

Financieren van zorgvastgoed vanuit  
drie gezichtspunten

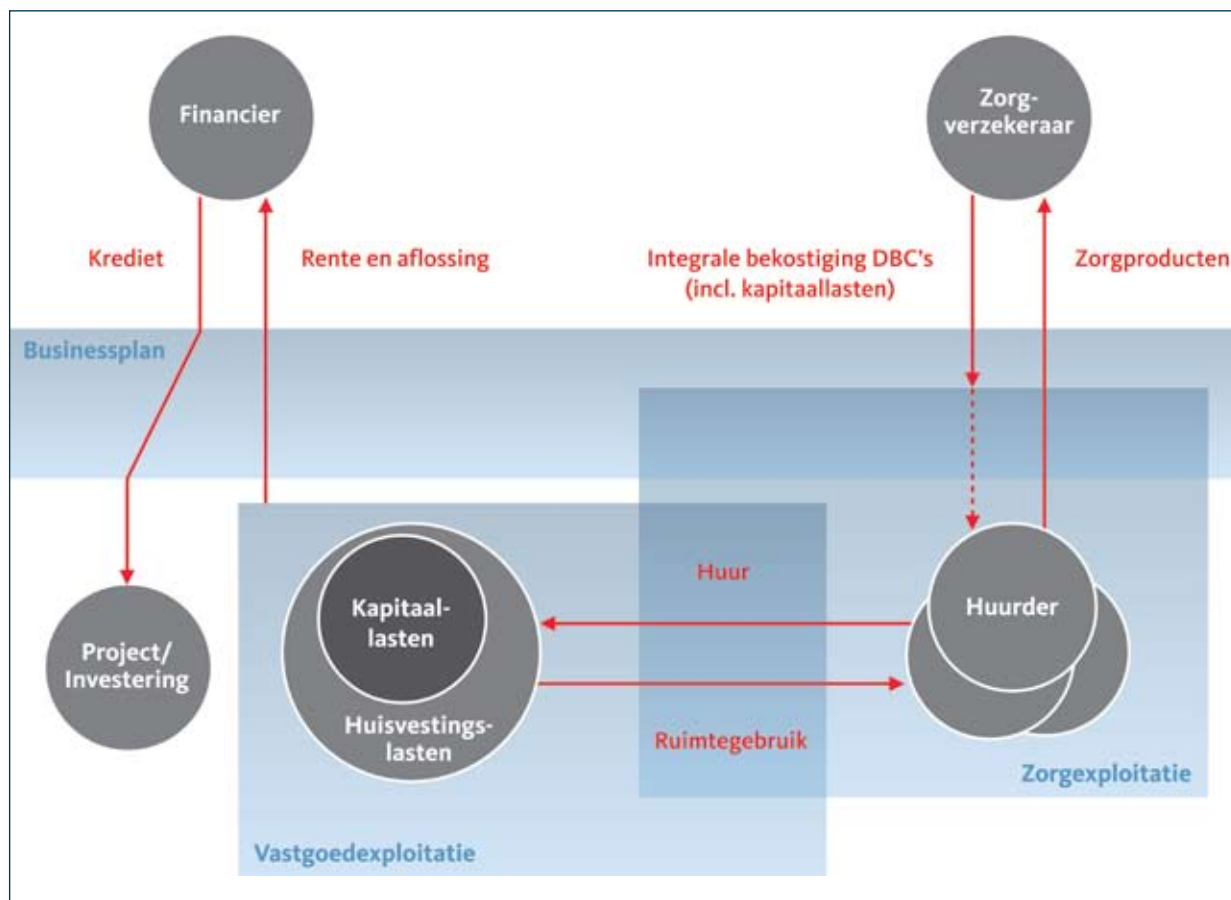
# RISICOVOL INVESTEREN IN ZORGVASTGOED?

*Na ruim 40 jaar is een einde gekomen aan het van overheidswege gereuleerde bouwregime voor ziekenhuizen, een regime waarbij via wetgeving de bouw van ziekenhuizen werd gereuleerd. Waar ziekenhuizen tot voor kort als gevolg van deze regulering een gegarandeerde vergoeding kregen lopen zij nu zelf risico's op hun huisvesting, met grote gevolgen voor de financiering van het zorgvastgoed. Maar wat zijn die gevolgen voor het financieren van vastgoed nu werkelijk. Welke risico's lopen de ziekenhuizen en waarom zijn de banken anders gaan kijken naar de financiering van de zorginstellingen. Om antwoord te geven op deze vragen is bij het vraagstuk omtrent de 'financiering van vastgoed' een onderscheid te maken tussen het extern financieren van investeringen (bouwprojecten), het financieren (terugverdienen) van de jaarlijkse kapitaallasten en het intern financieren (de interne doorbelasting) van alle huisvestingslasten.*

*ir. R.J. Kriek en ir. R. Dooyeweerd*

Na de invoering van het WTZi is met ingang van 1 januari 2008 het bouwregime, ofwel de vergunningverlening door de overheid voor bouwprojecten, geheel afgeschaft. De financiering van nieuwbouw en verbouwprojecten in de zorg is met ingang van die datum in een compleet ander licht komen te staan. Deze wijziging is in gang gezet doordat per januari 2006 een eind is gekomen aan de zekerheden die de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), een wet die sinds de jaren zeventig de bouw en verbouw van ziekenhuizen reguleerde, bood. Op die datum is de WZV vervangen door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), de wet waarmee met ingang van 2008 dan ook de vergunningverlening definitief is afgeschaft. In tegenstelling tot wat vaak gesuggereerd is, hadden ziekenhuizen ook onder het WZV-regime reeds zelf de verantwoordelijkheid over de financiering voor bouwprojecten, de lening en de condities, en moest men daarover zelf onderhandelen bij banken. Dit was echter wel een vrijwel risicoloze onderhandeling voor zowel het ziekenhuis als de bank. Het ziekenhuis had in de regel een vergunning ex WZV van

de overheid ontvangen waarmee voor haar de kapitaallasten gedurende de gehele afschrijvingsperiode één op één gedekt werden. Voor de bank was er weinig risico omdat de overheid achter de investeringsbeslissing stond en er daarnaast ook geleend kon worden met borgstelling van het zogenaamde Waarborgfonds voor de zorgsector (Wzf). Waar onder de WZV de kapitaallasten voor bouwprojecten na het verkrijgen van een vergunning ex WZV van het College bouw zorginstellingen jaarlijks vergoed werden op basis van de werkelijke kosten, zijn de ziekenhuizen nu onder het WTZi-regime in principe zelf verantwoordelijk voor de investeringen in het zorgvastgoed. Hiermee is een einde gekomen aan het vrijwel financieel risicovrij investeren in gebouwen. Een feit waar in de afgelopen jaren veel ziekenhuizen reikhalzend naar uitgekeken hebben, maar waarmee er wel een compleet nieuwe dynamiek is ontstaan in het 'financieren van projecten'. Ook al betreffen de jaarlijkse huisvestingskosten een relatief beperkt deel van het totale jaarlijkse budget, gezien de risico's en de lage marges in de zorg is het wel een kostenpost die voor vele jaren van invloed is.



Figuur 1. De financiering van een ziekenhuis in kaart gebracht.

### ‘Financieren’ van projecten

Met de genoemde wetswijziging is het vaak eindeloze traject van aanvragen bij en goedkeuringen door de overheid wel afgeschaft, maar daarmee is ook het ‘boterbriefje’ dat voor zowel het ziekenhuis als de bank zoveel zekerheid verschafte verdwenen.

De totstandkoming van een financieringsarrangement tussen bank en ziekenhuis is nu een spel van onderhandelen en tot overeenstemming komen over prijs en voorwaarden. Hierbij is het voor de geldverstrekker niet alleen maar interessant wat voor gebouw er ontwikkeld wordt en hoe groot de investering is, maar wil de kredietverstrekker inzage in de complete businesscase van het ziekenhuis. Banken stellen nieuwe eisen aan de ziekenhuizen. Om te beginnen gaat het om het businessplan van het ziekenhuis. Het ziekenhuis vraagt namelijk wel een lening voor het gebouw maar de vraag is daarbij waarmee het ziekenhuis haar huisvestingslasten gaat terugverdienen. Hierdoor is een directe koppeling ontstaan tussen de opbrengsten van de zorg en de mogelijkheden om te investeren in stenen. Voor velen klinkt dit natuurlijk niet als nieuw. Voor elke onderneming geldt immers dat voorafgaand aan het verstrekken van een lening de kredietwaardigheid wordt getoetst. Op dit moment blijkt het voor veel

ziekenhuizen moeilijk om de noodzakelijke lening voor hun vastgoedinvesteringen rond te krijgen. Natuurlijk maakt de huidige kredietcrisis de hele onderhandeling niet gemakkelijker maar de vraag is of dit de oorzaak is van de huidige impasses. Er zijn namelijk ook ziekenhuizen die hun vastgoedontwikkelingen wél gefinancierd krijgen. Zijn deze ziekenhuizen in staat om meer te betalen dan andere of ligt aan de lening een goed onderbouwd businessplan ten grondslag waar de banken vertrouwen in hebben? En dat vertrouwen is natuurlijk ook niet heel vreemd wanneer men bedenkt dat de kredietcrisis wel leidt tot een krimp van de economie maar niet in de gezondheidszorg. Sterker nog, ook in de afgelopen periode is de gezondheidszorg verder gegroeid. Natuurlijk betreft het hier het macroniveau en gaat het bij de financiering om individuele instellingen die, zeker in de Randstad, met concurrentie te maken hebben.

Vanuit de nieuw ontstane risico’s staan bestuurders van ziekenhuizen voor de uitdaging op zoek te gaan naar de zekerheden om deze risico’s in te perken en de financieringskansen bij banken te vergroten. Hierdoor wordt bijvoorbeeld bij de planvorming van nieuwbouwsiekenhuizen rekening gehouden met de courantheid van de gebouwen. In de jaren zeventig zijn veel ziekenhuisge-

bouwen ontwikkeld die door hun structuur vrijwel alleen als ziekenhuis te gebruiken waren. Nu wordt er zelfs al in de ontwerpfase rekening gehouden met een eventuele volgende gebruiker van het gebouw, in eerste instantie door functiewijzigingen in de eigen organisatie maar ook meer en meer voor een volgende externe gebruiker.

Verder is het naast de courantheid van een nieuw te bouwen ziekenhuis tevens van belang dat de directie van een ziekenhuis bekend is met de herbestemmingmogelijkheden van de locatie. Is deze interessant voor toekomstige vastgoedontwikkelingen? Deze restwaarde kan juist in het financieringsarrangement een interessante component zijn. Maar ook een analyse naar de herwaardering van huidige gebouwen die nu tegen de boekwaarde staan kan hierin meegenomen worden.

#### **'Financieren' van kapitaallasten**

Tweede aspect in het financieren van zorgvastgoed gaat over het financieren ofwel de dekking van de kapitaallasten. Onderdeel van de onderhandeling tussen de bank en het ziekenhuis is de vraag waar gaat het ziekenhuis de kapitaallasten mee terugdienen? Hier hebben we het niet over het financieren van de investering maar over de dekking van de jaarlijkse kapitaallasten. Om dit systeem te begrijpen gaan we kort in op de financiering van zorg. De overheid heeft met ingang van januari 2005 de zogenaamde Diagnose Behandeling Combinaties, in de praktijk DBC's genaamd, ingevoerd. Een DBC beschrijft een gemiddeld zorgpakket van een patiënt in vier codes. Die codes staan voor de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. De DBC benoemt elke activiteit in de behandeling van de patiënt, van het eerste contact tot en met de laatste controle. DBC's omvatten zowel medische handelingen (operaties, onderzoeken, therapie) als ondersteunende activiteiten (verpleegdagen, specialistenoverleg). Door aan alle activiteiten in het zorgproces kostprijzen te koppelen, wordt de totale kostprijs van een DBC bepaald, inclusief alle directe kosten en ook de huisvestingslasten. De DBC is een optelling van de zorgkosten en de huisvestingskosten om deze zorg te kunnen leveren.

Voor een deel van de zorgproducten is inmiddels vrije onderhandeling over de prijs tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis ingevoerd. Met de invoering van de DBC-systeematiek is meteen 10 procent van de DBC's ondergebracht in het zogenaamde B-segment. De prijs van DBC's in dit B-segment zijn vrij onderhandelbaar tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis waarbij het gaat om een integrale kostprijs inclusief de bij deze DBC behorende huisvestingskosten. In dit segment is de afrekening op basis van

DBC's en de marktwerking dus al in volle gang. In het regeerakkoord van 2006 is afgesproken dat het B-segment groeit van 10 naar 34 procent. In het B-segment moeten de ziekenhuizen met de zorgverzekeraar overeenstem-

ming bereiken over zowel het volume, het aantal ingrepen dat in een jaar wordt uitgevoerd, en de prijs dat voor deze ingrepen door de zorgverzekeraar aan het ziekenhuis wordt vergoed. Omdat dit ook over de vergoeding van de huisvestingskosten gaat loopt het ziekenhuis hierin niet alleen risico in de prijs — kan het ziekenhuis de huisvestingslasten daadwerkelijk betalen uit de afgesproken vergoeding — maar ook op het volume waarbij het risico voor het ziekenhuis is of in het bepaalde jaar het beoogde volume, het aantal behandelingen, wel gehaald wordt. Hoe groter het B-segment hoe meer risico's ziekenhuizen gaan lopen op de vergoeding voor de kapitaal-

lasten en hiermee is dus een directe koppeling ontstaan tussen de opbrengsten uit zorg en de financiering van de vastgoedinvesteringen.

#### **'Financieren' van huisvestingslasten**

Hierboven is ingegaan op de rol van de kredietverschaffer in het financieren van projecten en in het financieren van de kapitaallasten als onderdelen van de prijsafspraken met de zorgverzekeraar. Het laatste aspect dat belicht wordt is de rol van de beherende zorgorganisatie en de eindgebruiker van het gefinancierde vastgoed. In de tijd van het bouwregime was het voor het ziekenhuis maar één keer van belang scherp naar de wensen en eisen van de eindgebruiker, de zorgorganisatie, in relatie tot de investering te kijken en dat was bij het aanvragen van de vergunning. Doel hierin was niet het optimaliseren van de ruimtebehoefte maar het maximaliseren van de toegestane vierkante meters in de vergunning en daarmee de gegarandeerde vergoeding.

Doordat in het nieuwe stelsel het ziekenhuis zelf het risico heeft richting de bank en zelf over de integrale prijs voor zorgproducten moet onderhandelen, ontstaat er ook een nieuwe dynamiek tussen de beheerder en de gebruiker van het gebouw. Waar in het verleden het voor de arts niet interessant was wat een spreekwerkkamer aan huisvestingslasten met zich meebracht is dat nu voor de integrale kostprijs wel van belang. Het terugdringen van deze huisvestingslasten is hiermee ook een item geworden voor de medici. Dit begint al heel eenvoudig met de bewustwording dat aan het gebruiken van ruimten een prijskaartje hangt en kan doorgevoerd worden tot een interessant huur-verhuurmodel waarbij de divisie Vastgoed als verhuurder en bijvoorbeeld de maatschap Interne Geneeskunde als huurder optreedt. Dit vraagt van de ziekenhuis-

## OM TE BEGINNEN GAAT HET OM HET BUSINESSPLAN VAN HET ZIEKENHUIS

organisatie om niet alleen te sturen op het totaal van de jaarlijkse kosten maar deze ook voor de 'interne' huurder inzichtelijk te maken. Maar wat kost nu het gebruik van een uur Operatieafdeling, wat zijn de kapitaallasten daarvan en welke huisvestingslasten moeten daarbij opgeteld worden? Vragen die voor de meeste vastgoedmanagers van ziekenhuizen wel bekend zijn uit andere branches maar die binnen de ziekenhuisorganisatie nog beperkt zijn ontwikkeld. Voor het intern doorbelasten en daarmee financieren van de huisvestingslasten zijn ze essentieel. Dit vraagt ook om een andere aanpak en organisatie van de vastgoedorganisatie en begint met de vraag wie er nu eigenaar is van het gebouw en wie de huurder. Moet hiervoor dan direct een vastgoedbedrijf worden opgericht dat de gebouwen beheert en verhuurt? Tot op welk niveau gaan we de huisvestingslasten specificeren en doorbelasten? Omdat deze wijzigingen een grote impact kunnen hebben is het goed te starten met het specificeren van de huisvestingslasten en deze bijvoorbeeld een jaar lang te verstrekken aan bijvoorbeeld de 'Resultaatverantwoordelijke eenheden' of divisies om hen inzicht te geven in hun verbruikskosten. Interessant kan het worden door positieve prikkels in te bouwen en aan de afdeling mogelijkheden te bieden om

ook daadwerkelijk de huisvestingskosten te beïnvloeden. Geef afdelingen bijvoorbeeld een fictief budget gekoppeld aan de gemiddelde huisvestingskosten van de afgelopen jaren en biedt de mogelijkheid om bij een reductie op deze huisvestingskosten het positieve resultaat van het budget aan andere zaken te besteden. Verdienen werkt immers beter dan afdwingen, zeker bij een zo grote verandering als deze.

## GEEF AFDELINGEN EEN FICTIEF BUDGET

Samenvattend stellen we dat er door het afschaffen van het bouwregime voor de ziekenhuizen veel veranderd is en dat de bestuurders ook voor het financieren van hun vastgoed op veel borden tegelijk moeten schaken. Waar in het verleden onderhandelingen over de financiering alleen speelde bij de aanvraag van een grote investering is het nu een risico geworden, cruciaal bij de prijsafspraken tussen zorginstelling en zorgverzekeraar

over prijs en volume. Een situatie die door de discrepantie tussen invloed en risico's op de altijd in beweging zijnde zorg en het vastgoed wordt versterkt. De zorgprijs en het zorgvolume kunnen ieder jaar anders zijn maar met de investering in stenen zet je je voor tientallen jaren vast. Een uitdaging waar menig bestuurder de komende tijd voor staat.



*Ir. R.J. Kriek, Business Manager Gezondheidszorg en ir. R. Dooyeweerd, senior-adviseur Gezondheidszorg, beiden bij AT Osborne. Ze adviseren raden van bestuur en directies op het gebied van vastgoedontwikkelingen en begeleiden huisvestingsprojecten in de zorg.*