

Strategisch vastgoedbeleid in de zorg

DE ZORG WORDT NET EEN ÉCHT BEDRIJF

In het regeerakkoord wordt nogmaals bevestigd dat de marktwerking en verzakelijking in de zorgsector de komende jaren consequent zullen worden doorgezet. Per 1 januari 2008 zullen naar verwachting de kapitaalslasten integraal deel uit gaan maken van de tarieven in ziekenhuizen, terwijl dit tot nu toe een separate, geormerkte geldstroom was. De zorgsector volgt hiermee de trend die het afgelopen decennium al in het onderwijs, bij corporaties en bij organisaties als Schiphol en de NS is gezet. Deze omslag maakt in één klap een totaal andere kijk op vastgoed noodzakelijk. Onzekerheden en risico's, maar zeker ook veel kansen dienen zich aan.

Jim van Geest

De afgelopen jaren is er al een verschuiving zichtbaar van een strak gereguleerd systeem naar meer vrijheden en verantwoordelijkheden voor zorginstellingen. Kapitaalslasten maakten geen deel uit van de exploitatiebegroting van een zorginstelling, omdat dit een volledig separate geldstroom betrof. Zelfs de rentekosten waren tot enkele jaren geleden volledig nacalculeerbaar. Op dit moment zijn de rentekosten genormeerd, waarmee *treasury* zijn intrede heeft gedaan in de zorg. Instellingen met een goed vermogensbeleid kunnen dus verdienen ten opzichte van de rentekosten die zij in hun rekenstaat vergoed krijgen.

De gescheiden geldstromen zorgden ervoor dat zaken op het gebied van vastgoedbeleid en kapitaalslasten niet of nauwelijks een thema waren bij de sturing van het primaire bedrijfsproces. Bij nieuwbouw, uitbreiding of renovatie van zorggebouwen was de insteek daarom veelal om het 'onderste uit de kan' te halen. Dat speelde intern, want huisvestingskosten werden toch niet doorbelast aan de zorgafdelingen en professionals, waaronder de medisch specialisten. Maar ook in de externe contacten met instanties als het College Bouw Zorginstellingen en het College Sanering Zorginstellingen was de focus van

zorgbestuurders vaak om zoveel mogelijk bouwbudget en vierkante meters binnen te halen. Vervolgens was het tijdens het ontwerp- en bouwproces de kunst om zoveel mogelijk voor het beschikbare budget gerealiseerd te krijgen en bij tegenvallers, aanvullende wensen of nieuwe inzichten de gang naar het College Bouw te maken in de hoop op verruiming van de middelen.

Deze noodzakelijke bureaucratie leidde vaak tot zeer langdurige ontwerp- en bouwtrajecten. Een periode van meer dan tien jaar vanaf de eerste planvorming tot aan de realisatie was daarbij geen uitzondering. Het gevolg was dat de ingediende plannen vaak al achterhaald waren voordat kon worden aanbesteed. Dit leidde òf tot planaanpassingen met verdere vertraging tot gevolg òf tot planwijzigingen tijdens de uitvoering. Planwijzigingen die in veel gevallen ook weer vooraf moesten

worden goedgekeurd door het College Bouw én die in de meeste gevallen tot forse kostenoverschrijdingen leidden. Al deze zaken werkten zonder twijfel kostenverhogend en maakten bovendien een forse ondersteuning van adviesbureaus noodzakelijk, want de papierwinkel was enorm. In de meeste gevallen waren de normatieve 14 procent directiekosten dan ook ontoereikend.

**NOODZAKELIJKE
BUREAUCRATIE
LEIDDE VAAK
TOT ZEER
LANGDURIGE
ONTWERP- EN
BOUWTRAJECTEN**

Door het sterke normatieve karakter was het ook lastig, en soms zelfs onmogelijk, om van de vastgestelde kaders af te wijken. Voor iedere functie of afdeling waren de vierkante meters normatief bepaald op basis van de omvang van de zorginstelling. Bovendien waren de stichtingskosten voor die betreffende vierkante meters volledig genormeerd, afhankelijk van de functies. Indien een zogenaamd 'niet noodzakelijk bestanddeel' (bijvoorbeeld een functie voor derden) in een bouwtraject moest worden meegenomen maakte dat het proces nog eens extra complex. In de meeste gevallen werd daar dus maar van afgezien. Ook nieuwe samenwerkingsvormen tussen partijen in het ontwerp/bouwproces, zoals een bouwteambenadering als tegenhanger van een aanbestedingsprocedure, waren tot voor enkele jaren slechts bij hoge uitzondering toegestaan.

NIET LANGER EEN GEGARANDEERDE GELDSTROOM VOOR ZORG- INSTELLINGEN

Sinds het begin van dit millennium is een tendens ingezet naar meer eigen verantwoordelijkheid voor de zorginstellingen. Het belangrijkste middel daarbij is het Lange Termijn HuisvestingsPlan (LTHP), een verplicht instrument dat iedere vier jaar opgesteld wordt en bij het College Bouw moet worden ingediend. Zonder goedgekeurd LTHP hebben bouwverzoeken geen kans van slagen. In het LTHP moeten zorginstellingen (vaak uitbesteed aan adviesbureaus) hun bestaande vastgoed relateren aan hun toekomstige vastgoedbehoefte. De missie en zorgvisie moesten beschreven worden en productiegroei en ontwikkelingen in de sector en de regio moeten worden ingeschat. Vervolgens moet dit worden vertaald in globale bouwprojecten met bijbehorende bouwbudgetten, verdeeld over de jaren waarin de plannen gerealiseerd gaan worden. Het totaal benodigde budget wordt tot slot vergeleken met de beschikbare middelen, die voor iedere zorginstelling zijn bepaald op basis van de (bedden)capaciteit, het bestaande aantal vierkante meter en de leeftijd en staat van onderhoud/functionaliiteit van de bestaande gebouwen.

Als de plannen inhoudelijk akkoord worden bevonden én als ze passen binnen de beschikbare middelen zijn de benodigde procedures beduidend eenvoudiger en sneller dan voorheen. Voor aanvullende middelen of totale nieuwbouwplannen gelden in beginsel nog de oude omvangrijke procedures.

Het nieuwe systeem

Met het hierboven omschreven Lange Termijn HuisvestingsPlan is feitelijk een eerste begin gemaakt met strategisch vastgoedbeleid, echter in een sterk gereguleerd systeem. Vanaf 2008 zal naar alle waarschijnlijkheid aan deze regulering een eind komen. Als vervolg op de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) per 1/1/2006, die in de plaats is gekomen van de Wet Zieken-

huisvoorzieningen (WZV), wordt 1 januari 2008 genoemd als de datum waarop met een *big bang* de separate geldstroom voor kapitaalslasten komt te vervallen. Vanaf die datum zullen alle kapitaalslasten, ofwel alle kosten die met de financiering van zorginstellingen en de afschrijving van investeringen (inclusief vastgoed) te maken hebben, volledig gedekt moeten worden uit de integrale kostprijs. Dit betekent ook dat het niet langer een gegarandeerde geldstroom is voor zorginstellingen, maar dat de dekking van de kapitaalslasten gekoppeld wordt aan de productie (ofwel: omzet) van de betreffende instelling.

Deze maatregel sluit geheel aan bij de nieuwe financieringssysteematiek in een groot deel van de zorg, waarbij zorgverzekeraars de zorg voor hun verzekerden inkopen bij de diverse zorgaanbieders. Dit gaat in de vorm van zogenaamde

DBC's, Diagnose Behandeling Combinaties. Dit zijn een soort pakketprijzen (all-in) die horen bij een behandeling naar aanleiding van een diagnose. Als een chirurg bijvoorbeeld vaststelt dat een patiënt een liesbreuk heeft, dan hoort daar een compleet behandeltraject inclusief onderzoeken, operatie, ziekenhuisopname en controle bij. Iedere zorgverzekeraar heeft hiervoor afzonderlijk een vaste prijs afgesproken met het betreffende ziekenhuis, evenals voor vele honderden andere DBC's. Op dit moment wordt nog slechts 10 procent van de ziekenhuiszorg op die manier afgerekend, maar dit zal de komende jaren stijgen richting de 100 procent, ook in andere zorgsectoren zoals de geestelijke gezondheidszorg. Dit resulteert in een veel sterkere focus op de integrale kostprijs in relatie tot de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg. Ziekenhuizen moeten immers met elkaar gaan concurreren en zullen in de onderhandelingen met zorgverzekeraars moeten zorgen voor voldoende marktaandeel tegen tarieven, die minimaal kostendekkend zijn.

Uit deze kostendekkende tarieven moeten vanaf 2008 dus ook de kapitaalslasten worden bekostigd, waarbij zorginstellingen aan beduidend minder regels gebonden zullen zijn. De verwachting is dat de rol van controlerende instanties als het College Bouw en het College Sanering zal opschuiven naar adviserende organen. Normatieve vierkante meters, genormeerde bouwbudgetten en functionele eisen zullen niet langer als wetmatigheden gelden, maar als meer als handreiking en toetsingskader voor eigen gebruik worden gezien. Nieuwe samenwerkingsvormen met ontwerpers, adviseurs, ontwikkelaars en bouwers worden mogelijk en zorginstellingen krijgen de ruimte voor vastgoedontwikkelingen. Het rendement van die vastgoedontwikkelingen en/of de noodzaak en bezetting van de betreffende functies voor eigen gebruik zullen

bepalend zijn voor de financierbaarheid. Ook financiers zullen immers kijken of de investeringen worden gedekt uit de exploitatie. De zorg wordt net een écht bedrijf.

Onzekerheden, risico's én kansen

De zorgsector zal zich dus in rap tempo moeten aanpassen aan het zijn van een écht bedrijf. Veel zorginstellingen zijn nog zoekende en in afwachting van meer duidelijkheid. De meer ondernemende instellingen zijn echter al volop bezig zich op deze nieuwe status voor te bereiden, bijvoorbeeld door het opstellen van een strategisch vastgoedplan. Deze laatste categorie anticipeert liever op de kansen die de nieuwe regelgeving biedt dan te gaan wachten op uitgewerkte kaders. Daarbij zijn zij zich in meer of mindere mate bewust van de risico's die vastgoedontwikkelingen met zich meebrengen.

Deze verschillen tussen zorginstellingen zijn extra interessant in het kader van de marktwerking, hoewel de wijzigingen op het gebied van de kapitaalslasten vermoedelijk ook tot ongelijkheid gaan leiden. Zo zullen organisaties met kwalitatief goede gebouwen met een lage boekwaarde een concurrentievoordeel hebben, evenals instellingen met een overmaat in gebouwen en grond. Zij hebben immers iets te verkopen, dat een forse prijs kan opbrengen. Waar tot nu toe dergelijke verkoopwinsten (opbrengsten boven de boekwaarde) via het College Sanering terugvloeiden naar de staatskas, kunnen deze instellingen zich qua vermogenspositie enorm verbeteren als het vastgoeden grondbezit van de ene op de andere dag écht eigendom van henzelf wordt. Bovendien kunnen alleen zorginstellingen met een fors eigen vermogen zich aansluiten bij het Waarborgfonds, waardoor zij tegen aanzienlijk gunstiger voorwaarden kunnen lenen bij banken. Voor instellingen die door deze ongelijkheid in de problemen komen zal naar alle waarschijnlijkheid wel een transitiefonds worden gevormd, maar de grote middengroep zal een fors concurrentienadeel hebben ten opzichte van de instellingen die bovenmatig van de nieuwe regelgeving gaan profiteren.

Strategisch vastgoedbeleid zal voorgoed op de bestuurlijke agenda staan. Het zal daarbij de kunst zijn om de risico's zoveel mogelijk te beheersen en kansen optimaal te benutten. Daarin zal een nieuwe balans moeten ontstaan, want het wegvallen van bureaucratie geeft bewegingsruimte, maar tegelijkertijd valt daarmee de huidige controle en bescherming voor een belangrijk deel weg. Zorginstellingen zullen zich niet langer beschermd weten door garantstellingen van overheidswege, ook faillissementen zijn daarbij niet uit te sluiten. Nieuwe samenwerkingsvormen zullen zich aandienen tussen bedrijfsleven en de zorg, bijvoorbeeld in de vorm van PPS-constructies. Om

de fiscale aspecten optimaal te benutten (zorginstellingen zijn nu nog vrijgesteld van BTW) zijn de eerste Zorg-BV's in aantocht.

Ook de schaalvergroting van zorgorganisaties, bijvoorbeeld in de vorm van fusies of door overnames, zal zich voortzetten om redenen van professionalisering, slagkracht en inkoop/verkoopmacht, en niet te vergeten om de kapitaalcracht.

HET EXPLOITEREN VAN DELEN VAN HET ZORGVASTGOED GAAT EEN VLUCHT NEMEN

de fiscale aspecten optimaal te benutten (zorginstellingen zijn nu nog vrijgesteld van BTW) zijn de eerste Zorg-BV's in aantocht.

CREM in de zorg

Corporate Real Estate Management was tot voor kort een onbekend begrip in de zorgsector. In navolging van het bedrijfsleven zal deze integrale vastgoedbenadering zijn intrede in de zorg gaan doen. De koppeling die met het LTHP reeds is gelegd tussen de strategie en de zorgvisie van een instelling en het huisvestingsbeleid zal nog verder worden verankerd in een strategisch vastgoedplan. Vastgoed

kan onder andere een belangrijke bijdrage leveren aan de zichtbaarheid en bereikbaarheid van zorginstellingen: de locatie wordt steeds belangrijker. Maar ook het imago kan een flinke impuls krijgen door eigentijdse gebouwen met een representatieve en professionele uitstraling. Door de focus op kostprijzen en de koppeling van kapitaalslasten aan de productie zal het gebouw èn efficiënt moeten zijn èn zullen ruimten optimaal benut moeten worden èn zal het voldoende flexibel moeten zijn om toename of verschuivingen van de activiteiten te ondersteunen.

Voorheen was zorgvastgoed eigenlijk automatisch in eigendom van de betreffende instelling. Ook dat zal gaan veranderen, waarbij zorgorganisaties zullen toegroeien naar een optimale mix van eigendom, huur en mogelijke andere constructies. In de sector ouderenzorg en gehandicaptenzorg is de laatste jaren al een trend waarneembaar, waarbij woningbouwcorporaties de eigenaar worden van het vastgoed, het zogenaamde scheiden van wonen en zorg. Het (commercieel) exploiteren van delen van het zorgvastgoed zal ook een vlucht gaan nemen: instellingen zullen de opbrengsten immers zelf kunnen houden hetgeen kan bijdragen aan een positief exploitatieresultaat en een verlaging van de integrale kostprijs. Een goed voorbeeld hiervan zijn de zorgboulevards (in Hengelo en Tilburg) en de zorgpassage (in Woerden). Op het terrein van deze ziekenhuizen is als onderdeel van het bestaande vastgoed een apart gebouw gerealiseerd voor externe, zorggerelateerde bedrijven. Voor deze bedrijven is het een groot voordeel om zich te vestigen in de professionele ziekenhuisomgeving en te profiteren van de grote dagelijkse bezoekersstroom. Ook kan men optimaal gebruikmaken van de medische en facilitaire ondersteuning van het ziekenhuis, denk bijvoorbeeld aan een achterwachtfunctie in geval van medische calamiteiten, het laten verrichten

van bloedonderzoek of het integraal uitbesteden van de facilitaire dienstverlening. De ziekenhuizen genereren extra middelen, zowel door de huuropbrengsten als door het verrichten van additionele diensten. Daarnaast dragen de huurders bij aan de verbreding van het voorzieningen-niveau van het ziekenhuis. In Woerden is op deze manier bijvoorbeeld een acuut 24-uurscentrum gerealiseerd, bestaande uit de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis, de regionale Huisartsenpost, een 24-uurs-apotheek en een uitleenmagazijn voor zorg hulpmiddelen annex thuiszorgwinkel: Gemak dient de mens!

Bij de ontwikkeling van nieuwe gebouwen en renovaties zal er beduidend meer aandacht zijn voor de *life cycle costs*, de geldstromen (bouw en exploitatie) zijn immers niet langer gescheiden. Een integrale benadering ligt dan voor de hand, waarbij in voorkomende gevallen voor hogere bouwkosten zal worden gekozen als dit op de langere termijn leidt tot lagere onderhoudskosten, een langere levensduur of een daling van de exploitatiekosten (bijvoorbeeld een energiezuinig gebouw). Ook zaken als de toekomstige flexibiliteit, de mogelijke afstootbaarheid en de kans op waardevermeerdering van het vastgoed zullen een belangrijker rol gaan spelen bij vastgoedontwikkelingen in de zorg. De strakke normatieve kaders (voor functionaliteiten, bouwkosten en vierkante meters) zullen niet langer beperkend werken en plaatsmaken voor gezond verstand.

Het dagelijks beheer van de huisvesting zal ook op een andere manier worden opgezet. Een deel van de ziekenhuizen is inmiddels al wel gewend om de facilitaire

kosten intern door te belasten aan de gebruikers. Voor huisvestingskosten is dit echter nog niet gebruikelijk, maar doorbelasting daarvan lijkt een logisch gevolg van de veranderende omstandigheden. Het is immers de beste manier om écht zicht te krijgen op de integrale kostprijzen van het primaire proces. Bovendien zal het tot een efficiënter ruimtegebruik leiden als het primaire proces voor de huisvestingskosten wordt aangeslagen, en tot een andere betrokkenheid want: wie betaalt, die bepaalt. De kans is groot dat, in navolging van het bedrijfsleven, er een duidelijker splitsing zal komen in de vastgoedgerelateerde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het gebied van ontwikkeling, beheer en gebruik van de huisvesting.

Conclusie

Daarmee is de sub-titel van dit artikel verklaard: de zorg wordt net een écht bedrijf.

Door de aanstaande deregulering en de wijziging van de kapitaalslastensystematiek zal de zorgsector op een andere manier met de ontwikkeling en het beheer van vastgoed om moeten gaan. Zij kan daarbij een voorbeeld nemen aan het bedrijfsleven en andere sectoren. Het is de moeite waard om hier tijdig op in te spelen. Enerzijds om daarmee een concurrentievoordeel te kunnen behalen, anderzijds omdat er de komende jaren sprake zal zijn van een duidelijke stijging van de bouwbestedingen in de zorg. In 2007 zullen de bestedingen naar verwachting het dubbele zijn van voorgaande jaren en in totaal ruim 4 miljard euro bedragen (aan nieuwbouw en onderhoud/renovatie). De systeemwijzigingen bieden dus niet alleen kansen voor de zorgsector zelf, maar voor de gehele bouwkolom.



Jim van Geest is tot 1 mei 2007 werkzaam als Directeur Facilitair & Vastgoed bij Zuwe (Zorggroep Utrecht West) en maakt een overstap naar een directiefunctie buiten de zorg. Zuwe bestaat uit het Zuwe Hofpoort ziekenhuis in Woerden, drie verpleeghuizen en circa 25 thuiszorglocaties in de regio en was enkele jaren geleden een van de eerste zorginstellingen in Nederland die met een eigen afdeling Vastgoed de overstap maakte naar strategisch vastgoedbeleid. Ondanks zijn overstap naar een andere sector blijft Jim van Geest betrokken bij Team6 (www.team6.nl) een kennisteam dat integraal en innovatief adviseert bij de ontwikkeling van vastgoedtrajecten in de zorg.