed heb je voor ogen. Wanneer er wordt gekeken naar de gebouwen van Amvest, de wat zwaardere zorg gebouwen (intramuraal), dan moet je ook iemand anders vinden die ook gelooft in hetzelfde concept (in geval een zorgaanbieder failliet gaat).

Hoe gaat Amvest hiermee om?

Amvest heeft er bewust voor gekozen om een partnership aan te gaan met zorg partners en daarom doet Amvest maar met 4 partijen zaken (zoals eerder genoemd). Totaal heeft Amvest 60 panden met deze zorg partners, in plaats van dat Amvest met 60 huurders elke keer een huurcontract afsluiten.

Hoe waarborg je financiële stabiliteit van zo een organisatie waarmee jullie in zee gaan?

Dit wordt gewaarborgd op meerdere manieren: (1) door samen vooraf goed te kijken hoe de businesscase eruit ziet en (2) Amvest heeft ook een klein aandeel in de zorg exploitant om de vinger aan de pols te houden over het geen wat de exploitant heeft bedacht dat dit tot een succes leidt. Wanneer er bijgestuurd moet worden, dat dit ook gebeurd.

Heeft Amvest dan een ‘extra’ om hier financieel aan bij te dragen indien het de verkeerde kant op schiet/wanneer extra financiering nodig blijkt te zijn?

Nee dat heeft Amvest niet, maar wel de mogelijkheid om te sturen (op het aspect als het niet goed gaat) door het x-percentage aandeelhouder dat Amvest vertegenwoordigt.

Kort door de bocht: de zorg exploitanten zijn de oprichters, dit zijn bijvoorbeeld twee ondernemers die voor 90% aan aandelen hebben (niet conform hoe het exact in elkaar steekt maar ter indicatie). Amvest heeft dan de overige 10% van de aandelen in de huurexploitatie BV. Die huurt bij Amvest in het fonds, dat is de huurder. Doordat Amvest de 10% aandelen heeft in de huren (in de exploitant) weet Amvest wat daar gebeurd. Komt er bijvoorbeeld te weinig binnen qua huur van individuele bewoners, of wordt er verlies gedraaid of wordt er te weinig op service verdient etc. Op deze manier heeft Amvest hier inzicht in en kan er vroegtijdig actie worden ondernomen. Indien het de verkeerde richting op gaat, kunnen bijvoorbeeld de servicekosten worden verhoogd, en zodoende de huur van de huurders worden verhoogd.

Hoe vaak wordt de situatie herzien?

Dat is constant. Het contact met de zorg exploitanten is wekelijks. Omdat het er maar 4 zijn is dit overzichtelijk.

Heeft Amvest een plan B wanneer toch blijkt dat een van de exploitanten failliet gaat?

Wanneer toch blijkt dat deze exploitanten failliet gaan, dan heeft Amvest een probleem en moet Amvest andere partijen vinden. De kans dat dit gebeurd is heel erg klein omdat Amvest het heeft geregeld zoals omschreven. Hierdoor schat Amvest het risico laag in ten opzichte van reguliere huurwoningen en vandaar ook een lage IRR. Reguliere huurwoningen heeft een iets lager risicoprofiel dan zorgwoningen omdat de alternatieve wendbaarheid voor zorg complexer lager is dan die voor reguliere woningen. Wanneer de huurder in de huurwoning niet meer in staat is om de huur te betalen, dan staat de huurder altijd klaar en bij een zorgcomplex is dit ingewikkelder desondanks dat er veel vraag naar zorgwoningen is.

Er kan altijd een reden zijn dat de zorginstelling failliet gaat en dat kan een andere reden zijn dan dat er geen vraag is voor zijn product. Dus er zijn twee concepten, of Amvest huur de reguliere woningen direct aan de

huurder. Voor zorgwoningen zit hier eerst een zorg exploitant tussen. Voor het middensegment is dit zorg ondernemer Gasthuis en Futura, echter qua type complex is het compleet verschillend. Dit betreft zorg routing, de grootte van een keuken, woonbeleving en sfeer etc. Stel dat een van deze twee exploitanten failliet gaat, dan kan de andere partij niet zeggen: ‘ik ga het goedkoper overnemen’, deze ondernemer zal daar ook eisen aan verbinden. Kortom, contractueel gezien zit het concept zorgwoningen ook lastiger in elkaar dan het concept reguliere woningen. Er zit een verschil tussen het complexgewijs verhuren aan een zorginstelling of individueel verhuren aan de bewoners.

Houtbouw

Amvest is aan het kijken om meer te doen met Hout. Dit is enerzijds vanwege het klimaat. Wanneer je een gewone eengezinswoning van hout zou maken ten opzichte van regulier baksteen/beton/staal, dan zou je eigenlijk 1040 zonnepanelen een jaar lang stroom moeten laten opwekken om het verschil in CO₂ uitstoot van het bouwmateriaal te compenseren. Daarnaast is hout veel fijner om in te wonen en gezonder omdat het vochtregulerend werkt, en het geeft een bepaalde sfeer en draagt bij aan de akoestiek. Dus het wooncomfort wordt ook verbeterd. Amvest ziet kansen in het toepassen van houtbouw dat ten gunste komt aan het klimaat en voor de gezondheid. Wellicht dat dit in combinatie met WELL het nog interessanter maakt.

Ontwikkelingen in zorgvastgoed

CBRE ontwikkelt en taxeert en financiert zorgvastgoed. Daarnaast koopt en verkoopt CBRE ook. Ook heeft CBRE de expertise om klanten te begeleiden in het proces en worden haalbaarheid studies gemaakt. Kortom, alle soorten dienstverlening op het gebied van zorgvastgoed worden door CBRE opgepakt. Dit wordt gedaan names zorginstellingen, ontwikkelaars, banken en beleggers. Met elke zorgvastgoed gerelateerde vraag kun je bij CBRE terecht. Dit wordt nu al 5 jaar lang gedaan en de ambitie is verder te groeien met een team - momenteel een team van 14 mensen. De combinatie tussen zorg en duurzaamheid wordt momenteel nog weinig uitgevoerd in de praktijk. Veel partijen willen uit idealisme wel, maar het verdienmodel is nog nog niet betrouwbaar genoeg. De resultaten duren te lang voordat de investering is terugverdiend. Binnen de zorg zitten er bestuurders die regeren voor de periode dat ze de desbetreffende functie uitvoeren en de terugverdientijd is langer dan de periode dat de bestuurder werkzaam is. Hierdoor wordt vaak de investering niet gedaan.

De terugverdiend tijd hangt af van het type investering dat gedaan wordt. De erkende maatregelen van WELL zouden zich binnen een periode van (maximaal) 5 jaar terug moeten verdienen. Hierdoor worden ze vaak niet uitgevoerd. Je ziet echter nu wel dat er een kantelpunt ontstaat en dat de raad van toezicht een kritische vraag stelt: 'moet daar geen plan voor worden ontwikkeld'. Iedereen wilt graag iets doen aan duurzaamheid echter is het nog onbekend hoe dit kan worden aangepakt. Deze discussie speelt nu steeds vaker een rol.

Haalbaarheid

Wat is de belangrijkste factor die het op dit moment moeilijk maakt om het aspect duurzaamheid financieel haalbaar te maken?

Voor kantoren is het vrij eenvoudig, zowel energetisch als vanuit het gezondheidsperspectief. Omdat vrij duidelijk is aan te tonen wat de voordelen zijn van het WELL certificaat voor kantoren. Het zegt namelijk dat mensen voor 90% productiever worden, wanneer er een productiviteitscijfer van 10% hebben in plaats van -10% dat scheelt heel veel en dat ga je zien in de cijfers. Terwijl met zorgvastgoed en met scholen ziet niemand het directe profijt van het hebben van een WELL certificaat. Mensen zijn (nog) niet bereid om hier extra voor te betalen. Een duidelijke strategie heeft CBRE op dit moment nog niet, echter door er mee bezig te zijn zal er steeds meer erkenning ontstaan.

Het is ook een stukje bewustwording. We gaan steeds meer op de energetische maatregelen zitten omdat vanuit de overheid wordt verplicht om bepaalde duurzaamheid maatregelen te nemen.

Zijn de banken bereid om (extra) bij te dragen aan het kunnen realiseren van zorgwoningen?

Dit is een moeilijke discussie. De rol van impact van de financier wordt steeds groter. Banken willen een maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen tijdens het omarmen van dit soort concepten. Puntje bij paaltje vinden banken het toch altijd nog spannend en zien ze ook wel heel veel risico's. Deze risico's hebben betrekking tot de onbekendheid van de sector: 'hoe gaat de markt zich ontwikkelen en hoe gaat de financiering vanuit de overheid zich ontwikkelen?'. Daarnaast zijn zorginstellingen vaak stichtingen die hele kleine marges maken. Dus in een goed jaar draaien zij 3% winst op bijvoorbeeld een omzet van €150 miljoen. Dat betekent dat er weinig 'vet op de boten aanwezig is'. Op het moment dat het wat minder gaat, wordt het spannend. Banken worden steeds kritischer en het verhaal moet steeds beter zijn.

Onderzoek naar zorgwoningen

CBRE heeft in samenwerking met SAREF onderzoek gedaan naar zorgwoningen. Hierin wordt het volgende aangetoond: voor een levensloopbestendige appartement - waarbij je een zorg exploitant 24/7 in het complex aanwezig laat zijn dat - er 11% meer huur gevraagd kan worden. Dit onderzoek is gebaseerd op 25 steden in Nederland.

Waar is dit percentage op gebaseerd?

Het is moeilijk om dit resultaat exact te onderbouwen maar er ontstaat het vermoeden dat met name vanuit de markt dit leidt tot schaarste en dat partijen zodoende bereid zijn om een hogere prijs te betalen. Wanneer je hetzelfde zou kunnen aantonen met WELL of met een andere vorm van duurzaamheid dan heb je de 'kruks' in handen. Wanneer je voor beleggers kunt uitleggen dat door te investeren in duurzaamheid dit leidt tot een hogere huurprijs en dat vanuit de markt er behoeft is om daar extra voor te gaan betalen, dan kan een haalbare business case ontstaan.

De verwachting is dat de huidige generatie ouderen minder bereid nog zullen zijn om extra te betalen voor duurzaamheid maatregelen / maatregelen die betrekking hebben tot WELL. Daarentegen is de verwachting dat de nieuwe generatie hier wel meer het belang van inziet. Wanneer je nieuwbouw realiseert, doe je dit niet voor de huidige markt maar kijk je naar wat de toekomst vraagt.

Hoe verhoudt de demografische ontwikkeling zich tot de vraag naar ouderen woningen?

De vraag naar zorgwoningen is overal in Nederland aanwezig. Vanuit beleggers perspectief wordt het randstad gebied en Brabant als meest interessant ervaren, echter de nood naar nieuwbouw en vervangende huisvesting is buiten de randstand net zo groot. Echter wat je wel in dit soort gebieden ziet is dat de generatie na de huidige ouderen, dat die generatie ophoudt. Kortom, er is een huidige piek aan vergrijzing aanwezig buiten het randstedelijk gebied echter stop de vraag naar het hebben van zorg woningen na de huidige generatie. Om hiervoor te bouwen heb je een kortere terugverdientijd nodig - dat is het huidige probleem. Vorig jaar is een locatie verkocht buiten het randstedelijk gebied aan een Belgische institutionele partij. Het verdienmodel van deze Belgische partij zijn compleet anders dan die van de Nederlandse beleggers. Wanneer je voor 20 jaar kunt exploitanten en na 20 jaar moet je het terug geven aan de 'natuur', dat zou voor een Nederlandse belegger nooit opgaan. Ook is de vraag of dit systeem duurzaam is.

De behoefte vanuit de bewoners is er en ze moeten gehuisvestigd worden. Dus op een manier gaat daar iemand op inspelen. Dit kunnen of de lokale woningcorporaties zijn of de zorginstellingen zelf. Iemand moet de cases haalbaar maken: 'je kunt bijwijze van niet mensen uit Friesland dwingen om in de randstad te gaan wonen om dat in Friesland het niet rendabel is'. Kortom, iemand moet in dat 'gat' gaan springen en op welke manier dat wordt een hele uitdaging. Wanneer je hier een goed concept voor kan ontwikkelen wanneer het bijvoorbeeld een demontabel gebouw maakt, is hiervoor een enorme markt. Je kan dan bijvoorbeeld een complex neerzetten voor 20 jaar en na 20 jaar verbouw je het complex/ruim je het op. Dit moet zich volgens CBRE prima kunnen worden terugverdiend. Of het juist andersom bekijken, omdat er misschien nu al veel leegstand ontstaat, om deze complexen om te bouwen en dan in de renovatie rekening te houden met 20 jaar in plaats van met 40 jaar bijvoorbeeld.

WELL certificaat

Wat doet CBRE op dit moment aan WELL?

CBRE heeft een quick scan gemaakt. Aan de hand van deze quick scan werd gekeken wanneer je nu zou exploiteren waar zou je dan op uit komen en wat moet er verbeterd worden om op een goede WELL score uit te komen. Dit geldt voor een nieuwbouw woningbouw project volgens versie 2. Hierin kwam CBRE er al snel achter dat heel veel credits heel specifiek nog voor kantoren gelden en de medewerkers. Daarentegen heeft versie 1 een speciale versie voor ‘multi residential pilot’, dus echt voor woningen. Deze eerste versie is wat makkelijker in gebruik, of makkelijker om er ideeën uit te halen wat je echt specifiek kan gebruiken voor de levensloopbestendige woningen.

Het lastige aan WELL is dat het ‘up and coming is’. Het is nog vrij nieuw. Vanuit CBRE wordt er veel contact gelegd met WELL en er worden nog veel scans gemaakt. Neem bijvoorbeeld de sensoren daar zijn strikte regels aan verbonden betreffende de meetbaarheid. CBRE ziet dat dit bij versie 2 al wat makkelijker is dan versie 1.

Waarom is dit in versie 2 makkelijker dan in versie 1?

Het makkelijke zit hem in de keuze. Je hebt meer keuze en daardoor ben je flexibeler. Er zitten minder verplichte credits in (pre-conditions) en meer credits voor ‘optimizations’. Hierdoor ben je dus meer flexibel om te bekijken wat echt bij het gebouw past in plaats van: ‘ik moet dit doen want het staat op het lijstje’. Wat opvalt is dat de organisatie van WELL openstaat voor suggesties: e.g. de (klimaat)omstandigheden zijn in Nederland heel anders dan in Amerika. Het WELL certificaat is afkomstig uit Amerika en dan ook voornamelijk daarop gebaseerd. Wanneer vanuit Nederland suggesties worden gedaan omdat dat beter bij de Nederlandse cultuur past, dan staat WELL hier voor open.

WELL en GRESB score

Bestaat de verwachting dat WELL een meerwaarde oplevert in de GRESB score?

WELL levert een toegevoegde waarde aan GRESB score. WELL is bezig om dit jaar GRESB aan het testen aan de hand van een gezondheidsmodule. Hierbij wordt gekeken hoe de gezondheid van een gebouw hoe dat kan mee tellen in de totale score. Dit was een pilot, ook global investors van CBRE, heeft hier aan meegedaan om te bekijken wat voor invloed dit heeft op de GRESB score. Het is op dit moment nog onduidelijk of dit jaar of volgend jaar wordt meegenomen in de GRESB score.

Hoeveel bedragen de kosten voor WELL?

Met name de certificering maakt WELL duur, dus niet zo zeer de inbouw. De inbouw, zeker omdat wij in Nederland al een vrij goede waterkwaliteit hebben en een aantal dingen echt van toegevoegde waarde zijn voor het gebouw om het WELL proof te maken is niet (belachelijk) hoog. De vraag is wat dan wat het kostenplaatje van de certificering voor de gebruiker en investeerder oplevert. Ook is het mogelijk om bijvoorbeeld elementen uit het WELL certificaat te hanteren als uitgangspunten voor een nieuw ontwerp, echter waarbij niet alle concepten worden opgenomen. Hierdoor is het dan niet mogelijk om een certificaat te kunnen verkrijgen.

Huur of kopen

Gaat de voorkeur uit om te huren of om te kopen bij een vergrijzende bevolking?

Je ziet dat de huidige generatie - die er nu zit - de voorkeur heeft voor koop omdat ze huren zonde van je geld is. Terwijl de generatie die eraan komt dat is de generatie die de voordelen van huren ziet, zodat ze de waarde die nu vast zit in hun huis zit. Hier kunnen ze bijvoorbeeld een camper voor kopen of andere dingen

waardoor ze op een leuke manier oud kunnen worden. Daarnaast zien ze door te huren ook de flexibiliteit voor de kinderen. Op het moment dat iemand komt te overlijden dan hoeven ze geen huis te verkopen maar zeggen ze gewoon de huur op. Deze voordelen zorgen ervoor dat de aankomende generatie bij voorkeur huurt. Dit omdat er bijna geen aanbod is in de koopsector dus wordt de keuze minder en daardoor wordt er gehuurd. Ook is er heel weinig zorgwoning aanbod beschikbaar in de koopmarkt, maar meer huur. De verwachting is dat deze aankomende generatie zich over een jaar of 10 a 15 zich zal ontwikkelen. De verwachting is dat rond 2030 deze generatie aanbod komt.

Combinatie van extramuraal en intramuraal

Hoe wordt tegen het concept ‘een combinatie van extramuraal en intramuraal’ aangekeken?

Dit concept komt steeds vaker terug in de markt. Een voorbeeld is de Leyhoeve (in Tilburg) waar beiden segmenten onder een dak wonen. Je ziet wel, en dat is ook het spannende aan de Leyhoeve, als je nog niet dementerend bent is de vraag of je met een dementerende omgeving geassoneerd wilt worden. Dat betekent wanneer je 65 of 75 bent en je bent nog gezond wil je dan in hetzelfde restaurant zitten waar ook dementerende eten. Het antwoord is 9 van de 10 keer nee, omdat je niet al geconfronteerd wilt worden met het vooruitzicht op je laatste levensfase. Het is dus belangrijk om dit op de juiste manier te scheiden. In de praktijk wordt dit nog redelijk beperkt gerealiseerd.

Daarnaast, om ouderen levensloopbestendige woningen aan te kunnen bieden waarbij er de mogelijkheid bestaat om te verhuizen naar de dementerende afdeling binnenin het complex, is dit moeilijk te realiseren in verband de beschikbaarheid. Echter aan de andere kant gaan de mutaties vaak hard in de dementerende afdelingen waardoor je rekening kunt houden met een eventuele beschikbaarheid. Om dit toch beter te kunnen waarborgen kan dit worden gerealiseerd door een flexibele schil.

Neem bijvoorbeeld de Leyhoeve die profileert zich tot een doelgroep vanaf 55 jaar, echter is de gemiddelde leeftijd 74 jaar. Wat gebeurd er, de mensen worden allemaal ouder. Dus over 10 jaar is de gemiddelde leeftijd daar geen 85 jaar, maar die is 82 of 83 jaar. Want nu stroomt iedereen nieuw in en blijft iedereen zitten. Wat gebeurd er dan: dan heb je mensen die daar voor de eerste keer komen kijken die willen daar niet wonen in verband met de hoge leeftijd van de huidige bewoners. Dus wanneer deze ouderen 65 jaar zijn, dan willen zij daar nog niet naar binnen. Hierdoor komt deze doelgroep ook pas binnen wanneer zij 80 jaar zijn. Kortom, de gemiddelde leeftijd gaat alleen maar verder omhoog. Hierdoor ontstaat de verwachting dat wij over 10 a 15 jaar de ‘ouder’ verzorgingstehuizen weer terughebben maar dan op een andere manier gefinancierd. Dit betekent dat er een zwaardere zorgbehoefte in de complexen nodig zijn.

Op wat voor een manier zou het dan gefinancierd moeten worden?

De zorginstelling huurt de PG woningen vaak via de belegger. Bij de Leyhoeve zie je dat de reguliere zorgwoningen en de PG woningen beide worden gehuurd van de belegger en dan kunnen mensen gewone reguliere huren betalen.

Segment

Voor welk segment is de vraag naar het hebben van zorgwoningen het grootst?

De vraag vanuit het middensegment is het hoogste.

[this page intentionally left blank]

