

Zorghotels schieten als paddenstoelen uit de grond

vraaggestuurde zorg. Het is een van de vele bedrijven die de gaten in de Nederlandse zorgmarkt proberen op te vullen. Een andere marktpartij in de gezondheidszorg is de investeerder Loek Winter, die de IJsselmeerziekenhuizen met privaat kapitaal van een faillissement heeft gered en veel diagnostische centra bezit.

Daarnaast manifesteren ondernemers zich op de markt voor zorghotels. Dat gebeurt al dan niet in samenwerking met ziekenhuizen, die zo kans zien om bedden vrij te spelen. Ook voor zorgverzekeraars kunnen zorghotels aantrekkelijk zijn. Veuger: 'In de sector care is een flinke besparing mogelijk. Die vorm van zorg kost in een ziekenhuis 900 euro per dag. Maar daarbuiten, in een zorghotel, kan het voor een fractie van dat bedrag. Dus schieten de zorghotels als paddenstoelen uit de grond', zegt Veuger, verwijzend naar onderzoek van DTZ Zadelhoff. De laatste studie van deze vastgoedadviseur naar de zorghotellerie dateert uit 2009. De verwachting van DTZ Zadelhoff was toen dat er in Nederland in 2012 meer dan 1.200 zorghotelkamers zouden zijn. In 2007 waren het er nog een kleine 800. De opkomst van deze vorm van gastvrijheid biedt weer nieuwe mogelijkheden. 'De stap naar wellness is klein: een sauna, een zwembad en vergelijkbare faciliteiten. Commerciële partijen vinden dat aantrekkelijk', zegt Veuger.

Drie factoren zijn volgens Veuger bepalend voor de opkomst van ondernemerschap in de gezondheidszorg. Dat zijn de financiële positie van ziekenhuizen, de discussie over hun kerntaken en de slimheid van ondernemers. 'De uitkomst is dat ziekenhuizen sommige zaken aan de markt

overlaten en investeren in activiteiten waarin ze goed zijn. Nierdialyse bijvoorbeeld vraagt forse investeringen. Waarom zou ieder ziekenhuis dat apart aanbieden? Waarom niet een nierdialyse voor klanten van meer ziekenhuizen?'

'Gaten in de zorgmarkt ontstaan ook door discussies over de vraag of alle specialismen binnen een ziekenhuis aanwezig moeten zijn. De uitkomst van zo'n discussie kan zijn dat een ziekenhuis liever wil excelleren in bepaalde expertise en andere terreinen laat lopen. Er ontstaan dan gebieden op de kaart van Nederland waar bepaalde specialismen niet zijn afgedekt. Er zijn chirurgen die denken: we draaien samen een omzet in een bepaald gebied. Dus zodra ze denken dat het kan, beginnen ze een gezamenlijke praktijk en zetten ze er een gebouw omheen', aldus Veuger.

Slimme allianties

'Bij de opkomst van ondernemerschap in de zorg ontstaan vastgoedportefeuilles. Omdat vastgoed een ander vak is dan zorg, probeert men slimme allianties aan te gaan en

Zorgsector houdt vastgoedregie in eigen hand

professionals aan te trekken. Binnen de kinderopvang is een vergelijkbaar proces al eerder op gang gekomen', vervolgt Veuger. Hij wijst op de samenwerking tussen Kinderopvang Nederland en de textielbaron Jan Zeeman, die ook in vastgoed actief is. 'Die samenwerking heeft geleid tot een succesvolle commerciële aanpak van kinderdagverblijven.'

Dat model is volgens Veuger zo te vertalen naar de markt voor de eenvoudige medische ingrepen. Die markt heeft een veel grotere dynamiek dan de traditionele gezondheidszorg. 'Er komen particuliere klinieken die zich richten op specialismen, bijvoorbeeld prikken, nierdialyse, of plastische chirurgie. Kijk naar een verschijnsel als de Bergmann-kliniek. Een aantal jaren geleden kwam een ooglidcorrectie niet in je op, behalve als je met je hoofd door een ruit was gegaan. Nu is een tand door de lip genoeg aanleiding om te opereren. Mensen zien op televisie het ene na het andere programma over plastische chirurgie, waardoor ze het een steeds normaler verschijnsel gaan vinden.'

'De wachttijd bekorten speelt ook een rol bij de opkomst van commerciële klinieken. De consument staat voor een keuze. Wil hij weken wachten op een ingreep die hem 500 euro kost, of betaalt hij 6.000 euro om gelijk te worden geholpen? Er zijn al zorgverzekeraars die adverteren met een maximale wachttijd voor een specialist. Het daarbij gehanteerde model zal veel weg hebben van kortingsbonnen voor een hotel: je kunt wel de stad kiezen, maar niet de keten. In het geval van de korte wachttijd voor een specialistische behandeling betekent dit dat zorgverzekeraars met toewijzingsafspraken werken.' In theorie zouden zorgverzekeraars

op basis van demografische gegevens en gezondheidsstatistieken de zorgvraag voor alle gebieden in Nederland moeten kunnen inkleuren. Uit die zorgvraag zou dan de vraag naar specialismen per regio kunnen worden afgeleid, en daaruit de vraag naar (commerciële) zorgvastgoed. Zijn de verzekeraars al zo ver met het in kaart brengen van de zorgmarkt? Veuger: 'Ik vraag me af of de zorgverzekeraars het integrale beeld van Nederland al op het netvlies hebben. Maar op bijvoorbeeld de markt voor nierdialyse zijn twee of drie partijen actief, die inderdaad de hele markt proberen af te dekken.'

Sale-and-leaseback

'In de reguliere gezondheidszorg zullen de kansen voor professionele vastgoedpartijen langer op zich laten wachten', aldus Bosveld. 'Ondanks het feit dat de potentie zeer groot is. Neem alleen al de vergrijzing die leidt tot meer en langdurige zorg in combinatie met meer zorgbehoevenden. Ook heeft de sector slechts beperkt last van cycli in de economie en staan veel instellingen voor grote vastgoedvervangingsoperaties. Maar het aandeel eigenaar/gebruikers in de zorg is hoog. Bij ziekenhuizen is bijna honderd procent van het vastgoed in eigendom van de instellingen.' Op de korte termijn ziet Bosveld daarin nog geen verandering komen. 'Hoe de instellingen de komende jaren hun huisvestingsbudget mogen inzetten en wat de invloed daarop wordt van andere regelgeving in de gezondheidszorg is nog niet duidelijk. De intrede van eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen verloopt via een proces van twee stappen vooruit en een stap terug. Net wanneer een zorgpartij haar strategie

goed lijkt te hebben afgestemd op een nieuwe situatie, kan Den Haag een regeltje veranderen waardoor een instelling fors verlies lijdt.'

Commotie

Bosveld wijst op de recente commotie onder zelfstandige behandelcentra over een plan van minister Edith Schippers om de omzet van ziekenhuizen te beperken. Door die geplande bezuiniging dreigen ongeveer 120 van de 300 zelfstandige klinieken failliet te gaan, stelde directeur Theo Roos van de branchevereniging Zelfstandige Klinieken Nederland in de GPD-bladen. 'Het illustreert de impact op de zorgsector van maatregelen die het ministerie neemt. Die ongewisheid bemoeilijkt het werk van zorginstellingen en het werk van vastgoedadviseurs. Het maakt het ook erg moeilijk voor een belegger om in deze markt te opereren', aldus Bosveld.

Maar op de middellange termijn komen de kansen op investeringen in zorgvastgoed absoluut, denkt Bosveld: 'Er komt een einde aan de tijd waarin banken blind een honderdprocents financiering verstrekten voor de ontwikkeling van zorgvastgoed. Zonder het stempel van de overheid verkrijgen instellingen alleen vastgoedleningen met lagere loan-to-valueratio's. Besturen van instellingen moeten dus nadenken over alternatieven en doen dit ook veelvuldig. Ze zouden in zee kunnen gaan met private equity-bedrijven, of aansluiting kunnen zoeken bij beleggers en ontwikkelaars. Een andere optie is een sale-and-leasebacktransactie van het zorgvastgoed. Die laatste variant, sale-and-leaseback, zal onder invloed van de nieuwe regelgeving zeker worden toegepast, zeker bij nieuwbouw.'

Strategisch management

'Een trend in het vastgoedmanagement binnen de zorg is de verschuiving van beheer naar strategisch management', aldus Jan Veuger, directeur en mede-eigenaar van Corporate Real Estate Management en Corporate Fonds Maatschappelijk Vastgoed. 'Een toenemend aantal zorginstellingen bezint zich op de rol van zijn vastgoed bij de uitvoering van de eigen strategie. Pas als je dat weet, kun je sturen', zegt Veuger, die in oktober verwacht te promoveren op maatschappelijk vastgoedmanagement aan de RSM Erasmus Universiteit Rotterdam.

'De grote vraag is dan wat men in huis heeft. Als je portefeuille een boekwaarde heeft van 100 miljoen euro, maar een feitelijke waarde van 145 miljoen euro, dan liggen er mogelijkheden om het surplus aan vermogen in te zetten voor andere doeleinden. Ligt de feitelijke waarde onder de boekwaarde, dan kan dat de bedrijfsvoering negatief beïnvloeden. Als je dergelijke mechanismen niet onderkent, kunnen er ongelukken gebeuren.'

Veuger verwijst naar de financiële problemen die zich in 2008 voordeden bij Philadelphia, een instelling die mensen met een verstandelijke beperking ondersteunt en begeleidt. Nadat Philadelphia was overgeschakeld van het huren van vastgoed op het kopen ervan, slonk het eigen vermogen in amper twee jaar van bijna 25 miljoen euro naar vier ton. De zorginstelling moest vervolgens vastgoed afstoten. De recente verkoop van een zorghotel van Philadelphia op Schiermonnikoog aan projectontwikkelaar Martin Pêcheur Immobielier is een uitloei van deze geschiedenis. En een waarschuwing voor instellingen in de gezondheidszorg. Veuger: 'Achteraf kun je zeggen dat het vastgoed bij Philadelphia een significante rol heeft gespeeld, waar een ondersteunende rol meer op zijn plaats was geweest.'

Andere financieringsbronnen

'Corporaties waren jarenlang trouwe bondgenoten van zorginstellingen in brede zin en instellingen voor ouderenzorg in het bijzonder. Maar nu hebben corporaties het zwaar door de stagnerende afzet van koopwoningen, de inmiddels afgeschafte Vogeljaarheffing, de verwachte huurheffingen en de vennootschapsbelastingplicht', aldus Feddo Bosveld, associate director Healthcare van DTZ Zadelhoff.

'Sociale huisvesters zitten stil of rekenen markttrendementen in plaats van een onrendabele top te pakken. Het gevolg is dat gezamenlijke projecten van corporaties en zorginstellingen stilvallen. De zorginstellingen zoeken nu andere bronnen van financiering. Men klopt aan bij banken of probeert om pensioenfondsen en andere institutionele beleggers te laten investeren. Ook doet men een beroep op private beleggers.'

'Zorginstellingen lopen bij deze financiers echter tegen een probleem aan. De hele zorg wordt 'dicht gerekend' tegen een niet-marktconform rendement van 4,5 tot 5 procent. De partijen waarop men nu een beroep doet, verlangen een rendement van tussen 6 en 8 procent, afhankelijk van het type vastgoed. Dat verschil maakt het lastig om zulke projecten van de grond te krijgen.'

Misschien ligt een deel van de oplossing van dit probleem in een andere trend die Bosveld signaleert: 'Zorginstellingen gaan anders aankijken tegen investeringen. In het oude regime werd alleen gekeken naar de kosten van een gebouw en de normen waaraan het moet voldoen. Nu komt er meer aandacht voor de marktwaarde, die mede afhangt van de alternatieve aanwendbaarheid en de mogelijkheden voor de zorgexploitatie. Woonzorgcomplexen krijgen daardoor grotere appartementen en zijn eenvoudiger om te zetten in gewone appartementen.'