Zorgvastgoed: bezint eer ge begint

Zorgvastgoed is jarenlang het domein geweest van de overheid en zorg-instellingen. De introductie van meer marktwerking in de zorg en een terugtrekkende overheid maken dat het gemakkelijker wordt voor andere vastgoedpartijen om zich op de zorgmarkt te begeven. Maar wat is zorgvastgoed eigenlijk? En welke ontwikkelingen zijn er allemaal gaande? En ontstaat er zo eigenlijk wel een aantrekkelijke markt voor vastgoedpartijen?

Wat is zorgvastgoed?

In de zorg wordt onderscheid gemaakt tussen de cure (ziekenhuizen en een deel van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)) en de care (Verpleging en Verzorging (V&V), Gehandicaptenzorg en ook een deel van de GGZ). Daarnaast is er de eerstelijnszorg: huisartsen, psychologen, et cetera. Het vastgoed van elk type zorg heeft weer andere kenmerken:

- Bij de cure ligt de nadruk op herstel en dus op tijdelijk verblijf: het vastgoed bestaat uit behandelruimten, OK's en laboratoria, kantoorruimten en cliëntenkamers. Het betreft over het algemeen grootschalige gebouwen.
- Bij de care gaat het met name om langdurig verblijf: het vastgoed bestaat voor een groot deel uit cliëntenkamers of -appartementen, met daarnaast ondersteunende ruimten (huiskamer, zusterpost) en kantoorruimten. De verschijningsvorm varieert van grootschalige gebouwen tot instellingsterreinen met veel laagbouw tot kleinschalige woonvormen in de wijk.
- Vastgoed voor eerstelijnszorg kan heel verschillend zijn wat betreft verschijningsvorm, maar de laatste tijd worden de functies steeds vaker ondergebracht in een soort bedrijfsverzamelgebouw: een HOED (Huisartsen Onder Een Dak) of gezondheidscentrum.

1

2

Ir. Q.J.G. (Quirine) Berghs &
Drs. H.M. (Ellen) Olde Bijvank MRE

Mevrouw ir. Quirine Berghs[1] is bouwkundige en heeft enkele jaren bij een bouwmanagementbureau gewerkt als huisvestingsadviseur gezondheidszorg. Sinds twee jaar is ze werkzaam bij Quintis als consultant maatschappelijk vastgoed, waar zorgvastgoed deel van uitmaakt. Ze houdt zich bezig met conceptontwikkeling, haalbaarheidsstudies en huurprijsbepalingen. Mevrouw H.M. (Ellen) Olde Bijvank MRE[2] is na zes jaar manager te zijn geweest in de gezondheidszorg, sinds 10 jaar specialist op het gebied van zorg- en maatschappelijk vastgoed. Zij heeft meerdere publicaties op haar naam staan, waaronder 'Sale en leaseback van zorgvastgoed'. Ze houdt zich bezig met zowel projectontwikkeling van zorg- en multi-functionele centra als beleidsontwikkeling op het gebied van vastgoed bij zowel gemeenten, corporaties als zorgorganisaties.

Wat zijn relevante ontwikkelingen in de zorg?

De zorg heeft de laatste jaren te maken met een groot aantal ontwikkelingen: vanwege de vergrijzing lopen de kosten sterk op en is er vanuit de overheid de focus op kostenefficiëntie. De financiering van de zorg uit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) gebeurt niet meer op basis van een van tevoren vastgestelde norm, maar op basis van werkelijke productie (en bezetting). Hiermee vervalt de budgetzekerheid en dit verhoogt de concurrentie tussen instellingen. Tegelijkertijd zorgt de individualisering van de maatschappij voor een vraag naar een meer gedifferentieerd zorgaanbod: men wil ten eerste zo lang mogelijk thuis blijven wonen, maar als het echt niet anders kan moet er keus zijn in het zorg- en woonaanbod van de zorginstelling.

> "De wereld van zorgvastgoed is omvangrijk en biedt veel kansen, maar zorg er wel voor dat je van tevoren weet waar je aan begint!"

De consequenties voor zorgvastgoed is dat er vanuit het oogpunt van kostenefficiëntie meer nadruk komt te liggen op de toekomstbestendigheid van gebouwen. Zo wordt in ziekenhuizen steeds vaker de schillenmethode toegepast: de verschillende typen functies worden geclusterd naar het vastgoed dat daarvoor nodig is: de fabriek (de zeer specifieke ruimtes: OK's en laboratoria), het kantoor en het hotel. Die laatste twee typen vastgoed zijn gemakkelijker voor andere functies te bestemmen. Mocht een ziekenhuis-gebouw een andere functie krijgen, dan is er maar één stuk zeer specifiek en incourant vastgoed. De andere twee delen zijn gemakkelijker voor andere functies te bestemmen.

Daarnaast gaan zorginstellingen zich steeds meer focussen op klantenbinding en hierin kan vastgoed een onderscheidend middel zijn. Om het mensen mogelijk te maken zo lang mogelijk thuis te wonen, wordt eerst de eigen woning zodanig aangepast zodat dit mogelijk is. Dit kan in het kader van

toegankelijkheid (bijvoorbeeld de hoogte van drempels, breedte deuren, et cetera), maar ook in het toepassen van domotica (bijvoorbeeld een zorgoproepsysteem). Wanneer het niet meer mogelijk is om thuis te wonen, worden er steeds meer verschillende zorgconcepten ontwikkeld waar men vervolgens kan verblijven. Te denken valt aan:

- Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten en/of dementerende ouderen worden steeds vaker kleinschalig in de wijk ontwikkeld. Hierin vormen zes tot acht cliënten een 'huishouden'. De voordelen zijn dat de voorziening makkelijker bereikbaar is voor mantelzorgers. Bovendien doet de uitstraling van de voorziening en de wijze waarin in huishoudens wordt samengeleefd sterk denken aan 'thuis'.
- Een andere populair concept is de woonzorgboerderij, waar men kleinschalig 'buiten' woont en als een vorm van dagbesteding in verschillende buitenactiviteiten kan participeren.
- Daarnaast komen er steeds meer luxe woonzorgvoorzieningen voor welgestelde ouderen. In deze omgebouwde landhuizen of villa's kan men relatief groot wonen en gebruik maken van een uitgebreid aanbod aan zorg- en welzijnsdiensten.

Zekerheid van financiering van zorgvastgoed vervalt

Tot enkele jaren geleden was nieuwbouw van zorgvastgoed relatief simpel: er werd aan de hand van normgetallen van het Bouwcollege bepaald hoeveel vierkante meter er gebouwd mocht worden (bijvoorbeeld 45 vierkante meter per cliënt voor een zelfstandig appartement) en hoeveel dat maximaal zou mogen kosten (bijvoorbeeld 1.728 euro per vierkante meter verblijf). Op basis van deze normgetallen werden een ontwerp en een kostenraming opgesteld en ter goedkeuring voorgelegd aan het Bouwcollege. Na goedkeurig volgde een toelating om te mogen bouwen: een overheidsgarantie die ervoor zorgde dat de zorginstelling bij elke bank terecht kon voor financiering. Daarna kon er gebouwd worden. Jaarlijks werden dan de rente- en afschrijvingslasten nagecalculeerd (terugbetaald door de overheid aan de zorginstelling).

Anno 2010 is er veel veranderd: het Bouwcollege bestaat niet meer en ook de normgetallen zijn losgelaten. Er hoeft geen goedkeuring meer verkregen te worden om te mogen bouwen. Er wordt nog wel nagecalculeerd, maar waarschijnlijk vanaf 2012 wordt vastgoed bekostigd op basis van prestatie: elke cliënt valt binnen een zorgzwaartepakket (dat bestaat uit een aantal uren zorg dat die cliënt nodig heeft) en aan elk zorgzwaartepakket hangt een vastgoedcomponent. De vastgoedcomponenten van alle cliënten van een instelling opgeteld, maken samen de kapitaallastenvergoeding uit. Dit houdt dus ook in dat als er minder cliënten zijn dan beoogd (er is sprake van leegstand), dat er dan ook minder kapitaallastenvergoeding binnenkomt.

Instanties die een rol spelen bij de ontwikkeling van zorgvastgoed

- Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor alle wet- en regelgeving voor de zorg.
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is een uitvoeringsorgaan van het Ministerie van VWS en stelt beleidsregels op.
- Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft mensen een zorgindicatie in de vorm van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) of ZorgZwaartePakket (ZZP). In deze indicatie ligt vast of verblijf ('het wonen') onderdeel uitmaakt van het pakket. Is dat het geval, dan wordt het verblijf vanuit de AWBZ betaald en hoeft men geen huur te betalen.
- De zorgkantoren behoren tot verschillende zorgverzekeraars en zijn verantwoordelijk voor het contracteren van zorginstellingen: elke zorginstelling mag maar een bepaalde capaciteit aan verblijfsplaatsen realiseren.
- Het Bouwcollege (voormalig uitvoeringsorgaan van het Ministerie van VWS op het gebied van bouw) heet nu Centrum Zorg en Bouw (onderdeel van TNO) en heeft geen formele rol meer, alleen een adviserende.

Kenmerken zorgvastgoed:

- Deels specifiek en incourant (OK's van een ziekenhuis, algemene ruimten), deels courant (kantoren, appartementen).
- Eigen financieringssystematiek.
- Zorginstellingen zijn (vaak) niet-professionele partijen op het gebied van vastgoed.
- Er wordt gewerkt met langjarige huurcontracten (tussen 5 en 30 jaar).

Wat zijn de gevolgen voor zorginstellingen?

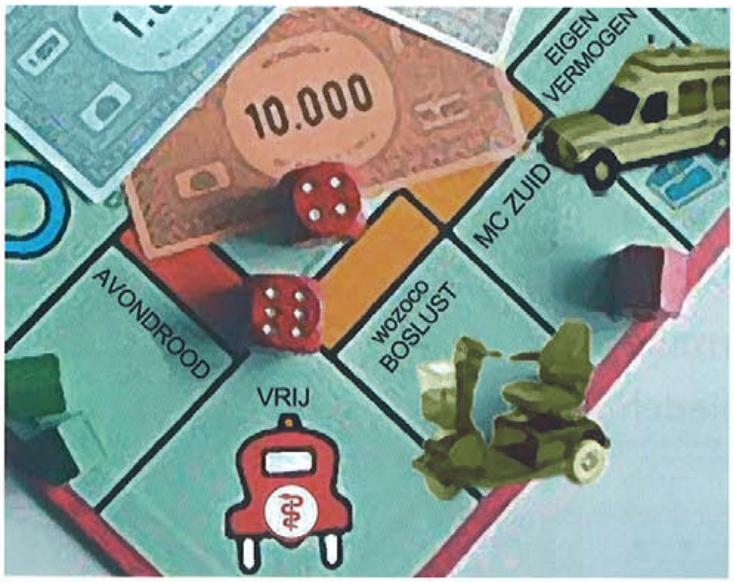
Voor zorginstellingen zijn de gevolgen van deze veranderende financieringswijze enorm: het wordt van groot belang om bestaande gebouwen aantrekkelijk te houden en leegstand te voorkomen. Voor nieuwbouw zijn er geen voorgeschreven normen meer, dus de instelling dient een eigen, goed onderbouwde visie te hebben op toekomstbestendige huisvesting voor haar cliënten. En omdat de kapitaallastenvergoeding niet langer gegarandeerd is vanuit de overheid, zal de zorginstelling met een goed businessplan voor de nieuwbouw dienen te komen om banken te overtuigen van hun zorgconcept.

Er komt onderscheid tussen zorginstellingen met een eigen professionele vastgoedafdeling en zorginstellingen die focussen op hun core business, zorgverlening, en die hun vastgoed afstoten aan andere partijen. Op dit moment zijn het met name woningcorporaties die zorgvastgoed in hun portefeuille hebben; het wordt gezien als een type maatschappelijk vastgoed. Daarnaast zijn er enkele commerciële initiatieven, zoals de Thomashuizen, Zuster Floor en De Herbergier: franchiseformules voor over het algemeen wat luxere woonzorgvoorzieningen. Ook zijn enkele zorgvastgoedfondsen in het leven geroepen zoals het ING Health Care Fund.

Wat betekent dit alles voor andere vastgoedpartijen?

Is het nu gemakkelijk om als professionele vastgoedpartij (corporatie, projectontwikkelaar, belegger) in het zorgvastgoed te stappen? Hierop is een tweeledig antwoord te geven: ja en nee. Allereerst zijn er een aantal argumenten om dit positief te beantwoorden. De zorginstellingen zelf stoten bewust de vastgoedtaak af waarbij ze deze taak overlaten aan andere partijen. De komende decennia zal de vraag naar zorgvastgoed, mede door de vergrijzing, blijven bestaan. Daar de vraag min of meer afhankelijk is van de grijze druk in Nederland is dit type vastgoed een stuk minder cyclisch dan andere typen vastgoed. Waar de vraag naar andere typen vastgoed vaak samenhangt met de economische situatie is dit dus niet het geval bij zorgvastgoed. Ook bieden zorginstellingen op het eerste oog zekerheid, vaak zijn het grote, professionele organisaties die niet failliet lijken te kunnen gaan (dit biedt echter geen garantie voor de toekomst). En als laatste kan er gesteld worden dat door de afschaffing van het Bouwcollege en vastgestelde normen er minder procedures zijn om nieuw zorgvastgoed te realiseren.

Toch blijft het vastgoed van organisaties in het semi-publieke stelsel met veel wet- en regelgeving in vergelijking met andere typen vastgoed. Ook vallen overheidsgaranties die zorgvastgoed tot een veilige ontwikkeling en belegging maken in de toekomst weg waardoor het zich op dit punt niet meer kan onderscheiden.



In ieder geval staat vast dat ontwikkelen van zorgvastgoed niet op dezelfde manier kan worden aangepakt als andere typen vastgoed. Om succesvol op de markt van zorgvastgoed te opereren, zul je als vastgoedpartij aan een aantal voorwaarden moeten voldoen:

- Basiskennis hebben van de zorgwereld en 'de taal van de zorg' spreken: waar bestaat de core business van een zorginstelling uit? Hoe kan vastgoed daarin faciliteren? Hoe zit de bekostiging van zorgvastgoed in elkaar? Wat zijn de externe ontwikkelingen waar zorgpartijen mee te maken hebben?
- Een eigen visie hebben op zorgvastgoed (wat betreft de ontwikkeling van de marktvraag, toekomstbestendigheid, et cetera).
- Parameters ontwikkelen die specifiek voor zorgvastgoed (of verschillende typen daarvan) gelden, zoals minimale rendementen en huurcontracttermijnen.

Kortom, de wereld van zorgvastgoed is omvangrijk en biedt veel kansen, maar zorg er wel voor dat je van tevoren weet waar je aan begint!