

De ontwikkeling van een zorgboulevard op het Utrechtse bedrijventerrein De Wetering-zuid

Onderzoek naar de vraag naar cure medisch vastgoed en de relevante ontwikkelingen



25 juli 2013

Afstudeeronderzoek Economische Geografie

Rosanne Malschaert

3849635



Universiteit Utrecht

VOORWOORD

Voor u ligt mijn afstudeerthesis voor de afronding van de opleiding Economische Geografie aan de Universiteit Utrecht, Faculteit Geowetenschappen. In opdracht van de Gemeente Utrecht heb ik gedurende een half jaar onderzoek verricht naar het ontwikkelen van een zorgboulevard bij het St. Antonius Ziekenhuis en de vraag naar cure medisch vastgoed. Ik heb gekozen voor dit onderwerp omdat de zorgmarkt mij al lange tijd interesseert gezien de nieuwe mogelijkheden die dit met zich meebrengt in de vastgoedwereld. Vergeleken met de traditionele vastgoedbeleggingen, kantoren winkels en woningen, is op het gebied van medisch vastgoed nog veel te onderzoeken. Gedurende dit onderzoek heb ik veel nieuwe inzichten opgedaan die de moeite waard zijn voor verder onderzoek.

Tijdens deze afstudeerperiode ben ik veel uiteenlopende belangen en ontwikkelingen tegen gekomen die mij als geograaf verder helpen bij het creëren van een brede beeldvorming. Ik heb de opgedane kennis tijdens mijn studieperiode toegepast in de zorgmarkt, wat een interessante wisselwerking geeft. De combinatie van de vakgebieden geografie en zorg brengt een beter begrip bij het toepassen van geografie in de maatschappij en de vele partijen die daarbij een rol spelen.

Graag wil ik de gemeente Utrecht bedanken voor de ondersteuning en het leggen van contacten gedurende mijn afstudeeronderzoek, in het bijzonder de heer Beerda. Daarnaast gaat mijn dank uit naar de heer Worms, lector bij de Amsterdam School of Real Estate, vanwege zijn nuttige tips en heldere kijk naar mijn scriptie. Tot slot wil ik mijn begeleider de heer Olden bedanken voor de ondersteuning bij het opzetten van dit onderzoek en het verwerken van de bevindingen.

Gouda, 25 juli 2013

Rosanne Malschaert

SAMENVATTING

Een boulevard is een aantal grootstedelijke hoofdstraten waarin stedelijke voorzieningen gevestigd zijn. Het fungeert als verkeersader die de belangrijke centra van een stad met elkaar verbinden. De zorgboulevard heeft deze functie binnen de zorgmarkt en brengt het ziekenhuis meer in de samenleving door zorgactiviteiten aan te bieden als winkels, beweegvoorzieningen, opleidingen en klinieken. Bij het realiseren van een zorgboulevard moet voorafgaand aan de realisatie het doel duidelijk zijn, waarom komen zorgconsumenten naar de boulevard? Dit onderzoek kijkt naar de nog te realiseren zorgboulevard bij het St. Antonius Ziekenhuis op het bedrijventerrein De Wetering-zuid in Utrecht. De locatie is centraal gelegen in Nederland en goed bereikbaar vanuit het hele land, waardoor het doel van deze boulevard gericht is op tweedelijns gespecialiseerde zorg. Daarbij wordt specifiek onderzocht of de ruimtevraag naar cure medisch vastgoed voldoende is.

De precieze vraag naar cure medisch vastgoed in de toekomst is moeilijk in één cijfer uit te drukken vanwege de vele ontwikkelingen die hierop van invloed zijn. De meest relevante ontwikkeling is de veranderende bekostigingssystematiek van het medisch vastgoed. Voor 2008 waren zorginstellingen niet zelf verantwoordelijk voor de bouwkosten van het vastgoed, maar moesten ze een bouwvergunning aanvragen bij het bouwregime. Wanneer de bouwvergunning verstrekt was, lag de verantwoordelijkheid voor de risico's niet meer bij de zorginstelling. Dit had het gevolg dat zorginstellingen zo groot mogelijk bouwden. In 2008 is dit bouwregime afgeschaft en zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor de gehele bouw van het medisch vastgoed. Hierdoor loont het om zo min mogelijk vastgoed te bouwen en zo efficiënt mogelijk met de ruimte om te gaan. In het verleden is tot 15% te veel aan medisch vastgoed gebouwd, waardoor nu sprake is van een overschot. Op de korte termijn wordt daarom de toenemende vraag naar medisch vastgoed eerst ingevuld door efficiënter ruimtegebruik. Op de lange termijn, vanaf 2016, ontstaat er een vraag nieuw vastgoed, nadat de efficiëntie slag voltooid is.

Doordat zorginstellingen nu zelf verantwoordelijk zijn voor de bouw van het vastgoed reageren banken meer terughoudend bij het aanvragen van leningen voor nieuwbouw of renovatie. De overheid springt niet meer in wanneer een zorginstelling failliet dreigt te gaan. Dit effect wordt versterkt door de financieel moeilijke tijden voor banken. Hierdoor zijn zorginstellingen in de toekomst steeds meer afhankelijk van vastgoedbeleggers bij de investering in het medisch vastgoed. Zowel vastgoedbeleggers als zorginstellingen kijken op dit moment nog negatief naar deze oplossing. Vastgoedbeleggers vanwege de beperkte courantheid en vraag naar het vastgoed en zorginstellingen vanwege de rendementen die beleggers willen verdienen aan het vastgoed.

De vraag naar kleinschalig medisch vastgoed, zoals in een zorgboulevard wordt geboden, is in de toekomst onder andere afhankelijk van de zorgverzekeraars. De overheid probeert kleine ZBC's en privéklinieken te stimuleren door de Wet Toelating Zorginstellingen, waarbij toetreding van nieuwe zorginstellingen toegestaan is. Zorgverzekeraars werken deze ontwikkeling tegen, omdat ze bang zijn dat dit extra zorgaanbod een toenemende zorgvraag tot gevolg heeft. Ze sluiten niet of nauwelijks contracten met kleinschalige zorginstellingen af, wat het moeilijk maakt om een kleine zorginstellingen op te starten.

Naast deze belemmering op de vraag naar kleinschalig medisch vastgoed door zorgverzekeraars, zijn de kleinschalige ZBC's en privéklinieken ook niet altijd geïnteresseerd in een zorgboulevard. De

grotere ZBC's en privéklinieken willen hun eigen identiteit behouden, wat bij een zorgboulevard moeilijk te realiseren is. Ook zijn ZBC's en privéklinieken met een specialisatie die concurrerend is met het St. Antonius Ziekenhuis niet geschikt voor de zorgboulevard. Een zorgboulevard is afhankelijk van de samenwerking met een ziekenhuis, gezien de patiënten die doorgestuurd kunnen worden, apparatuur dat gebruikt kan worden en de hulp die nodig is bij complicaties tijdens een behandeling. Wanneer functies in de zorgboulevard worden gevestigd die concurrerend zijn aan het ziekenhuis, verloopt deze samenwerking minder goed. De specialismen die gezien deze belemmeringen nog potentie hebben op de zorgboulevard zijn: plastische chirurgie, reumatologie, neurologie, kindergeneeskunde, cosmetische chirurgie en gehoorrevalidatie. Daarnaast zijn ook specialismen mogelijk die overlappen met het ziekenhuis, maar inspelen op een ander gedeelte van de ketenzorg.

Deze beperkingen maken het lastig om de zorgboulevard bij het St. Antonius Ziekenhuis alleen te richten op cure zorginstellingen. De definitie van een zorgboulevard is echter breder dan alleen cure zorg. Door ook andere zorginstellingen, bedrijven en opleidingen op de zorgboulevard toe te staan kan de vraag verbreed worden. Dit maakt de realisatie van de zorgboulevard reëler en de kans tot slagen groter.

INHOUDSOPGAVEN

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Maatschappelijke relevantie	9
1.3 Wetenschappelijke relevantie	10
1.4 Probleemstelling en deelvragen	10
1.5 Methodologie	11
1.6 Leeswijzer	11
2. Theoretisch kader	12
2.1 Locatietheorieën	12
2.2 Ontwikkelen medisch vastgoed	16
2.3 Vierkwadrantenmodel	19
2.4 Conceptueel model	20
2.5 Conclusie	21
3. Zorgmarkt	23
3.1 Zorginstellingen	23
3.1.1 Ziekenhuizen	23
3.1.2 ZBC's en privéklinieken	24
3.2 Beleidsontwikkelingen in de zorgmarkt	25
3.3 Financiering	28
3.4 Overige ontwikkelingen	30
3.5 Conclusie	30
4. Locatiekenmerken	32
4.1 Kenmerken locatie cure zorginstellingen	32
4.1.1 Ziekenhuizen	32
4.1.2 ZBC's en privéklinieken	33
4.2 Kenmerken locatie zorgboulevard	34
4.3 Conclusie	35
5. Prognose cure medisch vastgoed	36
5.1 Raming medisch vastgoed op basis van demografie, inkomen en trends	36
5.2 Raming opleidingscapaciteit toegepast op medisch vastgoed	37
5.3 Conclusie	39
6. Conclusie en aanbevelingen	40
6.1 Conclusie	40
6.2 Aanbevelingen	43
7. Inhoudelijke en methodologische reflectie	45

8. Literatuurlijst	46
Bijlagen:	
1. Definities	50
2. Model hiërarchie winkelcentra Berry	51
3. Model hiërarchie winkelcentra Borchert	52
4. Landelijke ligging privéklinieken, ZBC's en zorgboulevards	53
5. ZBC's en privéklinieken in de provincie Utrecht	54
6. Berekening pearson correlatiecoëfficiënt	58
7. Demografische veranderingen	61

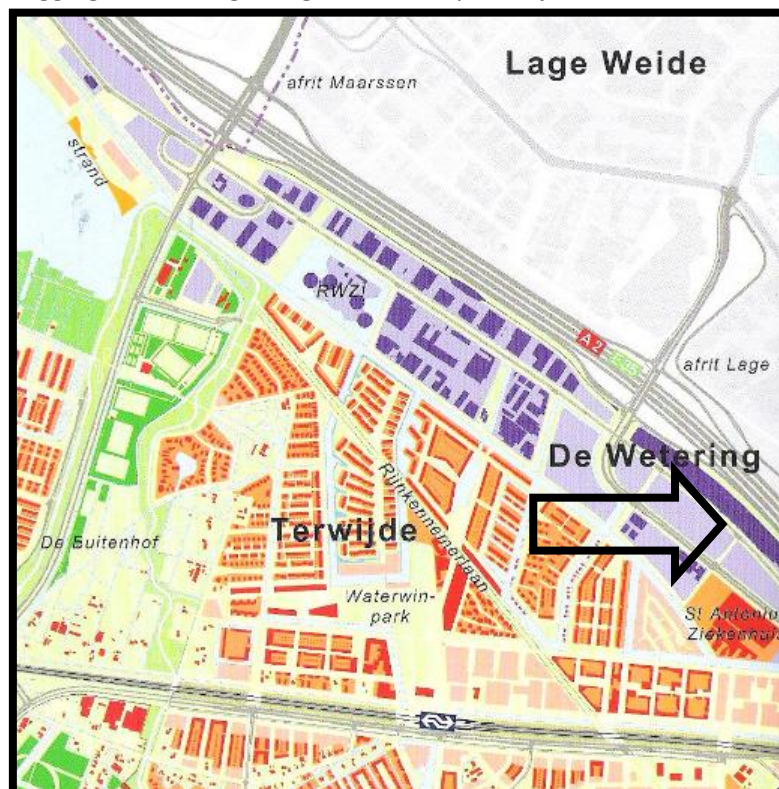
1. INLEIDING

1.1 AANLEIDING

Met bijna 15% van het Bruto Binnenlands Product aan zorguitgaven in 2010 en een verdubbeling van het ruimtegebruik door medisch vastgoed de afgelopen 20 jaar is de zorgmarkt niet meer weg te denken in Nederland (Van Elp e.a., 2012, p. 7 en 37). Om de zorguitgaven niet verder te laten stijgen is op 1 januari 2008 de invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) van start gegaan. Hierdoor zijn zorginstellingen zelf verantwoordelijk geworden voor de productie en investering in het vastgoed (Ikkersheim e.a. 2010, p. 10-11). Na de afschaffing van het bouwregime hoeven zorginstellingen geen vergunning meer aan te vragen bij het college bouw zorginstellingen, zoals voor 2008 het geval was. Wanneer een zorginstelling in die tijd goedkeuring kreeg van het college, was de instelling niet meer verantwoordelijk voor de bouwkosten. De invoering van deze wet heeft gevolgen voor de besluitvorming rondom het medisch vastgoed en alle partijen die daarbij betrokken zijn. Naast de invoering van de WTZi zijn er ontwikkelingen op het gebied van marktwerking, technologie en specialisatie die van invloed zijn op het medisch vastgoed. De zorgmarkt is sterk in beweging.

De gemeente Utrecht wilt in het kader van haar ruimtelijke beleid, specifiek gericht op de ontwikkeling van een zorgboulevard bij het St. Antonius Ziekenhuis op het bedrijventerrein De Wetering-zuid, inspelen op de bewegingen op de zorgmarkt. De zorgboulevard krijgt een centrale ligging in Nederland, specifiek bij de woonwijk Leidsche Rijn, het bedrijventerrein Lage Weide, de treinverbinding tussen Gouda-Utrecht en de snelweg A2 (figuur 1.1).

Figuur 1.1: Ligging toekomstige zorgboulevard op bedrijventerrein De Wetering-zuid



Bron: Gemeente Utrecht, 2012

De definitie van een boulevard is een aantal grootstedelijke hoofdstraten waarin stedelijke voorzieningen gevestigd zijn, zoals winkels, kantoren, woningen, musea, bioscopen, theaters, sportscholen, sauna's, cafés, warenhuizen en openbaren gebouwen (Mens, 2005, p. 13). Naast deze voorzieningen is een boulevard ook een verkeersader die de belangrijke centra in een stad met elkaar verbindt. Een zorgboulevard is een locatie voor diverse zorgactiviteiten, gelegen bij een ziekenhuis (Vitaal ZorgVast, p. 49). Net als bij een stedelijke boulevard zijn de voorzieningen op een zorgboulevard divers, zoals winkels, kappers, sport en beweegvoorzieningen, zorgopleidingen, zelfstandige behandelcentra (ZBC), privéklinieken of een zorghotel. De definitie van een zorgboulevard is niet eenduidig, waardoor het van belang is om vooraf aan de ontwikkeling de visie, aanleiding, doel, ambitieniveau, belanghebbenden en haalbaarheid duidelijk te hebben (Mens, 2005, p. 9). Waarom zouden zorgconsumenten naar de zorgboulevard komen en niet naar een andere zorgvoorziening gaan? De samenwerking tussen zorgboulevard en ziekenhuis is een voorwaarde voor het functioneren van een zorgboulevard. Zorginstellingen op de zorgboulevard moeten bij complicaties tijdens een behandeling de hulp van een ziekenhuis in kunnen schakelen.

De zorgboulevard is een manier om het ziekenhuis meer in de samenleving te plaatsen. Bij vele voorzieningen is een trend zichtbaar van het 'verwinkelen', denk aan vliegvelden, treinstations, kerken, musea en scholen (Chuihua Judy e.a., 2001). Het traditionele ziekenhuis maakt steeds meer plaats voor winkels die ziekenhuisvoorzieningen aanbieden, dit wordt ondersteund door de overheid die marktwerking in de zorg steeds meer toestaat.

De gemeente Utrecht heeft als opdrachtgever van dit onderzoek specifiek gevraagd om de mogelijkheden van zorginstellingen in de cure sector op de zorgboulevard te onderzoeken. In de zorgmarkt is een verschil tussen cure zorg en care zorg te onderscheiden. Cure zorg gaat over de behandeling en genezing van patiënten, bijvoorbeeld in ziekenhuizen, ZBC en privéklinieken. Care zorg is gericht op de verpleging en verzorging van patiënten, zoals in verzorgings- en verpleeghuizen (Van Hilten e.a., 2005, p. D4). Van de 52 miljoen m² medisch vastgoed in Nederland wordt 23,8 miljoen m² gebruikt door cure instellingen en 28,2 miljoen m² gebruikt door care instellingen (Van Elp e.a., 2012, p. 8). Deze keuze voor de cure sector is gemaakt omdat de zorgboulevard ondersteunend wordt aan het St. Antonius Ziekenhuis, welke een cure instelling is.

1.2 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Historische ontwikkelingen in de zorg, zoals de ontdekking van antibiotica en de bevordering van de hygiëne, hebben in de vorige eeuw geleid tot een verbeterde volksgezondheid en levensverwachting (Van Der Horst, 2011, p.3). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft als taak ervoor te zorgen dat mensen met gezondheidsproblemen tijdig een beroep kunnen doen op huisarts, ziekenhuis of andere vormen van gezondheidszorg (Rijksoverheid, 2013). De overheid is wettelijk verantwoordelijk voor de spreiding, betaalbaarheid, solidariteit en kwaliteit van de gezondheidszorg (Putters e.a., 2006, p. 19). Ziektekostenverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten en patiëntorganisaties helpen het ministerie van VWS bij het aanbieden hiervan. Volgens de Rijksoverheid (2011) is de gemeente de overheidslaag die het best kan inspelen op de lokale omstandigheden omtrent de zorg, omdat zij het dichtst bij de burger staat en inzicht heeft op de gezondheidstoestand binnen de gemeentegrenzen. De uitvoering van deze zorgtaak is complex vanwege de vele verschillende trends en ontwikkelingen in de zorg. Deze trends zetten de zorg in beweging en leiden tot complexe mechanismen in vraag en aanbod van medisch vastgoed (Putters

e.a., 2006, p. 20). Zo zijn zorgaanbieders van cure zorg niet meer per definitie gevestigd in ziekenhuizen. De groei van het aantal kleine private zorgaanbieders zorgt vermoedelijk voor meer vraag naar kleinschalig medisch vastgoed. Naast deze ontwikkelingen is het van belang dat mensen met gezondheidsproblemen tijdig een beroep kunnen doen op de zorg die zij nodig hebben, het medisch vastgoed moet hierin voldoende ondersteunen. Met dit onderzoek wordt deze vraag in kaart gebracht, wat de gemeente Utrecht helpt bij de ontwikkeling van de zorgboulevard op het bedrijventerrein De Wetering-zuid.

1.3 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Voor 1 januari 2008 waren zorginstellingen niet zelf verantwoordelijk voor de productie en investering van het medisch vastgoed. Het gevolg hiervan was dat zorginstellingen te veel en te groot bouwden. De motivatie om onderzoek te doen naar het efficiënter gebruiken van het medisch vastgoed was beperkt. Met het huidige stelsel bouwen de zorginstellingen voor eigen rekening en zijn zelf verantwoordelijk voor de exploitatie van het vastgoed en de risico's. Het doel van dit gewijzigde beleid is dat bij de vastgoedbeslissingen meer rekening wordt gehouden met grondprijzen, afstootbaarheid en mogelijke herbestemming (Van Elp e.a., 2012, p. 26). Het besef wordt steeds groter dat ook in de zorgsector strategisch met het vastgoed omgegaan moet worden. Na 2008 is veel wetenschappelijke literatuur geschreven over hoe zorgbestuurders strategisch met hun vastgoed om kunnen gaan (Leenders, 2010, Bovend'eerd, 2011, Maltha, 2008). Van Elp e.a. (2012) brengt de vraag naar medisch vastgoed op de Nederlandse zorgmarkt in kaart. Van Elp e.a. (2012) hebben een ramingsmodel ontwikkeld waarbij het medisch vastgoed uit het verleden wordt verklaard vanuit de determinanten demografie naar leeftijdsklassen en inkomensgroei. Het percentage medisch vastgoed dat niet door deze determinanten wordt verklaard zijn de trends. Door deze trends van 1990 tot 2010 te analyseren met het ramingsmodel wordt de toekomstige vastgoedontwikkeling voorspeld. Het nadeel van deze ramingsmethode is dat deze grotendeels gebaseerd is op cijfers van voor de gewijzigde bekostigingssystematiek. Zorginstellingen zijn nu veel terughoudender met het ontwikkelen van een overschot aan vierkante meters medisch vastgoed, omdat zij zelf verantwoordelijk zijn voor de exploitatie en de risico's.

Met dit onderzoek wordt een bijdrage geleverd aan de kennis op het gebied van de vraag naar medisch vastgoed in Nederland, hierbij wordt rekening gehouden met de veranderende beleidsmaatregelen en de trends die hierbij van belang zijn.

1.4 PROBLEEMSTELLING EN DEELVRAGEN

Gezien de aanleiding, maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie staat de volgende probleemstelling centraal in dit onderzoek:

Is de vraag naar cure medisch vastgoed voldoende voor de ontwikkeling van een zorgboulevard met private zorgbedrijven op het bedrijventerrein De Wetering-zuid in Utrechtse nieuwbouwwijk Leidsche Rijn?

De deelvragen die helpen bij het beantwoorden van de probleemstelling zijn:

1. Hoe ziet het huidige aanbod aan cure medisch vastgoed in de provincie Utrecht eruit?

2. Wat zijn relevante ontwikkelingen op de zorgmarkt die van invloed zijn op de samenstelling van het cure medisch vastgoed?
3. Welke locatienmerken zijn van belang voor de gebruikers van cure zorginstellingen?
4. Hoe ziet de vraag naar cure medisch vastgoed eruit in 2016 en 2030?

1.5 METHODOLOGIE

Dit exploratieve onderzoek brengt de samenhang in beeld tussen (beleids)ontwikkelingen en de vraag naar cure medisch vastgoed. Het onderzoek is deels gebaseerd op een literatuurstudie, welke wordt aangevuld met kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek bestaat uit 12 expertinterviews, waarbij partijen zijn geïnterviewd die in aanmerking komen bij het ontwikkelen van cure medisch vastgoed. Daarnaast zijn een aantal interviews gehouden met experts uit de gezondheidszorg, vastgoedwereld en de geografie. Van de 12 interviews waren 10 interviews face-to-face en 2 interviews telefonisch. Deze kwalitatieve expertinterviews hebben een ongestructureerd karakter, vanwege de mechanismen die aan het licht moeten komen tussen (beleids)ontwikkelingen en de vraag naar cure medisch vastgoed (Bryman, 2008, p. 435-469). De resultaten uit het kwalitatieve onderzoek worden meegenomen in het kwantitatieve onderzoek, waarbij de vraag naar cure medisch vastgoed wordt uitgedrukt in cijfers. Verder bestaat het kwalitatieve onderzoek uit de bestudering van de huidige locaties van cure zorginstellingen en zorgboulevards. Het kwantitatieve onderzoek wordt verricht door middel van bestaande data sets welke vrij toegankelijk zijn via het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Basisregister Adressen en Gebouwen (BAG), Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en uit onderzoek van Van Elp e.a. (2012). Het RIVM heeft een dataset beschikbaar met alle locaties van zorginstellingen in Nederland. Vervolgens zijn deze locaties opgezocht in het BAG, waar data verstrekt wordt over het aantal vierkante meters vastgoed wat gebruikt wordt voor de gezondheidszorg, dit is gebruikt in bijlage 5. De data die het CBS verstrekt over de zorguitgaven in Nederland zijn gebruikt om de correlatie aan te tonen tussen de zorguitgaven en de vierkante meters medisch vastgoed, waarna de formule van het capaciteitsorgaan toegepast kon worden.

1.6 LEESWIJZER

Om de probleemstelling van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, is dit rapport verdeeld in acht hoofdstukken. Dit eerste hoofdstuk gaat in op de relevantie, achtergrond en methodiek van het onderzoek. Hoofdstuk twee is een literatuuronderzoek over locatietheorieën die van toepassing zijn op het medisch vastgoed en het ontwikkelen van medisch vastgoed door beleggers. In hoofdstuk drie wordt de zorgmarkt beschreven, met het huidige aanbod aan zorginstellingen en de relevante ontwikkelingen die van invloed zijn op het medisch vastgoed. Hoofdstuk vier schetst de locatienmerken van zorginstellingen welke worden toegepast op de zorgboulevard bij het St. Antonius Ziekenhuis. Het vijfde hoofdstuk berekent met de eerder genoemde ontwikkelingen de toekomstige vraag naar cure medisch vastgoed. In hoofdstuk zes, de conclusie van het onderzoek, wordt antwoord gegeven op de probleemstelling en de deelvragen, daarnaast geeft dit hoofdstuk een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Hoofdstuk zeven geeft een kritische inhoudelijke en methodologische reflectie van het onderzoek en in hoofdstuk acht wordt de gebruikte literatuur vermeld. De gebruikte vaktermen en definities worden toegelicht in bijlage één. Tot slot zijn de overige bijlagen ondersteunend aan de inhoud van de eerder genoemde hoofdstukken.

2. THEORETISCH KADER

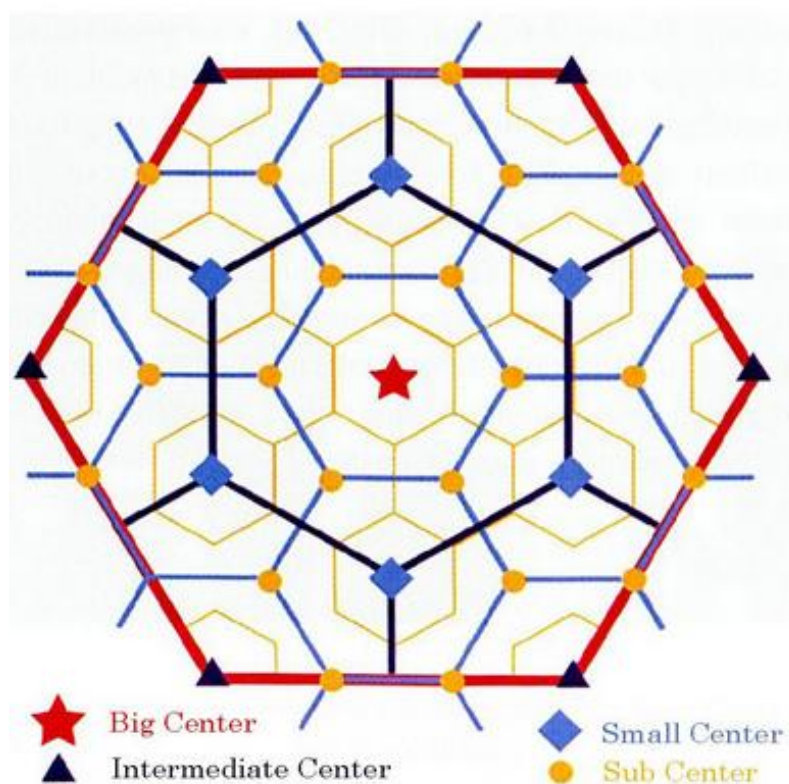
Omtrend de zorg en het medisch vastgoed zijn vele ontwikkelingen gaande. Dit theoretisch kader geeft handvatten om deze ontwikkelingen vanuit een breder perspectief te benaderen. Hierbij worden eerst een aantal locatietheorieën uit de detailhandel en kantorenmarkt vergeleken met de zorgmarkt. Vervolgens wordt vanuit de vastgoedbelegger met een theoretische benadering naar het medisch vastgoed gekeken. Hieruit volgen theoretische mogelijkheden voor de vastgoedbelegger.

2.1 LOCATIETHEORIEËN

De locatiestructuur van zorginstellingen is vergelijkbaar met de detailhandelstructuur van Christaller. Christaller was een van de eerste onderzoekers die een formeel model ontwikkelde voor het ruimtelijke gedrag van detailhandel (Eppli & Benjamin, 1994, p. 6). In 1933 ontwikkelde Christaller de 'Central Place Theory', waarbij hij het ruimtelijke patroon van nederzettingen probeert te verklaren op basis van hun verzorgingsfunctie. Volgens Christaller wordt het patroon van voorzieningen in nederzettingen afgeleid door het bereik en de drempelwaarde, die zorgen voor een hiërarchie (Atzema e.a., 2002, p. 70-71). Het bereik van een voorziening is de maximale reisafstand die een consument bereid is af te leggen voor een product. De drempelwaarde is de minimale vraag die noodzakelijk is om een winkel economische te laten functioneren. De drempelwaarde bepaalt het aantal en de locatie van een winkelcentra. Het bereik en de drempelwaarde samen zijn het marktgebied, die in deze theorie afgebeeld wordt als een zeshoek (figuur 2.1). Dorpen hebben vaak een beperkt aantal voorzieningen, terwijl dit aanbod bij steden groter is. Goederen met een laag bereik en drempelwaarde hebben kleinere marktgebieden dan goederen met een groot bereik en drempelwaarde. Door deze verschillende grootte in marktgebieden en het aantal voorzieningen kan een hiërarchie worden aangebracht in de plaatsen. De centraliteit van een plaats is afhankelijk van de verzorgende functie die de plaats heeft in de omgeving. Op deze manier zijn nationale, regionale en lokale plaatsen aan te wijzen (figuur 2.1).

Vanuit deze theorie kan worden gekeken naar het ruimtelijk patroon van de zorginstellingen. Hierbij is een aantal gelijkenissen aan te wijzen. De zorgconsument kiest in 91% van de gevallen voor de dichtstbijzijnde zorgaanbieder (De Bas, 2003, p. 21). Wanneer het gaat om een complexere aandoening is de consument bereid verder te reizen voor een zorgaanbieder die bijvoorbeeld betere kwaliteit biedt. Dit brengt in de cure zorg een gelijksoortige hiërarchie als bij de theorie van Christaller. Een academisch ziekenhuis is gevestigd in een Big Center, een topklinisch ziekenhuis in een Intermediate center, een algemeen ziekenhuis in een Small Center en een polikliniek in een Sub Center.

Figuur 2.1: Centrale plaatsen theorie Christaller



Bron: Van Den Hout & Herps, 1999

Berry (1967) redeneert met zijn theorie over marktcentra verder op de centrale plaatsen theorie van Christaller. Volgens Berry bestaat er een hiërarchie in winkelcentra waarbij het detailhandelsysteem voortdurend in beweging is vanwege vraag en aanbod. Berry benoemt vijf verschillende type hiërarchische winkelcentra: metropolitan, regional, community, neighborhood en convenience (bijlage 2). Het overheidsbeleid creëert een geplande stedelijke omgeving met deze vijf type winkelcentra waarbinnen de detailhandel een vestigingslocatie moet kiezen. Door stedenbouwkundige voorschriften is het verplicht om detailhandel te vestigen binnen de hiërarchie van winkelcentra.

Borchert (1998), redeneert verder op de theorie van Berry. Volgens Borchert loopt het aantal typen marktcentra terug naar drie centra, vanwege de inflexibiliteit van de centra. Een winkelcentrum kan vaak niet worden vergroot, waardoor winkels met een grotere ruimtevrage verplaatsen naar een winkelcentrum dat hoger ligt in de hiërarchie. Wanneer het winkelcentrum wel de mogelijkheid heeft tot uitbreiding, vergroot hierdoor het marktgebied. Dit zorgt voor een minder centrale ligging van het winkelcentrum in het marktgebied, waardoor verplaatsing gewenst is. Het winkelcentrum zelf kan moeilijk worden verplaatst, maar de winkels kunnen wel verplaatsen naar een winkelcentrum hoger in de hiërarchie. Hierdoor ontstaat een opwaartse beweging en verdwijnen de onderste niveaus van de hiërarchie. De nieuwe hiërarchie van Borchert benoemt de volgende marktcentra: main center, intermediate en local (bijlage 3). Door de opwaartse beweging in de hiërarchie van marktcentra wordt de druk op het main center steeds groter en stijgen de huurprijzen. Deze opwaartse beweging is ook zichtbaar in de ziekenhuiszorg door schaalvergroting en het specialiseren van ziekenhuizen. De schaalvergroting van ziekenhuizen is zichtbaar door de vele fusies. Ziekenhuizen fuseren met het idee om schaalvoordelen te behalen, zoals een betere onderhandelingspositie bij zorgverzekeraars en

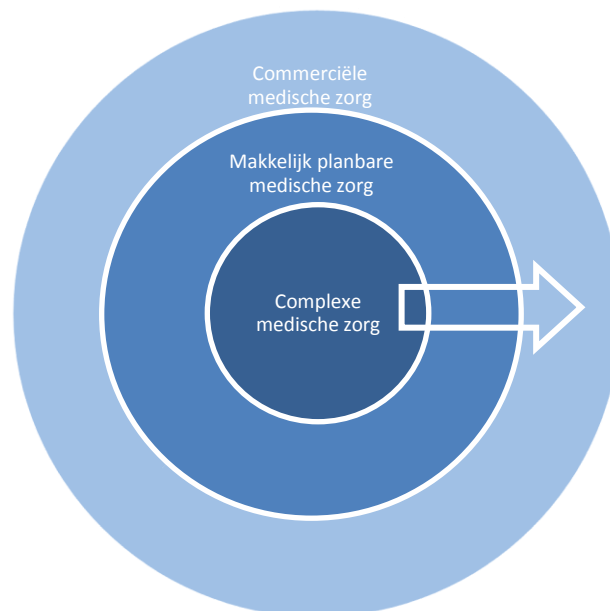
door een specialistische behandeling nog maar op één locatie uit te hoeven voeren. De specialisatie komt op gang door de kwaliteitseisen die gesteld worden door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (paragraaf 3.2). Hierdoor komen algemene ziekenhuizen hoger in de hiërarchie te liggen en wordt het aantal algemene ziekenhuizen kleiner.

Peek en van Vegchel geven aan dat de detailhandel graag gevestigd zit in elkaars nabijheid op de beste locaties, de main markets (Peek & van Vegchel, 2011, p. 259-260, 281). De main markets hebben de meeste bezoekersstromen en een goede fysieke nabijheid in het marktgebied. De voordelen van deze main markets zorgen voor een prijsopdrijvend effect, waardoor alleen de meest productieve winkels de duurste locaties kunnen betalen. De branches met een te lage capaciteit om de huur te betalen zijn daardoor gedwongen om te verhuizen naar een goedkopere locatie aan de rand van de stad. Deze branches zijn bijvoorbeeld auto's, boten, tuincentra, bouwmarkten en woninginrichtingen. Daarbij moeten zij zich nog steeds houden aan de aangewezen detailhandel locaties door de overheid (Peek & van Vegchel, 2011, p. 261). Het verschil tussen zorginstellingen en detailhandel is dat zorginstellingen meer vrijheid hebben bij de locatiekeuze. Hier wordt in samenspraak met de gemeente een locatiekeuze gemaakt. Uit bijlage 3, het model van Borchert (1998), blijkt dat medische centra net als grootschalige detailhandel gevestigd zijn in urban arterial en new suburban ribbon, local in de hiërarchie. Door het specialiseren van de algemene ziekenhuizen is een verplaatsing zichtbaar naar main in het model van Borchert. Door deze specialisatie gaan patiënten niet meer als vanzelfsprekend naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, maar reizen ze verder voor een ziekenhuis dat gespecialiseerd is in hun aandoening. Het aantal patiënten waar het ziekenhuis zich op richt binnen het oorspronkelijke verzorgingsgebied wordt kleiner, doordat het ziekenhuis zich voornamelijk richt op patiënten met een aandoening binnen het specialisme. Hierdoor moet bij een gelijkblijvende drempelwaarde het bereik van een ziekenhuis groter worden. Dit lost zich vanzelf op doordat patiënten bereid zijn verder te reizen naar een ziekenhuis dat betere kwaliteit biedt. Dit maakt de bereikbaarheid via snelweg en trein belangrijker voor een ziekenhuislocatie, vanwege de grotere afstanden die patiënten afleggen voor een specialistische behandeling.

Naast deze specialisatie van zorginstellingen is ook een commercialisering zichtbaar in de zorgsector. Marinus Verweij, directeur TNO Zorg en Bouw, verwacht dat de planbare ingrepen niet meer nodig zijn in een groot log "alles-in- één- gebouw", maar kunnen worden uitgevoerd in een kleine kliniek in het winkelcentrum (Idenburg & Schaik, 2010, p. 155). Zoals figuur 2.2 laat zien, kan de cure zorg worden ingedeeld in drie categorieën (Kingma, 2013). De kleinste cirkel bestaat uit complexe activiteiten die worden geleverd door ziekenhuizen. In de middelste cirkel bevinden zich de basisactiviteiten, zoals een liesbreuk of gebroken been. Deze behandelingen kunnen worden uitgevoerd door een ziekenhuis of in het geval van planbare behandelingen ook door een ZBC. In de buitenste cirkel bevindt zich de commerciële zorg die wordt geleverd door privéklinieken, zoals cosmetische ingrepen. Een langzame beweging van behandelingen die eerst onder de complexe zorgactiviteiten vielen, vervolgens een basis activiteit werden en eindigden als commerciële zorg is zichtbaar. Deze ontwikkeling is zichtbaar door de technologische verbeteringen in de zorg. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van contactlenzen. In het verleden moest voor het dragen van lenzen eerst een oogarts de ogen beoordelen voordat de lenzen gekocht konden worden. Nu zijn lenzen gecommmercialiseerd en zit in vele winkelcentra een opticien of drogist waar zonder doktersverklaring lenzen gekocht kunnen worden. Deze ontwikkeling is ook zichtbaar bij gehoorapparaten. Door de constante verschuiving van de binnenste cirkel naar de buitenste cirkel,

wordt het aantal commerciële zorginstellingen op de markt steeds groter. Dit wordt bevestigd door de theorie die is beschreven in paragraaf 1.1, waarbij Chuihua Judy e.a., spreken over het 'verwinkelen' van voorzieningen. Daar tegenover komen er weer nieuwe complexe ziekten bij. Deze natuurlijke privatisering probeert de overheid door de WTZi te stimuleren, zodat patiënten uit dure ziekenhuizen worden gehouden. Ziekenhuizen zijn echter terughoudend in het uitbesteden van activiteiten (Bovend'eerd, 2011, p. 49). Dit komt doordat ziekenhuizen de tekorten bij complexe behandelingen dekken door de basisactiviteiten duurder te verkopen dan ze daadwerkelijk kosten. Private zorginstellingen kunnen echter na corrigeren van deze verkeerde beprijzing alsnog 10 tot 15 procent goedkoper leveren door een betere efficiëntie. Door de ZBC's en privéklinieken in de buurt van het ziekenhuis te vestigen kunnen clustervoordelen optreden, bijvoorbeeld bij het inschakelen van de hulp van het ziekenhuis bij complicaties tijdens een behandeling.

Figuur 2.2: Ontwikkeling cure zorg



Bron: Kingma, 2013

Bij het verder specialiseren van zorginstellingen en het vercommercialiseren van de zorg ontstaan steeds meer clusters, waar ziekenhuis, private zorginstelling, bedrijfsleven en opleiding samenkomen (Blijham e.a., 2011, p. 282-283). In de wetenschappelijke literatuur worden verschillende soorten economische activiteiten binnen een soortgelijk productieproces een cluster genoemd (Atzema e.a., 2009, p.157-158). Er is een verschil tussen clusters die meer consumenten aantrekken en clusterterts die innovatie creëren. Een consumenten cluster wordt opgericht om de locatie zo aantrekkelijk mogelijk te maken voor consumenten door bijvoorbeeld diversiteit, zoals bij een woonboulevard of autoboulevard. Innovatie clusters ontstaan om inhoudelijke voordelen te behalen door kennissamenwerking, zoals Silicon Valey, het high tech cluster in Californië (Atzema e.a., 2009, p.157-158). Clustervorming bij zorginstellingen hebben baat bij beide doelen. In tegenstelling tot een woonboulevard die voornamelijk dezelfde producten aanbiedt, kan een zorgboulevard voordeel behalen door het aanbieden van diversiteit bij een gehele ketenzorg. De specialisatie van een ziekenhuis kan verder worden versterkt, door naast de behandeling, ook de mogelijkheid te bieden

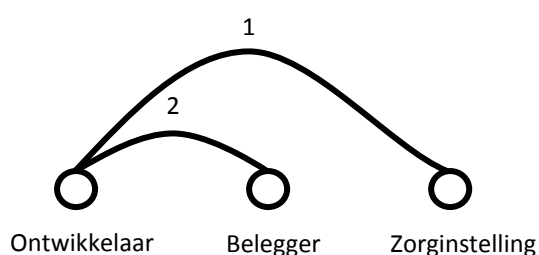
voor bijvoorbeeld revalidatie (Danen e.a., 2002, p. 34). Patiënten kiezen eerder voor een ziekenhuis die een volledige ketenzorg biedt. Door het samenkomen van de diverse zorginstellingen, zorgbedrijven en zorgopleidingen komt kennissamenwerking tot stand (Blijham e.a., 2011, p. 282-283). Door elkaars ruimtelijke nabijheid kunnen onderlinge leerprocessen ontstaan die van belang zijn voor de zorginstellingen en patiënten. Daarnaast kunnen ZBC's en privéklinieken die gevestigd zijn in de buurt van een ziekenhuis de dure apparatuur van het ziekenhuis gebruiken en bij complicaties de hulp van het ziekenhuis inschakelen.

Naast deze clustervoordelen heeft de vestiging van een zorgboulevard bij een ziekenhuis nog andere voordelen. Wanneer een groot warenhuis zich in het centrum van een stad vestigt trekt dit meer consumenten. Dit wordt bevestigd door Eppli & Benjamin (1994, p. 6), die aangeven dat consumenten meer kopen indien verschillende soorten winkels bij elkaar gevestigd zitten. Bij het realiseren van een zorgboulevard naast een ziekenhuis, zorgt het ziekenhuis voor een vergelijkbare consumentenstroom als bij een warenhuis. Hier kunnen de kleine omliggende zorginstellingen hun voordeel mee doen. Een patiënt die al gewend is aan de omgeving van het ziekenhuis, kiest bijvoorbeeld bij revalidatie, eerder voor een zorginstelling op de naastgelegen zorgboulevard dan voor een zorginstelling op een andere locatie. Dit komt doordat de patiënt al vertrouwd is met de locatie (Vitaal ZorgVast, p. 49).

2.2 ONTWIKKELEN MEDISCH VASTGOED

De overheid heeft veel vastgoed in bezit. Probleem van maatschappelijk vastgoed is dat dit vaak onvoldoende transparant is, geen doelstellingen en strategieën heeft, inefficiënt georganiseerd is en onvoldoende gericht is op prestatie (Pöll, 2012, p. 375). Door deze problemen bij het maatschappelijk vastgoed en de noodzakelijke overheidsbezuinigingen wordt steeds meer maatschappelijk vastgoed afgestoten (Van Gool e.a., 2013, p. 109-110). Deze trend is ook zichtbaar in de zorg. In de zorgsector zijn vanwege bezuinigingsmaatregelen de zorginstellingen sinds 2008 zelf verantwoordelijk voor het vastgoed. Dit prikkelt de instellingen om beter over de huisvesting na te denken. Nu de zorginstelling zelf verantwoordelijk is voor het ontwikkelen van het vastgoed zijn een aantal mogelijke scenario's. Tot voor kort gaven zorginstellingen standaard de bouwopdracht aan een ontwikkelaar. Daarbij betaalde de zorginstelling de bouwkosten rechtstreeks aan de ontwikkelaar, met eigen middelen en een leningen van de bank. Door de financieel moeilijke tijden worden banken steeds terughoudender bij het verstrekken van leningen. De eigen middelen van de zorginstelling zijn vaak onvoldoende om een geheel ziekenhuis te financieren, waardoor een zorginstelling gedwongen wordt het vastgoed te huren (Galloro, 2008). Hierbij wordt het medisch vastgoed ontwikkeld door een ontwikkelaar die op zoek gaat naar partijen die het vastgoed willen huren (figuur 2.3, (1)). Vervolgens verkoopt de ontwikkelaar het vastgoed met de geïnteresseerde partijen aan een belegger die zorgt voor de verhuur van het vastgoed (figuur 2.3, (2)).

Figuur 2.3: Stappen bij het ontwikkelen van medisch vastgoed



- 1: De ontwikkelaar zoekt voor de bouw partijen die het vastgoed willen huren
- 2: De ontwikkelaar verkoopt het vastgoed en de huurders

Beleggen is het investeren van geldmiddelen in vermogenstitels anders dan spaarvormen, met als doel beleggingsinkomsten en waardeinstijging van het vermogen te genereren (Van Gool e.a., 2013, p. 24). Deze inkomsten en waardeinstijging wordt bij vastgoed beleggingen gerealiseerd uit de exploitatie en verkoop van het vastgoed. Dit vastgoed bestaat uit de grond en alles wat daarop of daarin gebouwd is. Traditioneel gezien zijn dit landbouwgronden, woningen, winkels, winkelcentra, kantoren of (parkeer)garages. Minder gebruikelijk vastgoed waarin belegd kan worden zijn scholen, bibliotheken, hotels, restaurants of havens. In Nederland behoort medisch vastgoed ook tot vastgoed waarbij het minder gebruikelijk is om in te beleggen. Het medisch vastgoed is vaak in eigendom van de zorginstellingen zelf. In de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk zijn al wel beleggers die het eigendom van het vastgoed over nemen van de zorginstellingen (Van Gool e.a., 2013, p. 25). Bij deze voorbeelden gaat het om een directe belegging in vastgoed, waarbij de belegger rechtstreeks eigenaar is van het vastgoed of eigenaar is van financiële vermogenstitels die recht geven op de opbrengsten van het vastgoed. De belegger heeft hierbij een meerderheidsbelang en de zeggenschap over het management van het vastgoed. De kenmerken van direct beleggingen in vastgoed zijn (Van Gool e.a., 2013, p. 28):

1. Het is een vermogensobject en productiemiddel, waardoor een belegger niet alleen actief is op de vermogensmarkt maar ook op de verhuurmarkt en markten die een rol spelen bij de ontwikkeling en exploitatie van vastgoed;
2. Het is kwetsbaar voor de omgeving, omdat het niet verplaatsbaar is. Denk bijvoorbeeld bij winkels aan een krimp van de bevolking of een concurrerend winkelcentra in de buurt;
3. De gebouwen zijn heterogeen, elk gebouw is uniek. Vanwege de ligging, aard van het gebouw, de staat van onderhoud en de aanwezigheid van huurders;
4. De directe vastgoedmarkt bestaat niet, er zijn veel lokale deelmarkten;
5. Er is geen doorlopende prijsvorming, dit leidt tot onvolledige informatie, marktimperfecties, prijsstarheid en leegstand;
6. Hoge eenheidsprijzen vergeleken met aandelen en obligaties. Dit komt doordat vastgoed moeilijk te splitsen is. Het vermogen moet relatief hoog zijn;
7. De transactiekosten zijn hoog, zoals het opstellen van een koopcontracten, de notariskosten, de overdrachtsbelastingen en de informatiekosten;
8. Direct vastgoed is illiquide, aan- en verkooptransacties kosten veel tijd. Dit komt door de heterogeniteit en complexiteit van de beleggingsvorm en de ondoorzichtigheid van de markt;
9. De levensduur van grond is oneindig en van gebouwen zeer lang, vastgoed is daardoor een lange termijn belegging;
10. Het heeft een lange productietijd, waardoor het aanbod vertraagd reageert op veranderingen in de vraag;
11. Er is veel overheidsregelgeving, de resultaten zijn mede afhankelijk van het gevoerde overheidsbeleid;
12. Het is zeer managementintensief, de directe huuropbrengsten zijn te beïnvloeden door goed management van de belegger.

Deze kenmerken gelden ook voor medisch vastgoed, met een aantal uitzonderingen. Zo is kenmerk 3, de gebouwen zijn heterogeen, nog sterker van toepassing bij medisch vastgoed dan bij kantoren, woningen of winkels. Een groot deel van cure medisch vastgoed is niet te gebruiken voor andere doeleinden dan zorgverlening, het vastgoed is incurant (Maltha, 2008, p. 20). Hierdoor is de weder verhuurbaarheid zonder bouwkundige aanpassingen beperkt (Van Gool e.a., 2013, p. 110). Dit zorgt

voor een beperkt aantal beleggers dat geïnteresseerd is in deze markt, het vergt veel specifieke kennis van de belegger. Verder is de eenheidsprijs van een ziekenhuis hoog (kenmerk 6). Het vermogen moet groot zijn om naast de investering in het cure medisch vastgoed ook nog te kunnen investeren in andere type vastgoed. Dit maakt het lastig voor beleggers om de risico's te spreiden over verschillende type vastgoed. De transactiekosten (kenmerk 7) bij medisch vastgoed kunnen relatief laag zijn, door de lange huurcontracten van tien tot twintig jaar. De illiquiditeit bij medisch vastgoed is hoog (kenmerk 8), onder beleggers is nog maar weinig kennis over beleggingen in medisch vastgoed, omdat het in Nederland nog maar weinig voor komt. Kenmerk 11, overheidsregelgeving, is mogelijk ook een reden voor terughoudendheid bij beleggers om te investeren in medisch vastgoed. Momenteel is het aantal beleidsveranderingen groot om de zorguitgaven te reduceren. Dit heeft grote invloed op het medisch vastgoed (paragraaf 3.2). Positieve kenmerken van een belegging in medisch vastgoed zijn portefeuillediversificatie, stabiele stroom van inkomsten, gunstige rendement/risicoverhouding en lange huurcontracten van tien tot twintig jaar wat bescherming biedt tegen inflatie (Van Gool e.a., 2013, p. 30 en 110). Voor de wetwijziging in 2008 werd ook de kredietwaardigheid van de organisatie gezien als bijkomend voordeel, deze staat nu echter onder druk.

Bij indirecte beleggingen in vastgoed is de belegger niet rechtstreeks eigenaar van het vastgoed, maar eigenaar van financiële vermogenstitels die recht geven op de opbrengsten van dat vastgoed (Van Gool e.a., 2013, p. 26). Hierbij heeft de belegger geen meerderheidsbelang of zeggenschap over het management. Dit zijn bijvoorbeeld aandelen of participatiebewijzen van vastgoedfondsen en – ondernemingen. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen beursgenoteerde vastgoed aandelen en niet-beursgenoteerde vastgoed aandelen. Bij deze fondsen of ondernemingen kan tegen een beperkte prijs indirect belegd worden in vastgoed, dit biedt mogelijkheden tot risicospreiding (de Wit, 1997, p.117). Bij deze indirecte belegging liggen de rendementen vaak lager dan bij een directe belegging, omdat deze over het hele fonds verdeeld worden. Een aantal van de besproken nadelen van direct beleggen in medisch vastgoed zijn niet van toepassing bij indirect beleggen. Zo is lokale expertise niet nodig en bestaat de mogelijkheid tot kleinere investeringen (Van Gool e.a., 2013, p. 35).

De opbrengsten van een belegging kunnen worden onderverdeeld in direct en indirect rendement (De Kam, 2003, p. 7). Het directe rendement van een belegging is de huuropbrengst van het vastgoed, wat bij medisch vastgoed hoog is vanwege de lange huurcontracten die ziekenhuizen aangaan. Het indirecte rendement komt voort uit de waardeinstijging van het vastgoed en komt pas na verkoop van het vastgoed ter beschikking van de belegger. Dit indirecte rendement is laag bij ziekenhuizen vanwege de lage courantheid, waardoor het moeilijk te verkopen is bij beëindiging van het huurcontract. Bij kleinschalig medisch vastgoed is deze incourantheid minder groot, wat een hoger indirect rendement oplevert. Het directe en indirecte rendement samen zijn de totale inkomsten ten opzichte van het geïnvesteerde kapitaal van de belegger. Bij de berekening van het totale rendement wordt een onderscheid gemaakt tussen een risicovrij deel en de risicopremie, welke wordt gevraagd voor het lopen van risico op de belegging. Hoe hoger het risico van een belegging hoe hoger de risicopremie is die gerekend wordt door de belegger. Het totale rendement is het risicovrije deel en de risicopremie bij elkaar opgeteld. Bij een risicovolle belegging ligt het totaal rendement hoger dan bij een belegging met minder risico's. Risico's bij het beleggen in vastgoed zijn onder te verdelen in externe, algemene en interne factoren (Ten Have, 2002). De externe en algemene factoren worden beïnvloed door de vastgoedmarkt en ontwikkelingen op het gebied van

economie, regelgeving en sociale aspecten. Voorbeelden hiervan zijn veranderingen in de vraag naar huisvesting, marktrente, bouwkosten, overheidsbeleid en financiële regelgeving. Interne factoren worden beïnvloed door het vastgoed zelf, zoals de fysieke, economische en juridische kwaliteit van het vastgoed. Bijvoorbeeld bruikbaarheid, omvang, flexibiliteit, uitbreidingsmogelijkheden, onderhoudsstaat en technische veroudering. Wanneer deze factoren gezien vanuit de theorie worden toegepast op medisch vastgoed in het algemeen, is de externe/algemene factor 'regelgeving' direct van invloed op medisch vastgoed. Wanneer meer marktwerking in de zorg wordt toegestaan door de overheid, groeit het aantal ZBC's en daarmee de vraag naar kleinschalig medisch vastgoed. De flexibiliteit, een interne risico factor, is bij medisch vastgoed beperkt, vanwege de specifieke faciliteiten die het vastgoed moet bieden om zorg te kunnen leveren. Dit is mogelijk op te lossen door het vastgoed meer courant te bouwen, door middel van de schillenmethoden, waarbij zorgruimten met een vergelijkbare courantheid worden geconcentreerd (van der Voordt, 2008, p. 1). De schillen die daarbij worden onderscheiden zijn (1) hot floors (kapitaalintensieve en specialistische zorgruimten, zoals operatiekamers en de IC), (2) low care ruimten (verpleegafdelingen met een zorg- en hotelfunctie), (3) fabrieksfuncties (laboratoria en keukens) en (4) kantoorruimten. Dit maakt het vastgoed flexibeler per schil en voor meerdere doelgroepen aantrekkelijk. De overige externe, algemene en interne factoren verschillen per locatie.

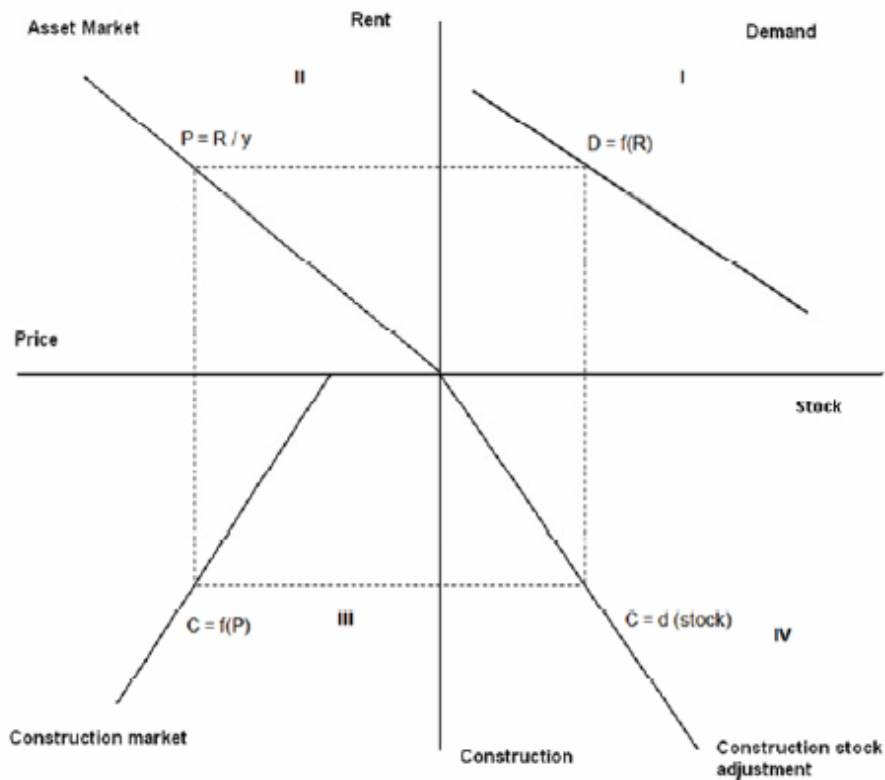
2.3 VIERKWADRANTENMODEL

De kantorenmarkt is door DiPasquale & Wheaton (1996) gemodelleerd in het vierkwadrantenmodel (figuur 2.4). Dit model gaat over het directe rendement bij de verhuur van vastgoed en de onderlinge verbanden tussen de vier kwadranten: gebruikersmarkt, beleggingsmarkt, bouw- en ontwikkelmarkt en aanpassing van de voorraad.

In het eerste kwadrant, de gebruikersmarkt (demand), heeft de huurprijs (rent) een negatief verband met de vraag (stock) (Buitelaar e.a., 2013, p. 39-40). Bij een afnemende huurprijs stijgt de vraag naar ruimte. In het tweede kwadrant, de beleggingsmarkt (Asset Market), is de huurprijs afgezet tegen de prijs van het vastgoed (price), dit is een positief verband. Bij een toenemende huurprijs stijgt ook de prijs van het vastgoed. Het derde kwadrant, de bouw- en ontwikkelmarkt (construction market), laat een positief verband zien tussen de prijs van het vastgoed en de bouwproductie (construction). Hoe hoger de prijs van het vastgoed hoe groter de bouwproductie is. Het laatste kwadrant is de aanpassing van de voorraad (construction stock adjustment), hierbij geldt hoe hoger de bouwproductie hoe groter de voorraad (stock).

Dit model kan ook worden beredeneerd vanuit het medisch vastgoed. Op dit moment is de vraag naar medisch vastgoed beperkt, doordat zorginstellingen het vastgoed nu nog zelf in eigendom hebben. Dit leidt tot weinig voorraad en weinig bouwactiviteiten onder ontwikkelaars, met als gevolg weinig interesse vanuit de beleggers. Op basis van dit model zijn beleggers niet snel geïnteresseerd in medisch vastgoed, omdat de vraag laag is.

Figuur 2.4: Vierkwadrantenmodel kantorenmarkt

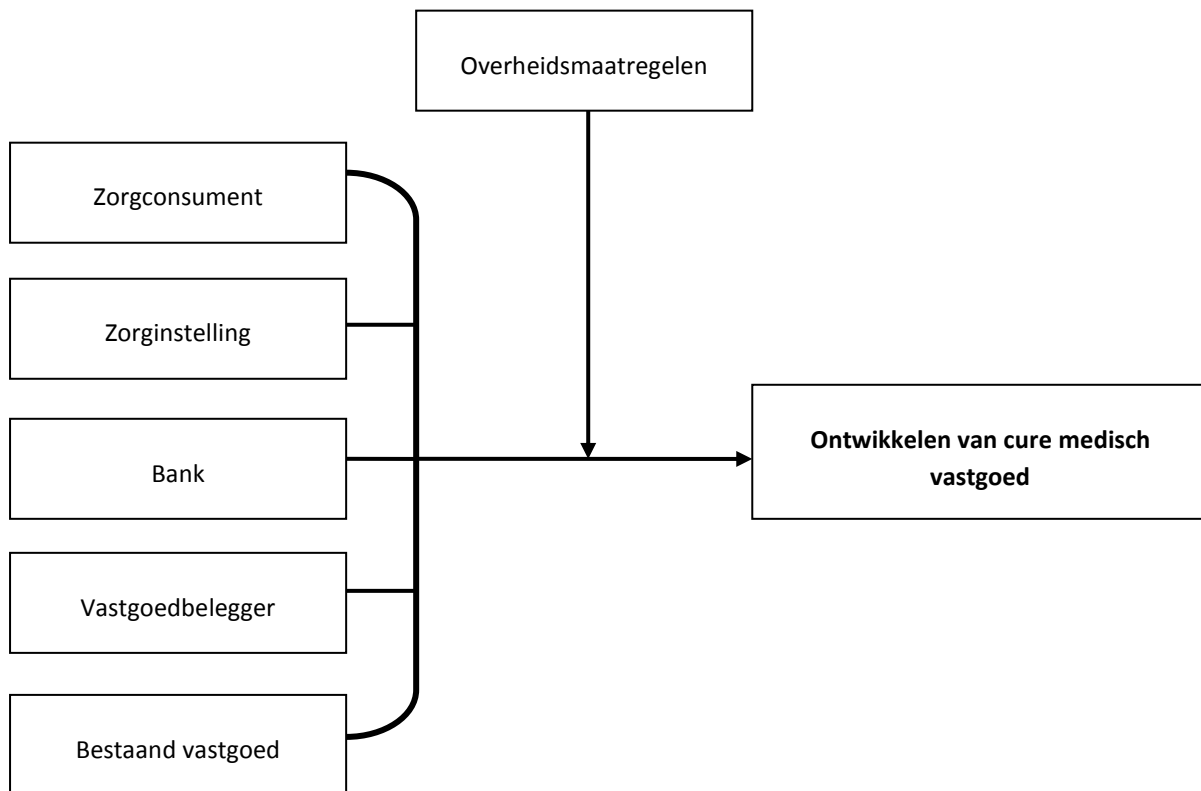


Bron: DiPasquale & Wheaton, 1996

2.4 CONCEPTUEEL MODEL

Veel partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van cure medisch vastgoed, zoals figuur 2.5 het conceptueel model, laat zien. Deze kunnen ieder hun eigen invloed uitoefenen op het vastgoed. De zorgconsument heeft een zorgvraag die van invloed is op de ruimtebehoefte. Zorginstellingen geven de opdracht voor het bouwen van medisch vastgoed en bepalen het aantal vierkanten meters dat wordt ontwikkeld. Voor deze ontwikkeling hebben zorginstellingen vaak een lening van de bank nodig. De bank kan kiezen wel of geen lening te verstrekken aan de zorginstelling. Wanneer de bank geen lening verstrekt, is de zorginstelling afhankelijk van de vastgoedbelegger die het vastgoed aan een zorginstelling verhuurd. De kenmerken van het bestaande vastgoed spelen een rol in het besluit voor renovatie of nieuwbouw. De overheid is de partij die boven de eerder genoemde betrokkenen staat, omdat alle partijen zich moeten houden aan de regels die de overheid oplegt. In deze studie worden de beweegredenen van de betrokken partijen inzichtelijk gemaakt en de gevolgen hiervan op het cure medisch vastgoed.

Figuur 2.5: Conceptueel model



2.5 CONCLUSIE

Vanuit de detailhandel en kantorenmarkt zijn locatietheorieën geschreven die vertaald kunnen worden naar de zorgmarkt. De “centrale plaatsen theorie” van Christaller gericht op het ruimtelijk gedrag van detailhandel, laat overeenkomsten zien met de zorgmarkt. De academische ziekenhuizen zijn alleen gevestigd in de grootste steden van Nederland, zoals Amsterdam, Rotterdam en Utrecht, de topklinische ziekenhuizen zitten ook in steden als Zwolle, Twente, Arnhem en Amersfoort. De algemene ziekenhuizen zijn ook in de kleinere steden aanwezig en de poliklieken zitten alleen in de kleinste steden. De theorie van Berry en Bochert laat een opwaartse beweging in de hiërarchie van de detailhandel zien die ook denkbaar is in de zorgsector, vanwege de schaalvergroting en specialisatie van ziekenhuizen. Algemene ziekenhuizen worden steeds groter door onderlinge fusies. De kwaliteit van de ziekenhuizen stijgt door specialisatie. Ziekenhuizen bieden niet meer een zo breed mogelijk aanbod van zorg aan, maar streven naar meer kwaliteit door specialisatie. Doordat ziekenhuizen zich steeds meer specialiseren op één behandeling, hebben ze bij een gelijkblijvende drempelwaarde een groter bereik nodig, het marktgebied wordt groter. Een goed bereikbare locatie vanuit het hele marktgebied is daarvoor van belang. Dit is vergelijkbaar met winkelcentra die uitbreiden en daardoor een groter marktgebied creëren, waarbij een centralere locatie in het marktgebied wenselijk is.

Bij het vercommercialiseren van de zorg groeit het belang van clustervoordelen voor zorginstellingen. Deze clustervoordelen worden uitgesplitst in voordelen voor de consument op het gebied van ketenzorg, inhoudelijke voordelen door kennisamenwerking en praktische samenwerking door dat ZBC's en privéklinieken gebruik kunnen maken van de dure apparaten van een ziekenhuis. Een

ziekenhuis kan functioneren als het warenhuis dat de consumenten trekt. De stap naar de omliggende zorginstellingen is vervolgens klein voor de patiënt, doordat deze al gewend is aan de omgeving.

Zorginstellingen zijn steeds meer gedwongen om hun vastgoed te ontwikkelen met een vastgoedbelegger als tussenpersoon. De zorginstelling beschikt over onvoldoende middelen om zelf het vastgoed te ontwikkelen en banken zijn steeds meer terughoudend in het verstrekken van leningen. Het verschil tussen beleggingen in het traditionele vastgoed en medisch vastgoed zit voornamelijk in de courantheid, omdat ziekenhuizen moeilijk voor andere doeleinden zijn te gebruiken. Vanuit de literatuur wordt hiervoor als oplossing de schillenmethode aangedragen. Daarnaast is het gezien vanuit het vierkwadranten model onaantrekkelijk voor vastgoedbeleggers om te investeren in medisch vastgoed, vanwege de lage vraag.

3. ZORGMARKT

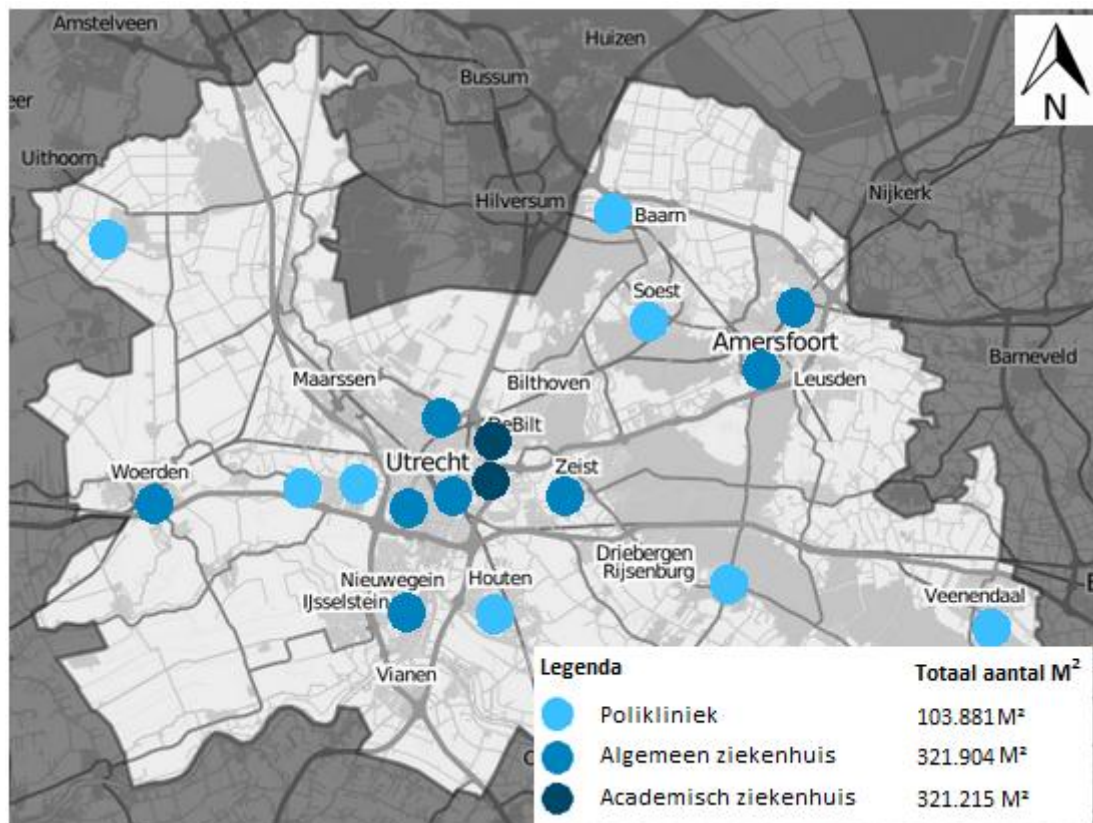
Waar in het vorige hoofdstuk aandacht is besteed aan de theoretisch achtergrond van medisch vastgoed, kijkt dit hoofdstuk naar het medisch vastgoed in de praktijk. Daarbij wordt deelvraag 1: *Hoe ziet het huidige aanbod aan cure medisch vastgoed in de provincie Utrecht eruit?* beantwoord. Daarnaast komen de relevante ontwikkelingen op de zorgmarkt die van invloed zijn op de samenstelling van het cure medisch vastgoed aan de orde (deelvraag 2). Dit geeft een beeld van de huidige stand van zaken op de zorgmarkt, wat bijdraagt aan de beantwoording van de hoofdvraag.

3.1 ZORGINSTELLINGEN

3.1.1 ZIEKENHUIZEN

Nederland kent totaal 8 academische ziekenhuizen, 124 algemene ziekenhuizen en 97 buitenpoliklinieken (RIVM, 2012). In de provincie Utrecht zijn 2 academische ziekenhuizen, 8 algemene ziekenhuizen en 8 poliklinieken gevestigd (figuur 3.1). De trend is zichtbaar waarbij het aantal ziekenhuizen afneemt door fusies. Het voordeel hiervan is het behalen van schaalvoordelen, zoals een betere onderhandelingspositie bij de zorgverzekeraar en dat specialistische behandeling nog maar op één locatie uitgevoerd hoeven te worden (Boven'deerdt, 2011, p. 18). Deze fusies nemen echter ook schaalnadelen met zich mee, de grote omvang van de ziekenhuizen zorg voor bureaucratisering. Prognoses verwachten dat het aantal ziekenhuizen in 2020 is afgenomen tot 60 ziekenhuizen.

Figuur 3.1: Ziekenhuizen in de Provincie Utrecht



Bron: Eigen bewerking van RIVM 2012

Een andere verandering in de ziekenhuiszorg in Nederland is de verschuiving van ziekenhuizen die een zo breed mogelijk scala aan zorg aan bieden naar specialistische ziekenhuizen met een beperkte diversiteit in het zorgaanbod (Cools, 2008, p. 19). Deze verschuiving komt op gang door veranderende wetgeving welke in paragraaf 3.2 aan bod komt. Daarnaast kiezen de gefuseerde ziekenhuizen vaak voor de uitvoering van een behandeling op één locatie, wat de diversiteit per ziekenhuislocatie doet afnemen. De ontwikkeling van een afnemend aantal ziekenhuizen gaat gepaard met een stijging in het aantal buitenpoliklinieken. Deze zijn tussen 2009 en 2012 met 56% gegroeid. Volgens het RIVM (2012) openen steeds meer ziekenhuizen een buitenpolikliniek om hun verzorgingsgebied te vergroten.

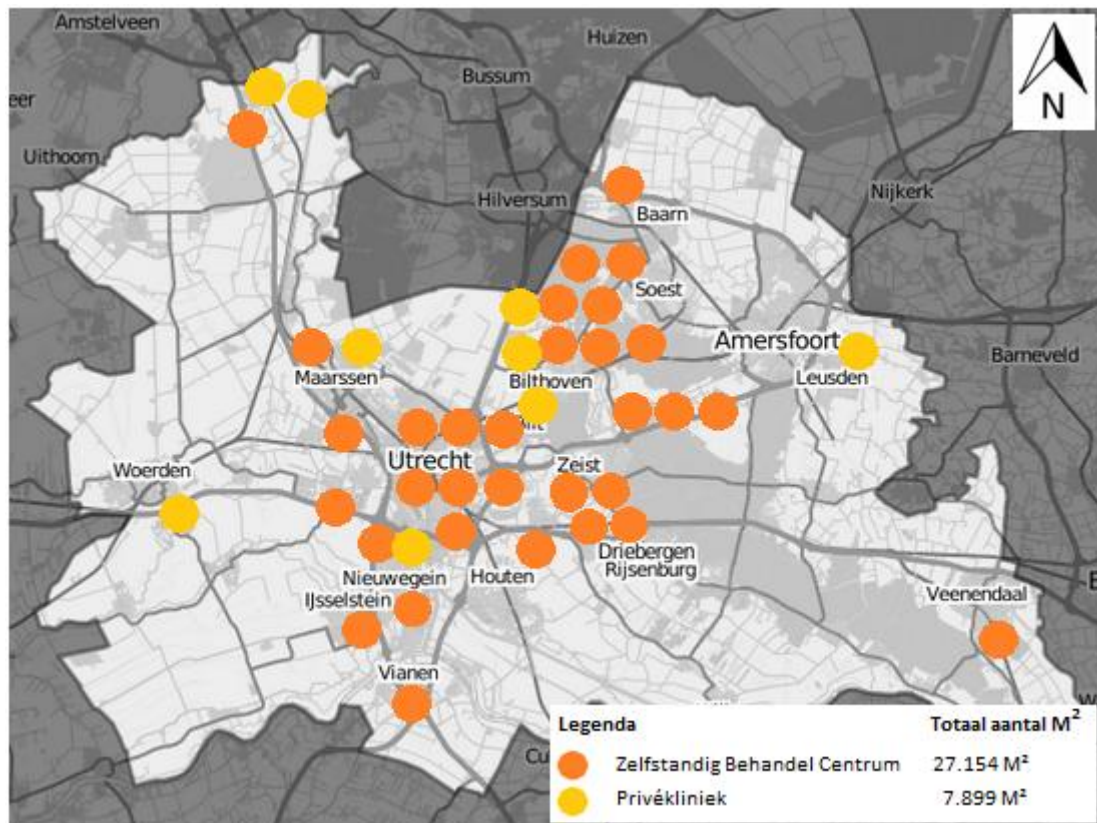
3.1.2 ZBC'S EN PRIVÉKLINIEKEN

Zelfstandige behandelcentra (ZBC) ontstaan als het gevolg van marktwerking in de zorg, op plaatsen waar de zorg eenvoudig kan worden georganiseerd (Volmer, 2008, p. 55). ZBC's voeren behandelingen uit die relatief snel en eenvoudig uit te voeren zijn, een hoog volume hebben, goed in te plannen zijn en binnen de zorgverzekering vallen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012, p.12-13). ZBC's hebben net als ziekenhuizen geen winstoogmerk en moeten voldoen aan de transparantie-eisen van de bestuursstructuur, bedrijfsvoering en toegang tot de ondernemingskamer van de instellingen. Officieel bestaat de term zelfstandige behandelcentra (ZBC) niet meer, door de invoering van de Wet toelating zorginstellingen (RIVM, 2009). ZBC's vallen nu onder de term 'instellingen voor medisch-specialistische zorg' (IMSZ). Dit is de officiële term voor algemene, academische en categorale ziekenhuizen. In dit onderzoek wordt de term ZBC gebruikt, omdat het begrip IMSZ een te brede definitie heeft.

ZBC's kiezen vaak één specialisatie waarbinnen zij behandelingen uitvoeren. Dit komt doordat één specialisatie een eenduidige kostenstructuur met zich mee brengt, de vraag naar ruimte en apparatuur beperkt is, specialisatie leidt tot efficiëntie, kwaliteit en kosten besparing en er hoeft maar met één doelgroep rekening gehouden te worden. Hierbij is een verschil in doelgroep van mensen die zich patiënt voelen en mensen die zich cliënt voelen. Men voelt zich een patiënt bij pijnbestrijding en een cliënt bij bijvoorbeeld plastische chirurgie. Een ZBC rekt gemiddeld 10 tot 15 procent minder kosten voor een ingreep dan een ziekenhuis. Dit komt doordat bij ZBC's het logistieke proces eenvoudiger en beter planbaar is (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012, p.14). Daarnaast rekenen ziekenhuizen hogere tarieven voor de relatief eenvoudige behandelingen om de tekorten bij complexe behandelingen te kunnen dekken (Kingma, 2013).

In Nederland zijn ongeveer 195 ZBC's geregistreerd, waarvan 37 in de provincie Utrecht (figuur 3.2 en bijlage 4). ZBC's hebben een regionaal of landelijke verzorgingsgebied en zijn grotendeels gevestigd rondom de vier grote steden in Nederland (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012, p.13). Aanwezige specialisaties in de ZBC's zijn: orthopedie (23%), oogheelkunde (22%), dermatologie (13%), chirurgie (10%), revalidatie (5%), verloskunde en gynaecologie (4%), plastische chirurgie(4%), inwendige geneeskunde(4%), KNO-heelkunde(3%), anesthesiologie(3%), cardiologie(3%), kindergeneeskunde(<3%), gastro- enterologie (<3%), neurochirurgie(<3%), neurologie(<3%), urologie(<3%), reumatologie(<3%), allergologie(<3%), longziekten en radiodiagnostiek(<3%) (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012, p.27).

Figuur 3.2: Zelfstandige Behandelcentra en privéklinieken in de provincie Utrecht



Bron: Eigen bewerking van RIVM, 2009 en RIVM, 2011

In tegenstelling tot ZBC's leveren privéklinieken zorg die niet verzekerd wordt. Privéklinieken zijn verplicht zich in te schrijven in het zorgregister, daarnaast moeten BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren werkzaam zijn in de privékliniek (RIVM, 2011). In Nederland zijn 94 privéklinieken ingeschreven in het zorgregister, waarvan negen gevestigd in de provincie Utrecht (figuur 3.2 en bijlage 4). Net als ZBC's laten privéklinieken een concentratie zien bij de vier grote steden van Nederland.

In figuur 3.2 valt op dat de ZBC's voornamelijk gelegen zijn in en rondom de grote steden Utrecht en Amersfoort. De privéklinieken liggen meer buiten de grote steden in de landelijke gebieden. Landelijk is deze trend ook zichtbaar, zoals in bijlage 4 in kaart is gebracht. Daarnaast valt op dat ZBC's en privéklinieken niet of nauwelijks in bestaande zorgboulevards liggen.

3.2 BELEIDSONTWIKKELINGEN IN DE ZORGMARKT

Sinds 2008 is op het gebied van wetgeving veel veranderd voor zorginstellingen wat betreft het medisch vastgoed. Door de gewijzigde bekostigingssystematiek zijn zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor de productie en investeringen in het medisch vastgoed (Ikkersheim e.a. 2010, p. 10-11). Voor deze wetwijziging moesten zorginstellingen een bouwvergunning aanvragen bij het bouwregime. Na het verstrekken van de vergunning was de instelling niet meer verantwoordelijk voor de bouwkosten. Gevolg hiervan was dat zorginstellingen gemiddeld 10 tot 15 procent teveel vastgoed bouwden (Maltha, 2008, p. 27). Doordat zorginstellingen nu zelf verantwoordelijk zijn voor de productie en investeringen in het vastgoed, is het in het belang van de zorginstelling om met zo min mogelijk vierkante meters vastgoed zo veel mogelijk zorg te verlenen. Van 2008 t/m 2011 werd

dit geregeld door een zorgbehandeling te betalen met behulp van de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Deze dekt alle kosten van een behandeling: personeel, apparatuur en vastgoed. Sinds 1 januari 2012 is de normatieve huisvestingscomponent (NHC) ingevoerd (Nederlandse Zorgautoriteit, 2011, p. 2). Het verschil tussen DBC en NHC is dat DBC geen informatie over de zorgvraag van de patiënt verwerkt. Het tarief was gebaseerd op de gemiddelde werkelijke zorguitgaven per periode. De NHC geeft wel een beeld van de zorgvraag van de patiënt, waarbij de vergoeding per patiënt wordt gebaseerd op de zogenoemde zorg zwaarte pakketten (ZZP). Verder biedt de NHC net als de DBC een vergoeding voor de nieuwbouw en instandhouding van het vastgoed. Het gevolg van zowel de DBC en de NHC is dat een overschot aan vierkante meters leidt tot huisvestingskosten die niet gedekt worden. Zorginstellingen snijden zichzelf in de vingers als ze met deze nieuwe wetgeving zo groot mogelijk bouwen (College Bouw Zorginstellingen, 2005). Optimalisatie van het vastgoed wordt op deze manier beloofd. Het overschot aan vastgoed, als gevolg van het vastgoedbeleid voor 2008, leidt echter niet tot grote leegstand, omdat zorginstellingen het vastgoed inefficiënt blijven gebruiken zolang het overschot in hun eigendom is.

Een andere beleidsverandering is de marktwerking die sinds 2006 is toegestaan in de zorgmarkt. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) maakt het mogelijk om als zelfstandige specialist toe te treden en winst te maken in de zorgsector. Hierdoor heeft het aantal zelfstandige behandelcentra sterk kunnen groeien (Putters e.a., 2006, p.20). Het aantal ZBC's groeide tussen 2007 tot 2010 met ongeveer 60 procent van 149 naar 241 ZBC's (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012, p.21). In de Verenigde Staten is marktwerking in de zorg al langer toegestaan. Hier hebben gespecialiseerde klinieken lagere kosten, doordat ze zich alleen richten op in te plannen behandelingen en daarmee meer efficiëntie behalen (Shactman, 2005, p.868). Het nadeel hiervan is dat de winstgevende patiënten bij algemene ziekenhuizen worden weggenomen. De algemene ziekenhuizen in de Verenigde Staten zitten nu met geldproblemen. In Nederland wordt de markt van zelfstandige specialisten op dit moment nog gecontroleerd door de overheid op tarieven en omzet (CBS, 2012, p. 36). De tarieven van medisch specialisten worden op dit moment beïnvloed door het beheersmodel, welke in 2012 is ingevoerd voor een beheerste groei van de omzet van zelfstandige medisch specialisten (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2013). De hoogte van de tarieven wordt bepaald door de productiekosten, de praktijkkosten en een maatschappelijk verantwoorde beloning. Deze controle wordt echter steeds meer losgelaten door de overheid om marktwerking toe te laten in de zorg. Een voorbeeld hiervan is het experiment op de vrije tandartstarieven in 2012. Dit experiment is echter vroegtijdig gestopt gezien de hoog oplopende tarieven. Het beheersmodel is bedoeld als overgangsmoed naar een integrale prestatiebekostiging van medisch specialistische zorg in 2015. Het is de bedoeling dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars vanaf dat moment kunnen onderhandelen over de prijs van het product en de vergoeding van de medisch specialist. De invoering van de WTZi en daarmee het groeiend aantal ZBC's, zorgt voor een verandering van de vraag naar medisch vastgoed vanuit de zorgaanbieder. ZBC's stellen andere eisen aan het vastgoed dan ziekenhuizen. Waar het vastgoed van een ziekenhuis grootschalig en veel vierkante meters nodig heeft, is het vastgoed van ZBC's meer kleinschalig van aard. De vraag naar kleinschalig medisch vastgoed neemt door deze veranderende regelgeving toe ten koste van de vraag naar grootschalig vastgoed.

Zoals in paragraaf 3.1.1 is beschreven, probeerden algemene ziekenhuizen in het verleden een zo breed mogelijk aanbod aan behandelingen aan te bieden. De gevolgen hiervan zijn hoge kosten en een relatief lage kwaliteit (Cools, 2008, p. 19). Cools pleit voor focus, een arts die een behandeling

vaak uitvoert behaalt een hogere medische kwaliteit en leidt tot lagere kosten per behandeling. Dit komt volgens Cools (2008) door de leereffecten die optreden wanneer men een handeling vaak herhaalt. Met deze reden heeft de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde in 2012 de kwaliteitsnormen van behandelingen verhoogd. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde heeft een minimum aantal specialistische operaties per jaar vastgesteld waaraan ziekenhuizen moeten voldoen. Wanneer ziekenhuizen minder operaties op dit gebied verrichten dan het minimum mogen zij deze behandeling niet meer uitvoeren en moeten patiënten worden doorverwezen naar een ander ziekenhuis die wel aan de norm voldoet (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2012). Dit wordt versterkt door technologische ontwikkelingen buiten de zorg, zoals internet. Door de informatie verstrekking op internet kunnen patiënten een bewustere keuze voor een ziekenhuis maken. Patiënten stellen kwalitatief hogere eisen aan de zorg die instellingen bieden. Er zijn websites die de zorginstellingen onderling vergelijken. Dit wordt ondersteund door ontwikkelingen op het gebied van vervoer, die ertoe leiden dat patiënten makkelijker kunnen kiezen voor een kwalitatief betere zorginstelling op grotere afstand (Idenburg & Schaik, 2010, p. 94). Dit versterkt de ontwikkeling van de specialisatie van ziekenhuizen door de kwaliteitsnormen die gesteld worden door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Ziekenhuizen die veel heupoperaties uitvoeren, en daardoor beter presteren trekken nieuwe patiënten aan uit verder gelegen regio's.

Om aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde te blijven voldoen, is een herverdeling in de ziekenhuiszorg zichtbaar. Dit heeft drie scenario's tot gevolg. Scenario één komt voor in regio's met een aantal kleine ziekenhuizen en één groter ziekenhuis. De kleinere ziekenhuizen voeren de complexere behandelingen niet meer uit. Deze behandelingen worden geconcentreerd in het grotere ziekenhuis, met als gevolg dat dit ziekenhuis verder groeit. De kleine ziekenhuizen verrichten alleen nog de relatief eenvoudige behandelingen en sturen de complexe behandelingen door naar het centrale ziekenhuis. Scenario twee vindt plaats in regio's waar de ziekenhuizen redelijk vergelijkbaar met elkaar zijn qua grootte. Deze ziekenhuizen maken onderlinge afspraken wie zich in welke complexe behandeling specialiseert. In Finland is dit scenario al in een verder stadium, het Coxa Zienhuis in Tampere is hier een voorbeeld van (Idenburg & Schaik, 2010, p. 155). Dit ziekenhuis voert voor een groot deel van het land de heupoperaties uit. Door zich te specialiseren in 1 type behandeling, heupoperaties, worden betere resultaten bereikt op het gebied van snelheid, patiënt vriendelijkheid, en minder postoperatieve infecties. Een derde scenario doet zich voornamelijk voor in grote steden. Rotterdam en Amsterdam hebben bijvoorbeeld circa zes verschillende ziekenhuizen die met elkaar concurreren. Om zoveel mogelijk patiënten aan te trekken proberen deze concurrerende ziekenhuizen de drempel te verlagen naar wijkniveau. Dit heeft als gevolg dat behandelingen niet alleen nog maar in een ziekenhuis worden aangeboden, maar dat de specialist ook naar de gezondheidscentra in de wijk gaat. Hiermee wordt de praktijk van de huisarts versterkt en in complexe gevallen stuurt de specialist de patiënt door naar het ziekenhuis waar de specialist in dienst is. Op deze manier zorgt de specialist in de wijk voor meer klanten en een verbeterde concurrentie positie van het ziekenhuis. Dit wordt aangemoedigd door de overheid, die de stap van huisarts naar ziekenhuis wilt remmen. Ziekenhuisbehandelingen zijn relatief duur, waardoor patiënten zo veel mogelijk in het gezondheidscentrum behandeld moeten worden indien mogelijk. Een specialist in het gezondheidscentrum maakt dit mogelijk. De voordelen hiervan werken ook preventief, door sneller te herkennen dat de patiënt heeft, kunnen de kosten van de totale zorgketen verminderd worden. Daarnaast is binnen de care zorg ook een ontwikkeling gaande die de rol van de wijkvoorziening verder versterkt. In de care zorg is het niet meer zo dat een oudere altijd

naar een verzorgingshuis mag. Ouderen die de minst zware zorg nodig hebben, hebben geen recht meer op de faciliteiten van een verzorgingshuis en moeten thuis blijven wonen. Gevolg is dat de druk op de wijkvoorzieningen toeneemt. De rol van de gezondheidszorg in de wijk wordt op deze manier steeds groter.

3.3 FINANCIERING

In de vorige paragraaf is beschreven dat de verantwoordelijkheid en de risico's van het medisch vastgoed bij de zorginstelling is komen te liggen. Doordat het risico nu bij de zorginstelling ligt benaderen banken de financiering van medisch vastgoed anders. Wanneer de zorginstelling failliet gaat is de bank zijn geld kwijt, wat het risico groter maakt voor de bank. Tot een aantal jaar geleden was het bijna ondenkbaar dat een ziekenhuis failliet zou gaan doordat de overheid vaak bijspiong, dit is echter veranderd. Tot en met 2012 was in het verleden ooit één ziekenhuis failliet gegaan, namelijk Berg en Bosch in 1998 (Schrijvers, 2013). In juni 2013 is echter het Ruwaard van Putten ziekenhuis in Spijkenisse failliet gegaan en dreigt het Langelang Ziekenhuis in Zoetermeer ook failliet te gaan. Een ander risico is dat zorgverzekeraars éénjarige contracten met zorginstellingen aan gaan, wat een zorginstelling geen lange termijn garanties geeft. Wanneer de zorgverzekeraar het contract stopzet met een zorginstelling, is het voor deze instelling onmogelijk nog zorg te leveren binnen de verzekerde zorg. Wanneer het contract tussen de zorgverzekeraar en de zorginstelling na een jaar stopt, is de zorginstelling niet meer in staat om de lening van de bank terug te betalen. Deze verhoogde risico's leiden tot voorzichtigheid bij banken bij het verstrekken van leningen aan zorginstellingen. Banken vragen hogere rente om de risico's te dekken.

Oplossingen hiervoor kunnen worden gezocht in voorbeelden uit het buitenland. In de Verenigde Staten zijn de zorginstellingen ook zelf verantwoordelijk voor het medisch vastgoed en hebben zorginstellingen vaak onvoldoende middelen om medisch vastgoed te kunnen bekostigen. Vastgoedinvesteerders zien hier kansen ontstaan, waardoor het aantal medisch vastgoedinvesteerders onder beursgenoteerde ondernemingen groeit (Galloro, 2008). Deze medisch vastgoedinvesteerders zien kapitaal in de combinatie van een groeiende zorgvraag en een beperkt aanbod van medisch vastgoed. Constructies waarbij de zorgaanbieders hun vastgoed verkopen en vervolgens terug leasen worden hier steeds gebruikelijker. In Nederland lijkt het steeds meer noodzakelijk om deze financieringsconstructie ook toe te gaan passen. Met name in de care zorg, waar het risico voor vastgoedinvesteerder kleiner is dan in de cure zorg. Dit komt volgens Nederlandse beleggers doordat het vastgoed in de care zorg meer overeenkomsten heeft met de woningmarkt. Dit is een meer bekende markt en wordt daarom als minder risicovol ervaren. Vastgoedbeleggers zijn nog onbekend met het cure medisch vastgoed, wat hen terughoudend maakt. Deze terughoudendheid wordt bevestigd door vastgoedbeleggers. Volgens hen is beleggingsrisico te groot, omdat het vastgoed heel specifiek is ingericht. Buiten de zorg is er geen vraag naar dit vastgoed. Wanneer een huurder failliet gaat, kan alleen een ander ziekenhuis in dit gebouw huren. Daarnaast is de investering in een ziekenhuis groot voor een belegger. Afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis kost de bouw minimaal 150 miljoen euro, alleen institutionele beleggers beschikken over deze middelen. Maar ook institutionele beleggers vinden dit bedrag te groot om in één object te beleggen. Dit komt doordat zij risico's willen spreiden over diverse objecten. Een object gelegen op een A1 winkellocatie is nog niet zo duur als de belegging in een ziekenhuis, terwijl de locatie van een ziekenhuis niet gelegen is op een A1 locatie. Daarnaast zien beleggers een trend van fuserende ziekenhuizen, waardoor locaties sluiten, met leegstaand vastgoed als gevolg. Vastgoedbeleggers

vinden dat de medisch vastgoedmarkt niet bestaat uit vraag en aanbod, zoals bij woningen, winkels of kantoren. Met een totaal van 124 ziekenhuizen in Nederland is de vraag naar cure medisch vastgoed beperkt. Dit maakt de prijsvorming lastig bij een grote vastgoedbelegging. In Nederland zijn twee beleggers wel geïnteresseerd in het beleggen in cure medisch vastgoed, namelijk Syntrus Achmea en Vitaal ZorgVast. Deze partijen noemen voordelen als een stabiele factor in de portefeuille, inflatie bestendig, risicospreiding en het maatschappelijke aanbodtekort. De meningen onder beleggers over medisch vastgoed zijn verdeeld.

Ook zorginstellingen zijn terughoudend bij het los laten van de controle over eigen vastgoed. Doordat een vastgoedbelegger rente en rendement vraagt, zijn de kosten hoger bij het huren van het vastgoed dan wanneer het ziekenhuis zelf een nieuw vastgoed bouwt met eigen middelen en hulp van banken. De eigen investering van het ziekenhuis hoeft geen rente op te brengen, terwijl de vastgoedbelegger een premie vraagt. Een ziekenhuis redeneert vervolgens dat dit meer geld kost dan wanneer het zelf de investering doet. Dit voordeel loopt waarschijnlijk terug door de terughoudendheid van de banken. Hierdoor is een sale and lease back constructie in de cure sector onvermijdelijk op het moment dat de economische situatie slecht blijft. Banken willen steeds minder financieren en een ziekenhuis heeft zelf vaak onvoldoende middelen voor het ontwikkelen van een nieuwbouwlocatie (Idenburg & Schaik, 2010, p. 157). Dit dwingt zorginstellingen tot het zoeken naar andere middelen, zoals een sale and lease back constructie. Voordeel van deze constructie is dat zorginstellingen zich volledig kunnen concentreren op de kerntaak: zorg voor patiënten (Kirchheimer, 2000). De tegenstanders van deze constructie zeggen dat vastgoed leasen op de lange termijn duurder is voor de zorgaanbieder (Evans, 2011).

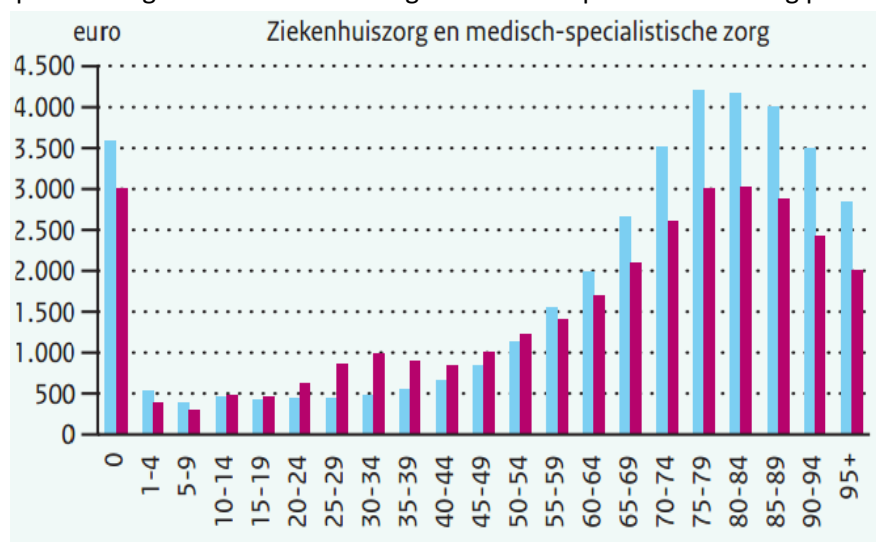
Een andere belangrijke ontwikkeling op het gebied van financiën is het Bestuurlijk Hoofdlijnen akkoord, waarin is afgesproken dat de ziekenhuiszorg in de periode 2012 tot 2015 niet meer dan 2,5 procent per jaar mag groeien in productie en prijs (Rijksoverheid, 2011). Dit akkoord heeft als doel de beheersing van de kosten en verdere kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg. Het akkoord is afgesproken tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Dit heeft als gevolg dat het moeilijk is om als nieuwe zorginstelling een contract af te sluiten met zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars redeneren dat nieuw zorgaanbod nieuwe zorgvraag creëert, terwijl de zorgverzekeraar gebaat is bij een zo laag mogelijke zorgvolume. Het is daarom lastig om als specialist een nieuwe ZBC te starten, door de terughoudendheid van zorgverzekeraars bij het verstrekken van nieuwe contracten. Een contract met een zorgverzekeraar is vaak alleen mogelijk wanneer een ZBC productie afspraken maakt met een ziekenhuis, zodat het zorgaanbod niet toeneemt maar verschuift tussen de zorginstellingen. Dit remt het aantal ZBC's dat opstart in Nederland. Een recente ontwikkeling op dit gebied is de aankondiging van Achmea, de grootste zorgverzekeraar van Nederland, om vanaf 2014 geen contracten meer te sluiten met zorginstellingen met een omzet lager dan 150.000€ per jaar (Olsthoorn, 2013). Aanbieders van vernieuwende medisch specialistische zorg zijn hierbij een uitzondering, die mogen wel een lagere jaaromzet hebben dan de grensnorm. Gevolg van dit besluit is dat het aantal overnames tussen ZBC's en privéklinieken stijgt. Achmea noemt als reden voor dit besluit dat het aantal kleine klinieken wat zich richt op dezelfde zorg steeds groter wordt. Volgens Achmea creëert dit nieuwe aanbod meer vraag, wat zorgt voor onnodig hogere zorgkosten. Dit besluit van Achmea is opmerkelijk, gezien vanuit het perspectief van de kosten. Door geen contracten meer aan te gaan met kleine zorgaanbieders is de concurrentie op de zorgmarkt minder.

Hierdoor worden de bestaande zorgaanbieders minder geprikkeld om efficiëntere en goedkopere zorg aan te bieden, wat zorgt voor onnodig hoge kosten.

3.4 OVERIGE ONTWIKKELINGEN

Demografische kenmerken zijn van invloed op de zorgvraag, doordat de leeftijd van mensen van invloed is op de zorgvraag (CBS, 2012, p. 98). Op alle leeftijden komen gezondheidsproblemen voor, er is echter een verschil tussen de leeftijdsklassen en de omvang van ziekte en gezondheidsproblemen (Gommer e.a., 2010). De baby's uit de naoorlogse geboortegolf hebben rond deze tijd de leeftijd van 65 jaar bereikt, waardoor sprake is van een versnelde vergrijzing in Nederland (Garssen, 2011, p. 31). Daarnaast wordt de vergrijzing verder versterkt door het ouder worden van de bevolking, door technologische vooruitgangen en medische innovaties (CBS, 2012, p. 98). In 2050 is 1,8 miljoen van Nederlandse bevolking ouder dan 80 jaar, wat betekent dat één op de tien mensen tot deze groep behoort (Garssen, 2001, p.31). Figuur 3.3 laat zien dat de kosten per persoon op het gebied van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg bij 65-plussers aanzienlijk hoger liggen dan de zorgkosten bij personen jonger dan 65 jaar.

Figuur 3.3: Opbouw zorgkosten ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg per leeftijdsklassen



Bron: RIVM, 2011, p. 37

Technologische ontwikkelingen en medische innovaties zijn van invloed op de samenstelling van de zorg, doordat bijvoorbeeld nieuwe medicijnen behandeltrajecten kunnen verkorten (Van Elp e.a., 2012, p. 56). Dit heeft als gevolg dat het aantal behandelbare patiënten en behandelingen vergroot. Technologische ontwikkelingen, zoals eHealth en domotica, zorgen ervoor dat patiënten thuis beter verzorgd kunnen worden, wat het aantal ligdagen in het ziekenhuis verkort. Technologische ontwikkelingen zijn echter duur, ze zijn een hoge kostenpost bij de zorgkosten.

3.5 CONCLUSIE

De zorgmarkt is voortdurend in beweging. Beleidsontwikkelingen zorgen voor grote veranderingen bij het ontwikkelen van medisch vastgoed. Zo zijn zorginstellingen sinds 2008 zelf verantwoordelijk voor het vastgoed, waardoor efficiënter wordt omgegaan met de ruimte. Voor 2008 bouwden zorginstelling tot 15% meer dan dat ze daadwerkelijk nodig hadden. Daarnaast is het door deze

beleidsmaatregel moeilijker geworden voor zorginstellingen om nieuw vastgoed te bouwen of het bestaande vastgoed te renoveren, doordat banken zich steeds meer terughoudend opstellen vanwege oplopende risico's. Wanneer zorginstellingen niet meer over de middelen beschikken om zelf het vastgoed te ontwikkelen, kunnen vastgoedbeleggers een oplossing zijn. De meeste vastgoedbeleggers staan nog niet open voor beleggingen in medisch vastgoed, vanwege het grote investeringsbedrag, de courantheid van het vastgoed en de beperkte vraag naar het vastgoed. De vastgoedbeleggers die wel potentie zien in de zorgmarkt noemen als voordelen dat medisch vastgoed een stabiele factor is in de portefeuille, inflatie bestendig is, zorgt voor diversificatie in type vastgoed objecten en het maatschappelijk aanbod tekort.

Daarnaast zijn er ontwikkelingen die van invloed op de vraag naar kleinschalig medisch vastgoed. Het toestaan van marktwerking in de zorg betekende in eerste instantie een toename van het aantal ZBC's. Ook de ontwikkeling van complexe medische zorg naar makkelijk planbare medische zorg en commerciële zorg leidt tot een groter aantal ZBC's of private zorgpartijen. De zorgverzekeraar Achmea werkt deze ontwikkeling tegen door alleen nog zorgafspraken te maken met zorginstellingen die een jaar omzet hebben van 150.000€ of hoger. De zorgverzekeraar denkt dat een groter zorgaanbod leidt tot een grotere vraag naar zorg, wat hogere kosten betekent voor de zorgverzekeraars.

Deze ontwikkelingen in de zorgmarkt laten zien dat er niet één trend zichtbaar is, maar dat diverse betrokken partijen verschillend van invloed zijn op de vraag naar medisch vastgoed.

4. LOCATIEKENMERKEN

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op deelvraag 3: *Welke locatiewkenmerken zijn van belang voor de gebruikers van cure zorginstellingen?* Daarbij wordt aandacht besteed aan de locatiewkenmerken van ziekenhuizen, ZBC's, privéklinieken en zorgboulevards. Tevens worden deze kenmerken toegepast op de zorgboulevard bij het St. Antonius Ziekenhuis op het bedrijventerrein De Wetering-zuid, waarmee de mogelijkheden voor deze locatie in beeld worden gebracht.

4.1 KENMERKEN LOCATIE CURE ZORGINSTELLINGEN

4.1.1 ZIEKENHUIZEN

Ziekenhuizen zijn vanwege hun complexiteit statisch in hun ligging. Het verhuizen van een ziekenhuis kost veel geld en tijd en komt maar weinig voor. Trends in het ziekenhuisaanbod ontwikkelen zich daarom langzaam. Ontwikkelingen die van invloed zijn op de locatie van een ziekenhuis zijn reistijd, geografische ligging in het verzorgingsgebied, uitbreidingsmogelijkheden en aantrekkingskracht op andere zorgaanbieders (Malschaert, 2011, p. 45).

91 Procent van de zorgconsumenten geeft aan niet langer dan 30 minuten naar de zorgaanbieder te willen reizen en kiest vaak voor de dichtstbijzijnde zorginstelling, als het gaat om algemene zorg (De Bas e.a., 2003, p. 21). De ontwikkeling die daarmee gepaard gaat is het ziekenhuisaanbod dat zich naar de patiënt toe verplaatst (Danen e.a., 2002, p. 33). Het aantal buitenpoliklinieken en dagbehandelcentra die algemene tweedelijns zorg bieden groeit, een decentralisatie in de zorg. Dit blijkt ook uit de groei van het aantal poliklinieken dat tussen 2009 en 2012 met 56% is gegroeid (paragraaf 3.1). Aan de andere kant is er een centralisatie zichtbaar op het gebied van specialistische behandelingen. Hoe ernstiger de aandoening hoe groter de bereidheid van de zorgconsument is om verder te reizen voor een zorginstelling (Towna & Vistnes, 2001, p.746). Zorgconsumenten zijn bereid om verder te reizen voor een ziekenhuis dat meer kwaliteit biedt, wat in combinatie met de kwaliteitsnormen, gesteld door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (paragraaf 3.2), zorgt voor centralisatie van specialistische behandelingen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de geografische ligging in het verzorgingsgebied bij basiszorg decentraal en lokaal gelegen is en bij complexe zorg meer centraal en nationaal.

Uitbreidingsmogelijkheden op de locatie zorgen ervoor dat bij een grotere vastgoedbehoefte niet het hele ziekenhuis hoeft te verhuizen, maar de extra vastgoed aangebouwd kan worden. Verder wordt bij de keuze van een ziekenhuislocatie rekening gehouden met de mate waarin een locatie aantrekkelijk is voor andere zorgaanbieders (Danen e.a., 2002, p. 34). De aanwezigheid van andere zorginstellingen in de nabije omgeving kan clustervoordelen met zich meebrengen, zoals consumenten voordelen en kennisamenwerking. Daarnaast kan clustervorming bij zorginstelling leiden tot een grotere ketenzorg, waarbij de specialisatie van een ziekenhuis verder wordt versterkt door naast het aanbieden van een behandeling, ook de mogelijkheid te bieden voor bijvoorbeeld revalidatie na de behandeling (Danen e.a., 2002, p. 34). Patiënten kiezen eerder voor een ziekenhuis die een volledige ketenzorg biedt.

4.1.2 ZBC'S EN PRIVÉKLINIEKEN

Zoals bleek in paragraaf 3.1 zijn ZBC's en privéklinieken weinig gevestigd in de bestaande zorgboulevards (bijlage 4). De zorgboulevard in Rotterdam heeft enkele ZBC's en privéklinieken, zoals Epilennium: voor cosmetische en medische huidtherapeutische behandelingen, Licit Orthopedie: voor orthopedische hulpmiddelen en Roparun Centrum voor optimale ondersteuning bij kanker. De zorgboulevard in Hengelo bij de Ziekenhuisgroep Twente heeft één privékliniek voor ooglaserverhandelingen en één ZBC: Huid en Laserkliniek Oost Nederland. In andere zorgboulevards, zoals de zorgboulevard bij het Antonius Ziekenhuis in Sneek en de zorgboulevard in Venlo bij het VieCuri Medisch Centrum zijn echter geen ZBC's of privéklinieken gevestigd. Hieruit blijkt dat het niet vanzelfsprekend is om als ZBC of privékliniek te vestigen op een zorgboulevard. Dit komt doordat ze hun eigen visie hebben op hoe ze herkend willen worden in de markt met hun eigen profiel. De instellingen en bedrijven op een zorgboulevard zijn onderdeel van één groep zonder afzonderlijke identiteit. In bijlage 5 zijn de locatiemerkers van de ZBC's in de provincie Utrecht beschreven. Hier valt op dat 17 van de 46 ZBC's en privéklinieken gevestigd zijn in een natuurlijke omgeving, 27 van de 46 ZBC's en privéklinieken liggen in de buurt van één of meerdere andere zorginstellingen en 19 van de 46 ZBC's en privéklinieken zijn gevestigd in een gebouw met het bouwjaar van 1950 of ouder. Het aantal vierkante meters per ZBC is moeilijk met elkaar te vergelijken, dit loopt uiteen van 150m² tot 1.500m² of groter. Wanneer gekeken wordt naar de ZBC's en privéklinieken die in een stedelijke omgeving gevestigd zijn in de nabijheid van andere zorginstellingen zijn de meeste van deze klinieken gericht op oogzorg, tandheelkunde en plastische chirurgie. Andere klinieken met deze locatie eigenschappen zijn gericht op huidziekten, spataderen, allergie, dermatologie, reumatologie, neurologie, kindergeneeskunde, psychiatrie, cosmetische chirurgie, luchtwegen, MRI, fysiotherapie, sportgeneeskunde, KNO, gehoor revalidatie, oncologische dermatochirurgie.

ZBC's zelf geven aan dat bij de locatiekeuze rekening wordt gehouden met de bereikbaarheid, parkeermogelijkheden, een eigen uitstraling en de zichtbaarheid. Daarnaast moet de locatie zorggerelateerd zijn, een zorgboulevard zou daarvoor mogelijkheden bieden. Grotere keten ZBC's geven echter aan dat zij liever niet op een zorgboulevard gevestigd zijn. Een locatie bij andere zorginstellingen is voor hen van ondergeschikt belang. Een keten met meerdere vestigingen vestigt zich minder snel op een zorgboulevard, vanwege de identiteit en positie zoals het hebben van een eigen gevel. Kleinere klinieken met een bescheiden volume zijn afhankelijker van het ziekenhuis en kiezen waarschijnlijk eerder voor een zorgboulevard door de samenwerking met een ziekenhuis en andere zorginstellingen. Dit geldt ook voor ZBC's die worden opgericht vanuit het ziekenhuisbestuur. Hierbij brengen ziekenhuizen activiteiten die dicht bij de commerciële zorg liggen naar buiten, zoals plastische chirurgie, dermatologie of oogheelkunde. De ZBC's die hieruit ontstaan kunnen worden gezien als een spin-off instelling van het ziekenhuis. In het bedrijfsleven ontstaan vanuit grote bedrijven spin-offs (Boschma e.a., 2002, p. 80 en 104). Een goed voorbeeld daarbij is Detroit, daar ontstonden vanuit de bedrijven General Motors, Ford en Chrysler veel spin-off bedrijven, waardoor Detroit groot is geworden in de auto-industrie. Dit soort spin-off bedrijven laten een ruimtelijk patroon zien van vestigingsplaatsen. Spin-offs vestigen zich in dezelfde regio als het bedrijf waaruit het voortvloeit, met als gevolg ruimtelijke concentratie. Een zorgboulevard kan voorzien in de huisvesting van de spin-offs van een ziekenhuis. Op deze manier kunnen de ZBC's gebruik maken van de faciliteiten van het ziekenhuis en de clustervoordelen die dit met zich meebrengt.

Deze verwevenheid tussen het ziekenhuis en een ZBC wordt bevestigd door de Nederlandse Zorgautoriteit. In 2010 waren bij 40 ZBC's van de totaal 313 ZBC's minimaal één van de bestuurders werkzaam als bestuurder of manager in een ziekenhuis (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012, p. 18). Verder waren 96 ZBC bestuurders werkzaam als specialist in een ziekenhuis. De Nederlandse Zorgautoriteit concludeert hieruit dat 40% van de ZBC's een relatie heeft met een ziekenhuis in de regio.

4.2 KENMERKEN LOCATIE ZORGBOULEVARD

De locatiemerkken van een zorgboulevard zijn afhankelijk van het doel dat men voor ogen heeft. Zoals in hoofdstuk 1 aan de orde is gekomen, zijn de definities van een zorgboulevard divers. Een zorgboulevard met een lokaalkarakter, gericht op eerstelijnszorg, zoals huisartsen, verloskundige of fysiotherapie, moet bijvoorbeeld strategisch gelegen zijn in een woonomgeving. De doelgroep van deze zorgboulevard zijn de bewoners uit omliggende woonwijken. Vervoersmiddelen als bus, fiets en auto zijn daarbij belangrijk. Een zorgboulevard met een boven regionaal karakter, is meer gericht op tweedelijns zorg en biedt zorg wat elders niet beschikbaar is. Mensen moeten bereid zijn om verder te reizen voor de aangeboden zorg. Patiënten komen hier naartoe vanuit het hele land, waardoor de nationale bereikbaarheid belangrijk is. Een centrale ligging is daarbij voordelig, net als een goede bereikbaarheid via de snelwegen en per trein. Ook voor ziekenhuizen is deze landelijke bereikbaarheid steeds belangrijker, vanwege het steeds verder specialiseren van ziekenhuizen. Het St. Antonius Ziekenhuis heeft haar verzorgingsgebied voor de algemene zorg voornamelijk in het Zuid-Westen van de stad Utrecht liggen. De topklinische zorg, die meer specifiek en complex is, heeft een landelijke aantrekkingskracht, omdat het aantal ziekenhuis dat deze zorg levert gering is. De locatie Leidsche Rijn van het St. Antonius Ziekenhuis gaat zich specialiseren in oncologie, beweging en psychiatrie. De zorgboulevard kan hier goed op aansluiten.

In het geval van de zorgboulevard bij het St. Antonius Ziekenhuis op het bedrijventerrein De Wetering-zuid is de locatie al bekend. Het doel van de zorgboulevard kan worden bepaald door middel van de kansen van deze locatie. De zorgboulevard ligt op het bedrijventerrein De Wetering-zuid in Utrecht (figuur 1.1), ten zuiden van de locatie ligt de woonwijk Leidsche Rijn, de treinverbinding tussen Gouda-Utrecht en het St. Antonius Ziekenhuis. Ten Noorden ligt het bedrijventerrein Lage Weide en de snelweg A2. Gezien de centrale ligging in Nederland, de ligging op een bedrijventerrein en de goede bereikbaarheid via snelweg en trein is een voor de hand liggende keuze om voor een type zorgboulevard te kiezen met een boven regionaal karakter, met specialistische zorg. Patiënten komen in dat geval naar deze zorgboulevard vanwege een specialistische behandeling die elders in het land niet wordt geleverd of het bieden van een volledige ketenzorg waarbij voortraject, behandeling en na traject op één locatie geboden kunnen worden. De specialisatie is belangrijk, patiënten moeten niet voor de zorginstellingen kiezen omdat deze toevallig in de wijk ligt, daarvoor is het aantal regionale patiënten te weinig bij specialistische zorg.

Zoals in hoofdstuk 1 aan de orde kwam, is de samenwerking tussen zorgboulevard en ziekenhuis noodzakelijk, vanwege de hulp van het ziekenhuis die kan worden ingeschakeld bij complicaties tijdens een behandeling door een zorginstelling op de zorgboulevard. Een ZBC kan ook afhankelijk zijn van het ziekenhuis vanwege de doorverwijzingen van patiënten. Ziekenhuizen hebben over het algemeen een positieve houding tegenover een zorgboulevard. Deze houding verandert echter wanneer de functies op de zorgboulevard concurrerend zijn met het ziekenhuis. Concurrerende

specialisaties van het St. Antonius Ziekenhuis zijn: keel neus en oren (KNO), dermatologie, orthopedie, oogklinieken en algemene chirurgie. De beperking van de concurrerende functies maken het lastig om geschikte partijen te vinden voor de zorgboulevard op het bedrijven terrein De Wetering-zuid, omdat 71% van de aanwezige ZBC's in Nederland, genoemd in paragraaf 3.1, concurrerend zijn aan het ziekenhuis. De overgebleven 29% ZBC's die niet concurrerend zijn aan het naast gelegen St. Antonius Ziekenhuis vallen binnen de categorieën: revalidatie, verloskunde en gynaecologie, plastische chirurgie, inwendige geneeskunde, anesthesiologie, cardiologie, kindergeneeskunde, gastro- enterologie, neurochirurgie, neurologie, urologie, reumatologie, allergologie, longziekten en radiodiagnostiek. Bij privéklinieken kunnen de specialismen cosmetische behandelingen en plastische chirurgie wel in de zorgboulevard gevestigd worden.

De relatief kleine hoeveelheid aanwezige ZBC's in Nederland en het grote percentage wat daarvan concurrerend is aan het ziekenhuis maakt het lastig voldoende partijen te vinden die zich zouden kunnen vestigen in de zorgboulevard. Wel bestaat de mogelijkheid dat het ziekenhuis zelf spin-offs ZBC's opricht in de richtingen waar zij liever geen ZBC's van buitenaf zien.

De specialismen die zich momenteel op een vergelijkbare locatie als een zorgboulevard bevinden, namelijk een stedelijke omgeving met andere zorginstellingen in de buurt (bijlage 5), en niet concurrerend zijn aan de zorg die het ziekenhuis biedt zijn: plastische chirurgie, reumatologie, neurologie, kindergeneeskunde, cosmetische chirurgie en gehoor revalidatie. Dit zijn de specialismen die de meeste potentie hebben op de zorgboulevard.

4.3 CONCLUSIE

Afhankelijk van de zorg die geboden wordt is de lokale ligging of de nationale ligging van belang voor ziekenhuis, ZBC, privékliniek en zorgboulevard. Voor algemene zorg willen patiënten minder reizen dan voor specialistische zorg. In het geval van de zorgboulevard bij het St. Antonius Ziekenhuis is de locatie al bekend, waardoor de functie aangepast wordt aan de locatie in plaats van andersom. De locatie van de zorgboulevard op het bedrijventerrein De Wetering-zuid is nationaal goed bereikbaar via het spoor en de snelweg. Deze eigenschappen maken de locatie geschikt voor een specialistisch zorgaanbod, welke afgestemd is op de zorg die het St. Antonius Ziekenhuis biedt. Het aantrekken van grote keten klinieken is lastig op een zorgboulevard, omdat deze klinieken een eigen uitstraling willen hebben. Daarnaast zijn er ook specialismen die concurrerend zijn aan een ziekenhuis en daarom ongewenst zijn. Kleine ZBC's die niet concurrerend zijn of spin-offs van het ziekenhuis zullen eerder gevestigd zijn in de zorgboulevard, ook vanwege de clustervoordelen waarbij kleine zorginstellingen afhankelijk zijn van het ziekenhuis. ZBC's en privéklinieken op het gebied van plastische chirurgie, reumatologie, neurologie, kindergeneeskunde, cosmetische chirurgie en gehoor revalidatie hebben het meest potentie op de zorgboulevard bij het bedrijventerrein De Wetering-zuid. Ook is het mogelijk is om zorgpartijen die gericht zijn op een ander deel van de ketenzorg binnen de specialiteit van het ziekenhuis toe te laten, zoals preventie of nazorg.

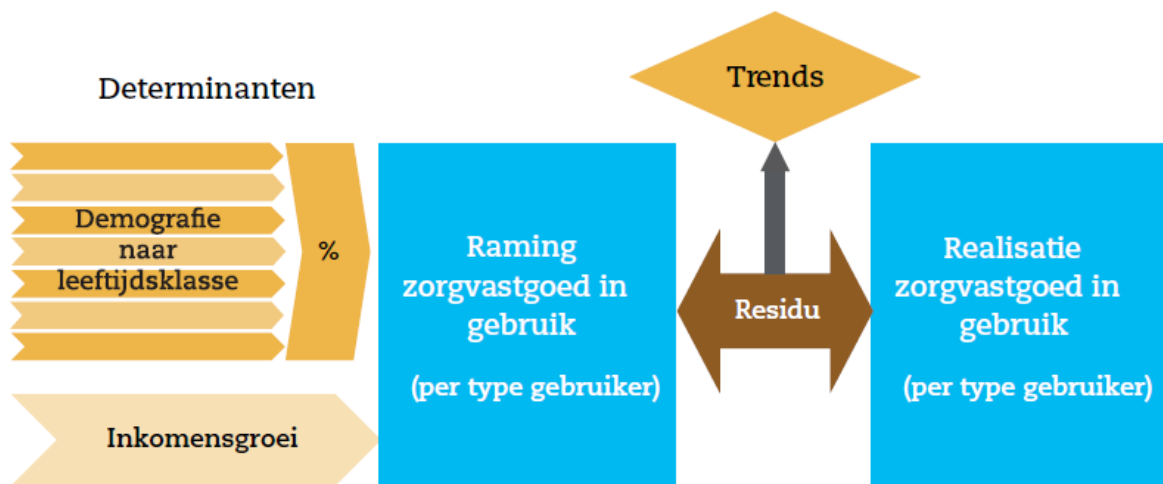
5. PROGNOSE CURE MEDISCH VASTGOED

In dit hoofdstuk wordt getracht een betrouwbaar antwoord te geven op deelvraag 4: Hoe ziet de vraag naar cure medisch vastgoed eruit in 2016 en 2030? Daarbij worden rekenmethoden gebruikt van Van Elp e.a (2012) en van de Stichting Capaciteitsorgaan voor medisch en tandheelkundige vervolgopleidingen. Bij het toepassen van deze rekenmethoden wordt rekening gehouden met de relevante kenmerken uit de zorgmarkt en van het medisch vastgoed, onderzocht in de voorgaande hoofdstukken.

5.1 RAMING MEDISCH VASTGOED OP BASIS VAN DEMOGRAFIE, INKOMEN EN TRENDS

Van Elp e.a. (2012) hebben een raming gemaakt, waarbij berekend is hoeveel medisch vastgoed tot 2030 gerealiseerd moet worden. Daarbij hebben zij de toekomstige vraag naar medisch vastgoed gebaseerd op historische ontwikkelingen op het gebied van demografie, inkomen en trends (figuur 5.1). De demografische ontwikkelingen laten zien dat de oudste leeftijdscategorieën het sterkst groeien de komende decennia, vanwege de naoorlogse babyboom die de leeftijd van 65 plus bereikt. Deze oudste leeftijdscategorieën hebben de grootste vraag naar zorg, wat leidt tot een toenemende ruimtebehoefte. De determinant inkomensgroei zorgt voor een toename in de zorguitgaven, hoe meer mensen te besteden hebben, hoe meer eisen ze stellen aan het zorgaanbod en het medisch vastgoed. Gezien vanuit de historische ontwikkeling staat de inkomensgroei gelijk aan de toename in zorguitgaven. De zorguitgaven staan echter niet evenredig aan de groei in het aantal vierkante meters medisch vastgoed. Volgens Van Elp e.a. staat 10% welvaartsstijging tot 5% meer vierkante meters zorgvastgoed.

Figuur 5.1: Raming medisch vastgoed



Bron: Van Elp e.a., 2012, p. 44

Op basis van de determinanten demografie en inkomen wordt een verwachte ontwikkeling van het zorgvastgoed berekend: raming zorgvastgoed in gebruik (figuur 5.1). De ontwikkeling van het zorgvastgoed kan echter niet alleen worden verklaard door deze twee determinanten. Het verschil tussen de raming zorgvastgoed in gebruik en de realisatie zorgvastgoed in gebruik, wordt beïnvloed door trends als innovatie en beleid. Hierbij staat 'realisatie zorgvastgoed in gebruik' voor het daadwerkelijk aanwezige medisch vastgoed. Over de periode 1990-2010 is de raming zorgvastgoed

vergeleken met de realisatie zorgvastgoed, het verschil hiertussen is het onverklaarde residu, ook wel de onverklaarde trends. Van Elp e.a. berekenen met de demografische en inkomens voorspellingen en de trend ontwikkelingen tussen 1995-2010 de toekomstige behoefte aan zorgvastgoed in 2016 en 2030. Tabel 5.1 laat de uitkomsten van de berekeningen van Van Elp e.a. zien, waaruit blijkt dat de vraag naar medisch vastgoed sterk stijgt, tot 34,8 miljoen M² in 2030.

Tabel 5.1: Landelijke vraag naar cure medisch vastgoed in vierkante meters

	2010	2016	2030
Totaal	23.800.000	26.700.000	34.800.000
Ziekenhuizen	10.500.000	11.600.000	14.600.000
Medische en tandheelkundige praktijken	4.700.000	5.300.000	6.900.000
Paramedisch en overige praktijken	8.600.000	9.800.000	13.300.000

Bron: Van Elp e.a., 2012, p. 48.

Bij de toekomstverwachting van Van Elp e.a. worden de trends uit het verleden doorberekend in de toekomst. Een trendbreuk kan de betrouwbaarheid van deze voorspelling aantasten. Gezien de vele ontwikkelingen die momenteel gaande zijn in de zorgmarkt, is een trendbreuk niet ondenkbaar. De berekening van Van Elp e.a. stuitte daarom op veel kritiek tijdens de PropertyNL briefing Zorgvastgoed. Doordat zorginstellingen nu zelf verantwoordelijke zijn voor het vastgoed, moeten zij het overschot aan vastgoed uit eigen portemonnee betalen. Dit leidt tot efficiënter ruimtegebruik bij zorginstellingen. De komende jaren wordt eerst het overschot aan vierkante meters vastgoed gebruikt, voordat er nieuw gebouwd wordt. De berekeningen van Van Elp e.a., gebaseerd op de vastgoedcijfers uit 1990-2010, vallen vermoedelijk te hoog uit, doordat ze gebaseerd zijn op overschotten in de vastgoedmarkt.

5.2 RAMING OPLEIDINGSCAPACITEIT TOEGEPAST OP MEDISCH VASTGOED

De Stichting Capaciteitsorgaan voor medisch en tandheelkundige vervolgoopleidingen, ook wel het capaciteitsorgaan stelt ramingen op voor de opleidingscapaciteit van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen, uitgaande van de te verwachten zorgbehoefte (capaciteitsorgaan, 2013). Anders dan bij Van Elp e.a. gebruikt het capaciteitsorgaan de volgende formule:

*Zorgvraag t = (huidig aanbod +(huidig aanbod*onvervulde vraag))*(demografische verandering, gecorrigeerd voor aantal jaren)*((sociaal culturele verandering+epidemiologische verandering+vakinhoudelijke verandering+ efficiëntie verandering + horizontale substitutie^ aantal jaren t)*

Om te controleren of deze formule ook toepasbaar is voor het cure medisch vastgoed, is getoetst of er tussen 1998 en 2011 een correlatie is tussen de zorgvraag uitgedrukt in cure zorguitgaven en de ontwikkeling in cure medisch vastgoed. Hiervoor is de formule van Pearson Correlatiecoëfficiënt toegepast, die de samenhang tussen twee interval- of ratiovariabelen weergeeft:

$$r = \frac{\sum(x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{\sum(x - \bar{x})^2 \cdot \sum(y - \bar{y})^2}} = \frac{4832}{5448} = 0,9$$

In bijlage 6 zijn de verdere uitwerkingen van de cijfers in deze formule weergegeven. Een $r=0,9$ duidt op een zeer sterk verband tussen cure zorguitgaven en cure medische vastgoed. Tussen 1998 en 2011 was een zeer sterk verband tussen de ontwikkeling van cure zorguitgaven en van cure medisch vastgoed zichtbaar. De formule van het capaciteitsorgaan kan daarom toegepast worden op de vraag naar cure medisch vastgoed. De vakinhoudelijke variabelen kunnen buiten beschouwing worden gelaten, omdat deze niet van invloed zijn op het vastgoed. Dit geeft de volgende formule:

$$\text{Vraag cure medisch vastgoed} = (\text{huidig aanbod cure medisch vastgoed} + (\text{huidig aanbod cure medisch vastgoed} * \text{onvervulde vraag})) * (\text{demografische verandering, gecorrigeerd voor aantal jaren}) * ((\text{sociaal culturele verandering} + \text{epidemiologische verandering} + \text{efficiëntie verandering})^{\text{aantal jaren}})$$

De zorgvraag voor medisch specialisten groeit landelijk volgens het capaciteitsorgaan met 2,5% per jaar. Daar kan 1% van worden toegewezen aan demografische verandering (bijlage 7) en 1,5% aan sociaal culturele verandering, epidemiologische veranderingen en efficiëntie verandering. In de provincie Utrecht ligt het percentage demografische verandering hoger dan op landelijk niveau, namelijk: 1,24% (bijlage 7). Dit betekent een toename in de provincie Utrecht van 2,74%. Het aanbod van cure medisch vastgoed in 2010 in Nederland is 23.800.000m² en in de provincie Utrecht is 1.900.000m² (van Elp e.a., 2012, p. 37). Maltha (2008, p. 27) beschrijft dat de overcapaciteit aan medisch vastgoed 10% tot 15% is. Uitgaande van een gemiddelde overcapaciteit van 12,5% geeft dit de formule:

$$\text{Vraag cure medisch vastgoed Nederland} = (23.800.000\text{m}^2 + (23.800.000\text{m}^2 * -0,125)) * (1,025^{\text{aantal jaren}})$$

$$\text{Vraag cure medisch vastgoed provincie Utrecht} = (1.900.000\text{m}^2 + (1.900.000\text{m}^2 * -0,125)) * (1,0274^{\text{aantal jaren}})$$

Tabel 5.2: Vraag naar cure medisch vastgoed in vierkante meters

	2010	2013	2016	2030*
Nederland	23.800.000	22.426.247	24.150.615	34.124.187
Provincie Utrecht	1.900.000	1.802.936	1.955.235	2.854.650

*Betrouwbaarheid lager vanwege de lange termijn

Bron: Eigen bewerking van de formule van het capaciteitsorgaan (2013)

De uitkomsten van deze formules zijn weergegeven in tabel 5.2. Hieruit blijkt dat de vraag naar medisch vastgoed in 2013 lager is dan in 2010. Dit ligt in lijn met de trend dat zorginstellingen het medisch vastgoed efficiënter gebruiken. Deze dalende vraag leidt waarschijnlijk niet tot leegstand, doordat het vastgoed al in eigendom van de zorginstelling is en omdat er in het verleden inefficiënt met de ruimte omgegaan is. Het effect van deze dalende vraag is dat de verwachte toename van de vraag naar medisch vastgoed, zoals Van Elp e.a. voorspelt pas later op gang komt. Tabel 5.2 laat zien dat deze toenemende vraag in 2016 langzaam zichtbaar is. Tussen 2010 en 2030 is de behoefte aan extra zorgvastgoed van 954.650 M² in de provincie Utrecht. Dit kan gerealiseerd worden door nieuwbouw of door bestaand vastgoed in te richten voor zorgfuncties. Voor ziekenhuizen wordt dit gebruik van

bestaand vastgoed lastig, maar voor kleinschalige ZBC's en privéklinieken is dit gebruikelijker. Op dit moment is deze trend al zichtbaar, ZBC's vestigen zich regelmatig in gebouwen die van oorsprong een kantoorlocatie zijn. De reden hiervoor is dat zorginstellingen bij nieuwbouw 100% van de bouwkosten plus 21% BTW moeten betalen. Wanneer een instelling in bestaande bebouwing trekt zijn deze kosten de renovatie/investeringskosten plus 21% BTW. Wanneer de verbouwkosten bij de bestaande bebouwing beperkt zijn is dit voordeliger het bouwen van nieuw vastgoed.

Net als de uitkomsten van Van Elp e.a. zijn de voorspellingen van de toegepaste formule van het capaciteitsorgaan redelijk onzeker. Er ontbreekt nog te veel kennis over het overschot aan medisch vastgoed, opgebouwd tijdens het oude vastgoedbeleid voor 2008. Door de efficiëntieslag in ruimtegebruik die op dit moment gaande is in de zorgsector, ontstaat een nieuwe standaard voor het ruimtegebruik. Als deze efficiëntieslag is gestabiliseerd kunnen meer nauwkeurige berekeningen worden gemaakt voor het toekomstige ruimtegebruik van de zorgsector.

5.3 CONCLUSIE

Gezien de onzekerheden in de zorgmarkt is het moeilijk om een betrouwbare toekomstvraag naar medisch vastgoed te berekenen. Van Elp e.a. baseren hun raming op de demografische kenmerken en inkomensgroei. Het verschil tussen de raming op basis van deze twee determinanten en de werkelijke realisatie van het medisch vastgoed tussen 1990 en 2010 zijn de trends die worden doorberekend tot 2030. Dit zou een betrouwbare raming zijn indien er geen trendbreuk gaande is in de zorgmarkt. Door het aangepaste overheidsbeleid gaan zorginstellingen efficiënter om met het vastgoed dan voorheen. Hoe ver deze efficiëntie slag precies door kan gaan is onduidelijk. Dit maakt ook de berekening van het medisch vastgoed op basis van de formule van het capaciteitsorgaan onzeker. Op de lange termijn groeit de vraag naar medisch vastgoed waarschijnlijk, gezien de toenemende zorgvraag. Voordat deze groei van start gaat, is eerst een afnemende vraag zichtbaar zijn totdat de efficiëntieslag voltooid.

6. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

6.1 CONCLUSIE

Bij de besluitvorming rondom medisch vastgoed zijn vele partijen betrokken, zoals banken, zorgverzekeraars, zorginstellingen, vastgoedbeleggers en de (lokale) overheid. Iedere betrokken partij reageert anders op een ontwikkeling in de zorgmarkt. De vraag naar medisch vastgoed is daarom moeilijk in één cijfer uit te drukken. Dit onderzoek geeft een beeld van de ontwikkelingen die nu spelen in zorgmarkt en hoe deze van invloed zijn op de vraag naar medisch vastgoed.

De theorie van Christaller was tot voor kort zichtbaar in de zorgsector, door de soortgelijke hiërarchie van academische ziekenhuis, topklinische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en poliklinieken. Deze hebben een aflopende grootte van marktgebieden. Deze hiërarchie is nog steeds zichtbaar, maar vervaagt door de specialisering in de ziekenhuiszorg. Voor de specialisering van de ziekenhuiszorg probeerden algemene ziekenhuizen een zo breed mogelijk aanbod aan behandelingen te bieden. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde heeft in 2012 de kwaliteitsnorm van behandelingen verhoogd, waardoor zorginstellingen aan een minimum aantal specialistische operaties per jaar moeten voldoen. Wanneer ziekenhuizen minder operaties op dit gebied verrichten, mogen zij deze behandeling niet meer uitvoeren. Het gevolg van deze kwaliteitsnorm is dat ziekenhuizen een specialisme kiezen waar zij zich op focussen. Hierdoor verbetert de kwaliteit en trekken zij binnen een specialisme patiënten uit het hele land. De marktgebieden van ziekenhuizen liggen daardoor niet meer naast elkaar, maar overlappen elkaar. Hierbij zijn ze niet concurrerend, doordat ze ieder hun eigen doelgroep hebben binnen hetzelfde marktgebied. Net als bij de detailhandel is een opwaartse beweging zichtbaar in de hiërarchie van zorginstellingen. De optimale locatie van een zorginstellingen verandert hierdoor van een lokaal goed bereikbare locatie naar een nationaal goed bereikbare locatie. Bij de nieuwbouwlocatie van het St. Antonius Ziekenhuis is dit goed zichtbaar, door de ligging bij een snelweg en spoorverbinding.

De voor- en nadelen voor beleggingen in medisch vastgoed gezien vanuit de theorie worden grotendeels bevestigd door vastgoedbeleggers. De nadelen van medisch vastgoed geredeneerd uit de theorie zijn: incurante gebouwen, groot investeringsbedrag, veel overheidsregelgeving, weinig kennis en de vraag is beperkt. Deze nadelen worden vanuit vastgoedbeleggers bevestigd. Er zijn echter enkele vastgoedbeleggers in Nederland die wel de voordelen van beleggen in medisch vastgoed zien. Zij noemen voordelen als de stabiele factor in de portefeuille, inflatie bestendig, biedt risicospreiding en het maatschappelijk aanbodtekort.

Met deze theoretisch achtergrond is onderzoek verricht naar de hoofd- en deelvragen. Deelvraag 1: *Hoe ziet het huidige aanbod aan cure medisch vastgoed in de provincie Utrecht eruit?* wordt beantwoord met behulp van de kerncijfers uit de ziekenhuiszorg. Nederland heeft totaal 8 academische ziekenhuizen, 124 algemene ziekenhuizen, 97 buitenpoliklinieken, 195 ZBC's en 94 privéklinieken. In de provincie Utrecht zijn 2 academische ziekenhuizen, 8 algemene ziekenhuizen, 8 poliklinieken 27 ZBC's en 9 privéklinieken gevestigd. Het vastgoed van deze zorgaanbieders heeft een overschot van 10 tot 15 procent. Dit komt door de bekostigingssystematiek van voor 2008, waarbij zorgaanbieders niet zelf verantwoordelijk waren voor de bouwkosten. Dit is één van de relevante ontwikkelingen die antwoord geven op deelvraag 2: *Wat zijn relevante ontwikkelingen op de zorgmarkt die van invloed zijn op de samenstelling van het cure medisch vastgoed?* Relevante

ontwikkelingen die van invloed zijn op het medisch vastgoed komen uit verschillende richtingen. Zo zijn er een aantal overheidsmaatregelen die veel effect hebben op het medisch vastgoed. Zoals is genoemd, is de bekostigingssystematiek van het medisch vastgoed veranderd. Doordat zorginstellingen niet zelf verantwoordelijk waren voor de bouwkosten, maar een bouwvergunning moesten aanvragen bij het bouwregime, probeerden zorginstellingen zo groot mogelijk te bouwen. De overschotten hoefden de instellingen toch niet zelf te betalen. Doordat de zorginstellingen nu zelf verantwoordelijk zijn voor de productie en investering in het vastgoed, loont het om zo efficiënt mogelijk gebruik te maken van de ruimte. Een bijkomend gevolg bij deze beleidsmaatregel, is dat zorginstellingen moeite hebben met de financiering van nieuwbouwlocaties of het renoveren van bestaande locaties. Banken zijn minder snel bereid zorginstellingen leningen te verstrekken door toenemende risico's. Zo springt de overheid niet meer in wanneer een zorginstelling failliet dreigt te gaan. Een ander risico is dat zorgverzekeraars éénjarige contracten met zorginstellingen aangaan, wat geen lange termijn garanties biedt. Omdat zorginstellingen zelf ook niet over voldoende middelen beschikken voor de ontwikkeling van het vastgoed, wordt naar verwachting de aandacht voor beleggingen in medisch vastgoed steeds groter. Op dit moment zijn zowel de zorginstellingen als de vastgoedbeleggers terughoudend over deze mogelijkheid. Met het oog op de toekomst zijn zorginstellingen echter genoodzaakt deze financieringsvorm van het vastgoed toe te staan.

Een andere ontwikkeling op de zorgmarkt is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), welke het mogelijk maakt om als zelfstandige specialist toe te treden en winst te maken in de zorgsector. Marktwerking in de zorg wordt op deze manier steeds meer toegestaan door de overheid. Gespecialiseerde klinieken hebben lagere productiekosten en hogere efficiëntie, doordat ze zich op één behandeling richten. Deze behandeling is goed in te plannen en vaak zonder overnachting. Volgens de zorgverzekeraars zorgt dit extra zorgaanbod voor meer vraag naar zorg. In het Bestuurlijk Hoofdlijnen akkoord is echter afgesproken dat de ziekenhuiszorg van 2012 tot 2015 niet meer dan 2,5 procent per jaar mag groeien in productie en prijs. Daarom maken zorgverzekeraars het lastig om een nieuwe kliniek te starten. Achmea versterkt dit door vanaf 2014 geen contracten meer te sluiten met zorginstellingen die een omzet van 150.000€ of lager hebben per jaar. Uitzondering daarbij zijn klinieken die vernieuwend zijn. Het gevolg hiervan is een groeiend aantal overnames tussen ZBC's en privéklinieken.

De toenemende zorgvraag door vergrijzing is ook van invloed op de vraag naar medisch vastgoed. De baby's uit de naoorlogse geboortegolf hebben de leeftijd van 65 plus bereikt. Deze leeftijdscategorie vraagt meer zorg dan jongere leeftijden. Daarnaast wordt de vergrijzing verder versterkt door het ouder worden van de bevolking met behulp van technologische vooruitgangen en medisch innovaties. Door deze vooruitgangen en innovaties is een constante trend zichtbaar van complexe medisch zorg naar makkelijk planbare medische zorg en commerciële medisch zorg. Hierdoor wordt de commerciële medisch zorg steeds groter. Door nieuwe ziektebeelden blijft echter de complexe medisch zorg bestaan.

Bij de beantwoording van deelvraag 3: *Welke locatiekenmerken zijn van belang voor de gebruikers van cure zorginstellingen?* wordt een onderscheid gemaakt tussen de locatiekenmerken van ziekenhuizen, ZBC's, privéklinieken en zorgboulevards. Belangrijke locatie kenmerken voor ziekenhuizen zijn de reistijd vanuit het marktgebied, geografische ligging, uitbreidingsmogelijkheden en aantrekkingskracht op andere zorgaanbieders. Door het aantrekken van andere zorgaanbieders kunnen clustervoordelen ontstaan voor de patiënt en kennisamenwerking tussen de

zorgaanbieders. ZBC's en privéklinieken zien een locatie bij een ziekenhuis echter niet altijd positief in. Veel klinieken willen hun eigen identiteit hebben en niet verbonden zijn aan een ziekenhuis. Hierbij is een onderscheid te maken tussen klinieken die afhankelijk zijn van het ziekenhuis door bijvoorbeeld doorverwijzingen, klinieken die opgestart zijn door het ziekenhuisbestuur en klinieken die los staan van het ziekenhuis. De eerste twee klinieken vestigen zich graag in de buurt van een ziekenhuis, terwijl klinieken die los staan van het ziekenhuis niet op zo'n locatie willen vestigen. De doelgroep van een zorgboulevard is daarom vooral gericht op klinieken die een verbinding hebben met het ziekenhuis. De locatiemarken van een zorgboulevard is afhankelijk van het doel. Daarbij hebben zorgboulevards die eerstelijnszorg bieden meer een lokaal karakter en zorgboulevards die tweedelijns zorg bieden meer een nationaal karakter. De locatie van de zorgboulevard bij het St. Antonius Ziekenhuis heeft de potentie voor een nationaal karakter gezien de goede landelijke bereikbaarheid. Daarbij is de samenwerking tussen het St. Antonius Ziekenhuis en de zorgboulevard van belang. Gezien de eisen van ZBC's, privéklinieken en het St. Antonius Ziekenhuis zijn de meest potentiële specialismen voor deze zorgboulevard: plastische chirurgie, reumatologie, neurologie, kindergeneeskunde, cosmetische chirurgie en gehoor revalidatie.

De laatste deelvraag: *Hoe ziet de vraag naar cure medisch vastgoed eruit in 2016 en 2030?* wordt beantwoord met behulp van de formule gebruikt door het capaciteitsorgaan. Hieruit blijkt een afname in de vraag tussen 2010 en 2013 (tabel 6.1). Vanaf 2016 steigt deze vraag weer langzaam. De afname in de vraag komt door de efficiëntie slag die op dit moment gaande is in het medisch vastgoed. In de berekening is uitgegaan van een efficiëntie slag van 12,5%, wat een onzekerheidsfactor is. Wanneer de efficiëntie slag is voltooid worden de berekeningen naar de vraag van medisch vastgoed betrouwbaarder, omdat er een nieuwe standaard ontstaat.

Tabel 6.1: Vraag naar cure medisch vastgoed in vierkante meters

	2010	2013	2016	2030*
Nederland	23.800.000	22.426.247	24.150.615	34.124.187
Provincie Utrecht	1.900.000	1.802.936	1.955.235	2.854.650

*Betrouwbaarheid lager vanwege de lange termijn

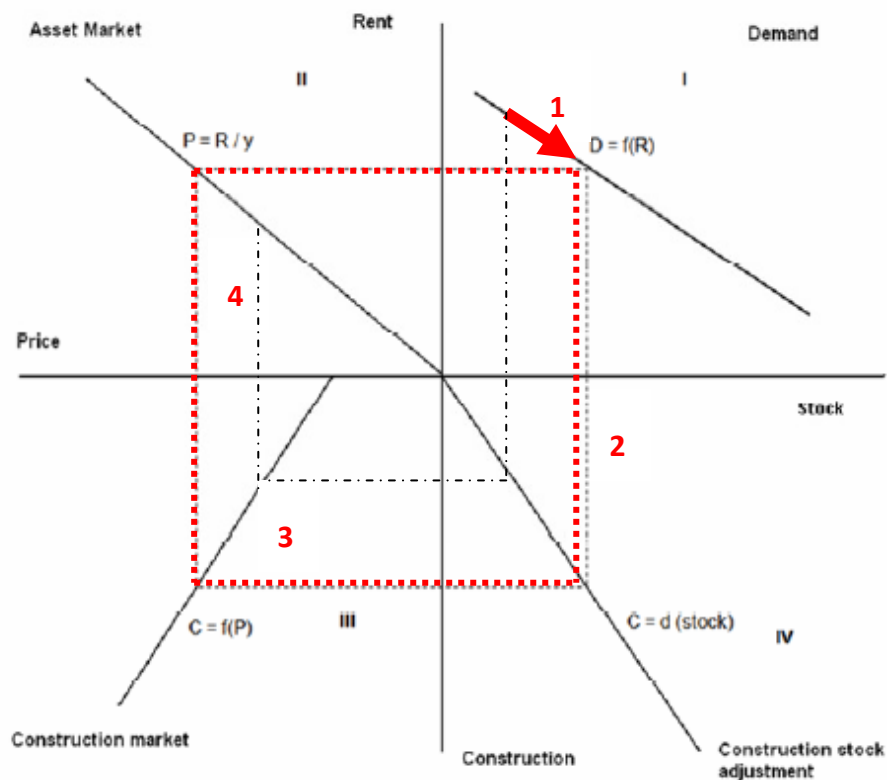
Bron: Eigen bewerking van de formule van het capaciteitsorgaan (2013)

De beantwoording van de hoofdvraag: *Is de vraag naar cure medisch vastgoed voldoende voor de ontwikkeling van een zorgboulevard met private zorgbedrijven op het bedrijventerrein De Wetering-zuid in Utrechtse nieuwbouwwijk Leidsche Rijn?* is gezien de vele onzekerheden lastig te beantwoorden. Op de korte termijn is een beperkte groei in de vraag naar medisch vastgoed te verwachten. Op de lange termijn neemt de vraag toe, vanwege de toenemende zorgvraag vanuit de vergrijzing in de bevolking. De doelgroepen van de zorgboulevard zijn voornamelijk ZBC's en privéklinieken. Door de Wet Toelating Zorginstellingen in 2006 is het makkelijker om een kliniek op te starten. Zorgverzekeraars houden deze ontwikkeling echter tegen vanwege de angst dat dit de zorgvraag laat stijgen. Dit zet een rem op de groei van het aantal ZBC's en de vraag naar medisch

vastgoed in een zorgboulevard. Verder zijn niet alle ZBC's geïnteresseerd in een locatie op een zorgboulevard, net als privéklinieken. Grote ZBC's en privéklinieken willen hun eigen identiteit behouden door bijvoorbeeld een eigen gevel. Daarnaast moet rekening worden gehouden met specialismen die concurrerend zijn aan het St. Antonius Ziekenhuis. De verwachting is daarom dat het lastig is om de zorgboulevard geheel te vullen met cure zorginstellingen als ZBC's en privéklinieken.

Voor de bouw van de zorgboulevard is er al een ontwikkelaar geïnteresseerd, namelijk Zorgid. De vraag vanuit cure zorginstellingen is beperkt, wat het moeilijk maakt voor Zorgid om het vastgoed aan een belegger te verkopen samen met de huurders. Zoals uit de definitie van een zorgboulevard blijkt (paragraaf 1.1), hoeft een zorgboulevard echter niet alleen uit cure zorginstellingen te bestaan. Door de vraag te vergroten verloopt de ontwikkeling van de zorgboulevard makkelijker. De vraag kan worden vergroot door naast cure zorginstellingen ook andere zorggerelateerde winkels en care zorginstellingen aan te trekken (figuur 6.1, (1)). Hierdoor is meer voorraad nodig (2), wat betekent dat ontwikkelaars eerder geneigd zijn te bouwen (3). Dit zorgt voor hogere huren en een hoger direct rendement (4), waardoor het voor een vastgoedbelegger interessanter is om in de zorgboulevard te beleggen en kan de ontwikkelaar daadwerkelijk tot bouwen overgaan.

Figuur 6.1: Vierkwadrantenmodel medisch vastgoed



Bron: Eigen bewerking van DiPasquale & Wheaton, 1996

6.2 AANBEVELINGEN

Mogelijk vervolgonderzoek moet zich richten op de overige care zorginstellingen, zorgbedrijven en zorgopleidingen die zich kunnen vestigen op de zorgboulevard. Dit onderzoek heeft zich beperkt tot enkel de cure zorginstellingen die zich kunnen vestigen op de zorgboulevard en hoe de vastgoed

vraag eruitziet. Daarnaast wordt in dit onderzoek cure zorg als één begrip beschouwd, terwijl er binnen de cure zorg nog vele specialismen aan te wijzen zijn. Een gedetailleerde vraag per specialisme geeft een completer beeld van de cure zorginstellingen die behoefte hebben aan medisch vastgoed op de zorgboulevard. Als laatste aanbeveling kan de onzekerheid van de efficiëntieslag genoemd worden voor vervolg onderzoek. Op dit moment zijn zorginstellingen bezig het vastgoed efficiënter te gebruiken. Daarbij kan vermoedelijk 10 tot 15 procent efficiënter gebruik gemaakt worden van het bestaande vastgoed. Wanneer de medisch vastgoedmarkt is gestandaardiseerd is verder onderzoek gewenst naar de standaard bouwnorm voor zorginstellingen. Op basis van de drie genoemde aanbevelingen kan de keuze voor het ontwikkelen van de zorgboulevard verder onderbouwd worden en kan de invulling ervan gedetailleerder worden geformuleerd.

7. INHOUDELIJKE EN METHODOLOGISCHE REFLECTIE

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek heb ik veel nieuwe vaardigheden geleerd, zoals een complex onderwerp terug brengen tot een afgekaderd onderzoek. Binnen de zorgmarkt zijn veel ontwikkelingen gaande die lang niet altijd van invloed zijn op het medisch vastgoed. Door veel beschikbare literatuur zag ik door de bomen het bos niet meer en kon ik moeilijk de relevante ontwikkelingen onderscheiden. Het gevolg hiervan was dat het rapport zo breed werd dat ik niet meer naar een eindresultaat toe kon werken. Toen ik hier achter kwam heb ik heel bewust de resultaten doorgelezen en bij ieder onderwerp doorberedeneerd wat de gevolgen zijn voor het medisch vastgoed. Vaak kon ik daarbij de conclusie trekken dat er geen gevolgen waren en was de informatie niet bruikbaar. Dit heeft ertoe geleid dat mijn rapport doelgerichter is en logische stappen zet richting het eindresultaat.

Na het formuleren van het theoretisch kader begon ik met het berekenen van de toekomstige vraag naar medisch vastgoed. Ik kwam hier niet uit omdat ik nog onvoldoende kennis had van de relevante ontwikkelingen die speelden in de zorgmarkt. Door met verschillende partijen te praten bleek al snel dat de vraag naar nieuw medisch vastgoed niet groeide omdat het vastgoed efficiënter gebuikt kon worden. Mijn kennis vanuit de literatuur was onvoldoende om deze conclusie te kunnen trekken en toe te passen in een berekening. Ik paste de methodologie in een verkeerde volgorde toe. Beter was om eerst de kwalitatieve data te verzamelen, waarna ik de berekeningen van het kwantitatieve gedeelte van mijn onderzoek kritischer kon uitvoeren.

Verder vond ik de combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve resultaten moeilijk toe te passen in één gezamenlijke conclusie. De resultaten moesten elkaar versterken om een meerwaarde te creëren. De uitwerking hiervan is lastig, omdat beide onderzoeksmethoden ieder hun eigen kenmerken hebben. Wanneer ik verder onderzoek zou gaan doen naar dit onderwerp zou ik eerder voor één onderzoeksmethoden kiezen, omdat dit resulteert in meer diepgang. Door het onderzoek bijvoorbeeld alleen te richten op het interviewen van ZBC's en privéklinieken kan ik die meningen en eisen vollediger in beeld brengen. Het nadeel daarvan is dat vanuit één perspectief naar de zorgboulevard wordt gekeken. In de praktijk zijn echter vele partijen betrokken bij de ontwikkeling van medisch vastgoed.

Ondanks deze verbeterpunten ben ik tevreden met de resultaten van mijn onderzoek. Voorafgaand aan dit onderzoek was nog geen totaal beeld van de ontwikkelingen die van invloed zijn op cure medisch vastgoed beschikbaar. Doordat ik met veel verschillende partijen heb gesproken kon ik een zo compleet mogelijk beeld schetsen van de verschillende invalshoeken omtrent cure medisch vastgoed. Dit heeft geleid tot de resultaten van dit onderzoek.

8. LITERATUURLIJST

- Atzema, O. Lambooy, J. Tietbergen, van T. Wever, E. (2009), Ruimtelijke Economische Dynamiek, Kijk op bedrijfslocaties en regionale ontwikkeling. P. 157-158.
- Bas, de P. Lijn, van der N. Meijer, A. (2003), Vraagfactoren ziekenhuizen. De Nederlandse Mededingingsautoriteit, ECORYS-NEI. P. 21.
- Berry, B.J.L. (1967), Geography of market centers and retail distribution. Englewood Cliffs. Prentice-Hall.
- Blijham, K. Bouw, M. Huijsmans, A. (2011), Compacte Stad Extended, Agenda voor toekomstig beleid, onderzoek en ontwerp. Compacte zorgstad, de bijdrage van de zorg aan compacte verstedelijking. P. 282-283.
- Borchert, I. (1998), Spatial dynamics of retail structure and the venerable retail hierarchy. *GeoJournal* 45. P. 327-336.
- Boschma, R.A. Frenken, K. & Lambooy, J.G. (2002), Ecolutionaire economie, Een inleiding. P. 80 en 104.
- Boven'deerdt, T.H.M. (2011), EHBZ, Eerste Hulp Bij Ziekenhuisvastgoed, De ontwikkeling van een instrument dat strategische vastgoedbeslissingen binnen ziekenhuizen ondersteunt en inzichtelijk maakt. P. 18.
- Bryman, A. (2008), Social Research Methods. P. 435-469.
- Buitelaar, E. e.a. (2013). Gebiedsontwikkeling en commerciële vastgoedmarkten: een institutionele analyse van het (over)aanbod van winkels en kantoren. Planbureau voor de Leefingevubg / Amsterdam School of Real Estate. P.39-40.
- Capaciteitsorgaan (2013), Wat is het Capaciteitsorgaan? [online] <http://www.capaciteitsorgaan.nl/> (geraadpleegd op 16-4-2013).
- CBS (2012), Gezondheid en zorg in cijfers 2012. P. 36 en 98.
- Chuihua Judy, C. Inaba, J. Koolhaas, R. Tsung Leong, S. (2001), Harvard Design School Guide to Shopping.
- College Bouw Zorginstellingen (2005), Strategisch omgaan met vastgoed, *In perspectief nr. 12*
- Cools, K. (2008), Ondernemerschap in de zorg, Wenselijkheid en opzet van een winstexperiment. P. 19
- Danen, S.C.A. Kriek, R.J. Dutrée, M.A. Nieuwkerk, van A.H. Selle, te G.H. (2002), Zorg op locaite, Model voor het vormgeven van ziekenhuislocaties. P. 33.
- Elp, van M. Zaal, van M.P.J. & Zuidema, M.V. (2012), Bouwen voor de zorg, Perspectief voor de Nederlandse bouw. P. 37.

- Eppli, M. & Benjamin, J. D. (1994), The evolution of shopping center research: a review and analysis. *Journal of Real Estate Research* 9.1. P. 5-32.
- Evans, M. (2011), Land grab: More investors offer hospitals cash for their real estate as providers hunt for capital, *Modern Healthcare*, Volume 41
- Galloro, V. (2008), Health REITS still strong, *Modern healthcare*, Volume: 38
- Garssen, J. (2011), Demografie van de vergrijzing. Centraal Bureau voor de Statistiek. P. 31.
- Gemeente Utrecht (2012), Plankaart Leidsche Rijn
- Gool, van P. Jager, P. Theebe, M. Weisz, R. (2013), Onroerend goed als belegging. P. 24-35
- Gommer, A.M. Hoeymans, N. Poos, M.J.J.C. (2010), Ziekte last in DALY's: Welke verschillen zijn er tussen leeftijdsgroepen? Volksgezondheids Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM [online] <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/welke-verschillen-zijn-er-tussen-leeftijdsgroepen/> (geraadpleegd op: 2-4-2013).
- Have, ten G.G.M. (2002), *Taxatieleer*, vastgoed 1.
- Hilten, van O. Kleima, F. Langenberg, H. & Warns, P. (2005), Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector. *ESB Dossier*. P. D4.
- Horst, van der A. Erp, van F. Jong, de J. (2011), Zorg blijft groeien, Financiering onder druk, Trends in gezondheid en zorg, CPB Policy Brief. P. 3 en 7.
- Hout, van den K. Herps, E. (1999), Christallers centrale plaatsentheorie.
- Idenburg, P. J. Schaik, M. van (2010), Diagnose 2025, Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. P. 155-157.
- Ikkersheim, D. Avoort, van der C. Meydenm van der W, Vlieger, E. Bussinks, M. Heems, van M. Kampschreur, M. Wits, B. (2010), Bouw en diversiteit van wonen, Werken aan de zorg, Plexus en BKB P. 10-11
- Kam, de G. (2003), Vastgoed en maatschappelijke opvang. Werkgroep Corporaties & Opvang van Federatie Opvan en Aedes vereniging van woningcorporaties. P. 7
- Kirchheimer, B. (2000), Firms pitch providers on new lease deals, *Modern Healthcare*, Volume 30
- Leenders, L. (2010), Ziekenhuizen in de competitie, mogelijkheden om te concurreren met ziekenhuisvastgoed.
- Malschaert, R. (2011), De mogelijke bijdrage van een ziekenhuislocatie aan Healing Environments, Onderzoek naar de ziekenhuislocatie van het Meander Medisch Centrum en het Orbis Medisch Centrum in relatie tot Healing Environments. P. 45.
- Maltha, H. (2008), Bedrijfsmatig met zorgvastgoed omgaan, *Instrumentarium voor strategisch vastgoedmanagement binnen de ziekenhuizen*. P. 20 en 24.

- Mens, N. (2005), *Zorgboulevards, Verkenning in het zorglandschap van morgen*. P. 9-13
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2013), *Beheersmodel* [online] <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/beheersmodel> (geraadpleegd op: 5-2-2013).
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (2012), *Normering Chirurgische Behandelingen 3.0*
- Nederlandse Zorgautoriteit (2011), *Invoering en tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) en inventaris nieuwe zorgaanbieders. Beleidsregel CA-300-507, Bijlage 4 bij circulaire Care/AWBZ/11/14c*
- Nederlandse Zorgautoriteit (2012), *Monitor Zelfstandige behandelcentra, Een kwalitatieve en kwantitatieve analyse*. P. 12-13, 27.
- Olsthoorn, S. (2013), *Klein en 'niet vernieuwend'? Dan geen contract meer met Achmea*. *Het Financieel Dagblad*, 24 juni 2013.
- Peek, G. & Vegchel, van G. (2011), *Compacte Stad Extended, Agenda voor toekomstig beleid, onderzoek en ontwerp. Geen stad zonder winkels, Het belang van retail voor de compacte stad*. Ministerie van Infrastructuur en Milieu. P. 259- 261.
- Pöll, E. (), *Public Real Estate. Understanding German Real Estate Markets*. Springer Berlin Heidelberg, 2013. P. 375-386.
- Putters, K. Frissen, P.H.A. Foekema, H. (2006), *Zorg om vernieuwing*, Tilburgse School voor Politiek en Bestuur, Universiteit van Tilburg, TNS-Nipo. P. 19-20
- Rijksoverheid (2011), *Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*.
- Rijksoverheid (2013), *Overgewicht, Gevolgen overgewicht voor de gezondheid* [online] <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/overgewicht/gevolgen-overgewicht-voor-de-gezondheid> (geraadpleegd op: 19-3-2013).
- RIVM (2009), *Locaties zelfstnadige behandelcentra 2009. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid* [online] <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/particuliere-klinieken/locaties-zelfstandige-behandelcentra-2009/#breadcrumb> (geraadpleegd op: 7-3-2013).
- RIVM (2011), *Kosten van ziekten in Nederland 2007, Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010*. P. 37.
- RIVM (2012), *Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2012. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid* [online] <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/aanbod/locaties-algemene-en-academische-ziekenhuizen/#breadcrumb> (geraadpleegd op: 6-3-2013).
- Schrijvers, G. (2013), *Er komen moeilijke tijden aan voor ziekenhuizen*. *NOS*, 24 juni 2013.

Shactman, D. (2005), Specialty hospitals, Ambulatory surgery centers, and general hospitals: charring a wise public policy course. *Health Affairs*. P. 868.

Towna, R. Vistnes, G. (2001) Hospital competition in HMO networks. *Journal of health Economics* 20. P. 746.

Volmer, J. (2008), Marktwerking in de gezondheidszorg: de doelmatigheid van een zelfstandig behandel centrum

Voordt, van der D.J.M. (2008), Van optelsom van bouwmaatstaven naar strategisch vastgoedmanagement. Gepubliceerd in: Luscuere, P. (2008), Concurrentie in de zorg, consequenties voor gebouw en techniek. P. 1.

Vitaal ZorgVast, (jaartal onbekend), Zorgboulevard, trend of toekomst?

Wit, de D.P.M. (1997), Real Estate Diversification Benefits. *Journal of real estate research*. Volume 14, Number 1 / 2. P. 117.

Interviews

De resultaten van dit rapport zijn gebaseerd op interviews met:

Dam, van L. (15-4-2013), DTZ Zadelhoff

Elp, van M. (11-4-2013), Economisch Instituut voor de Bouw

Goossens, R. (28-2-2013), Zorgid

Groenewegen, P. (26-2-2013), NIVEL

Kingma, J. (24-4-2013), Vitaal ZorgVast

Louw, B. (3-5-2013), ASR

Maljers, J. (20-5-2013), Bergman Clinics

Polman, N. (5-4-5013) St. Antonius Ziekenhuis

Schie, van M. (15-4-2013), DTZ

Slenter, (26-3-2013) Cappaciteitsorgaan

Veeze, H.J. (16-5-2013), Diabeter

Worms, C. (29-5-2013), Amsterdam School of Real Estate

Data:

Basisregister Adressen en Gebouwen

Centraal Bureau voor de Statistieken

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

BIJLAGE 1: DEFINITIES

BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Care: care zorg biedt verpleging en verzorging van patiënten in bijvoorbeeld verzorgings- en verpleeghuizen.

Cure: cure zorg biedt behandeling en genezing van patiënten in bijvoorbeeld ziekenhuizen, ZBC's en privéklinieken.

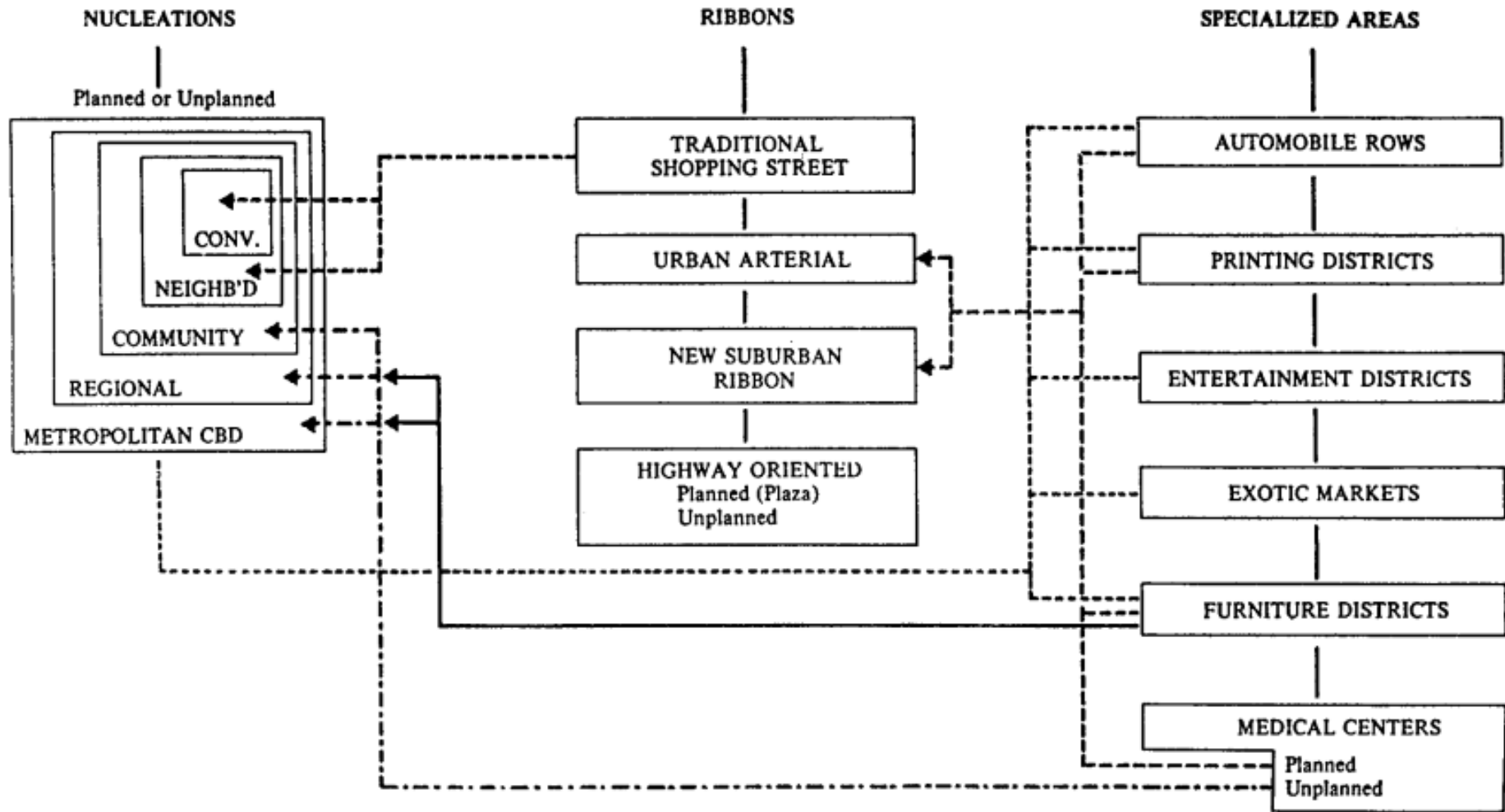
Eerstelijnszorg: dit is zorg die geboden wordt op buurtniveau. De eerstelijnszorg is het eerste aanspreekpunt als iemand zorg nodig heeft. Zorgverleners die eerstelijnszorg bieden zijn: apotheek, consultatiebureau, diëtist, fysiotherapeut, gezondheidscentrum, huisarts, kraamzorg, logopedist, tandarts en wijkverpleegkundige.

Privékliniek: Dit zijn zorgbedrijven die behandelingen uitvoeren die niet binnen de zorgverzekering vallen.

Tweedelijnszorg: dit is zorg die alleen toegankelijk is door een verwijzing van een zorgverlener uit de eerstelijnszorg. Voorbeelden van tweedelijnszorg zijn: ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheidszorg.

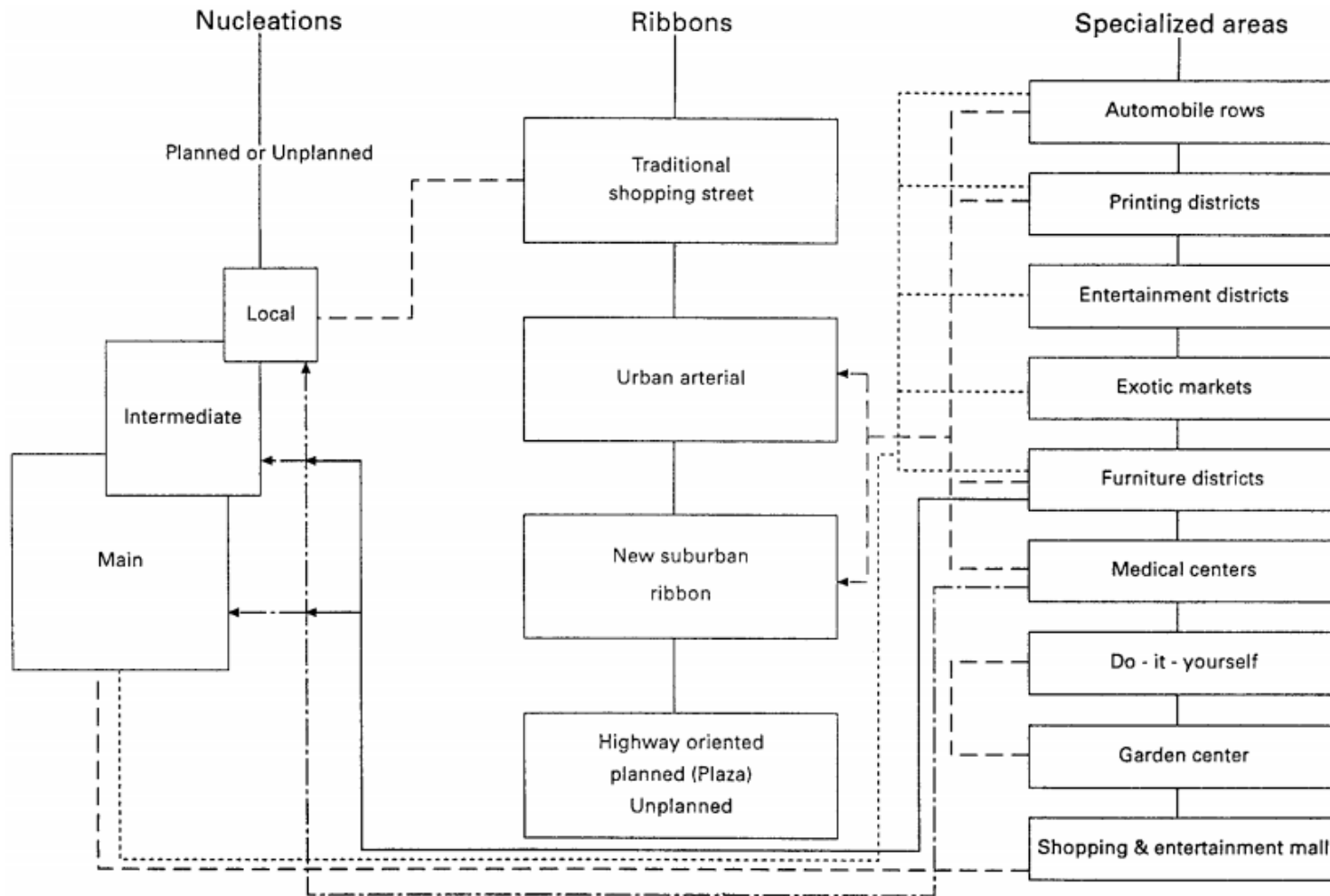
Zelfstandige behandel centra (ZBC): Dit zijn zorginstellingen die behandeling uitvoeren welke relatief snel en eenvoudig zijn, een hoog volume hebben, goed in te plannen zijn en binnen de zorgverzekering vallen. ZBC's kiezen vaak één specialisatie waarbinnen zij behandelingen uitvoeren.

BIJLAGE 2: MODEL HIËRARCHIE WINKELCENTRA BERRY



Bron: Borchert, 1998

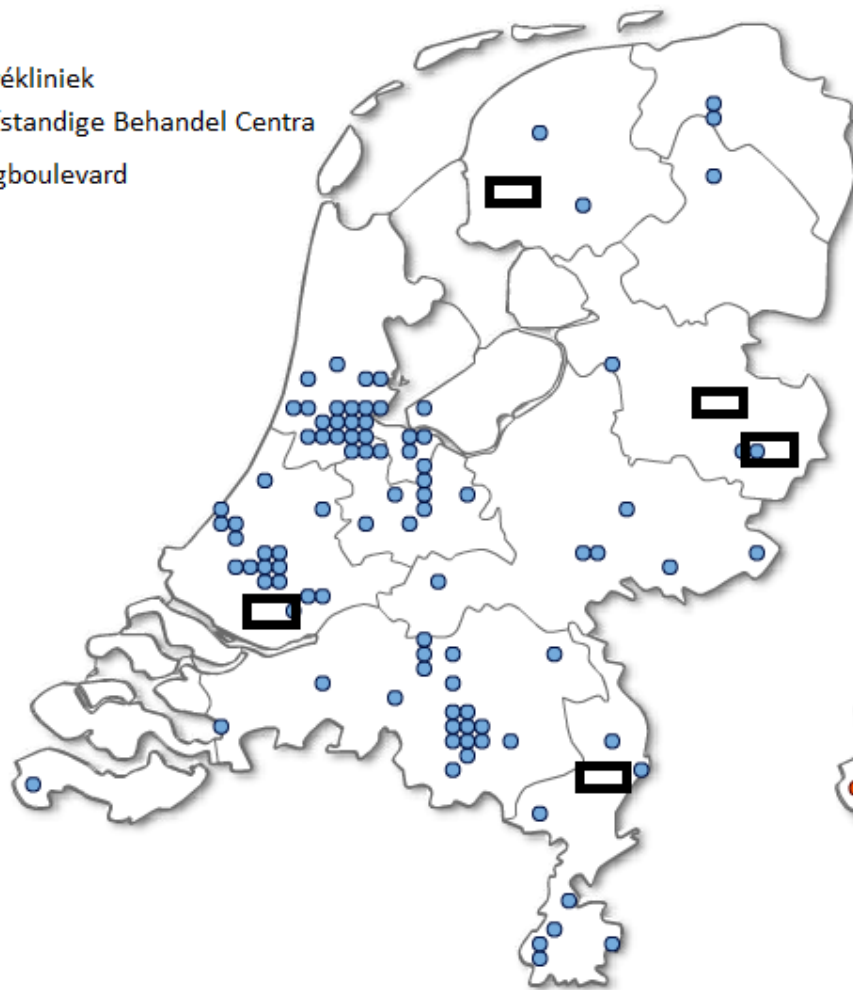
BIJLAGE 3: MODEL HIËRARCHIE WINKELCENTRA BORCHERT



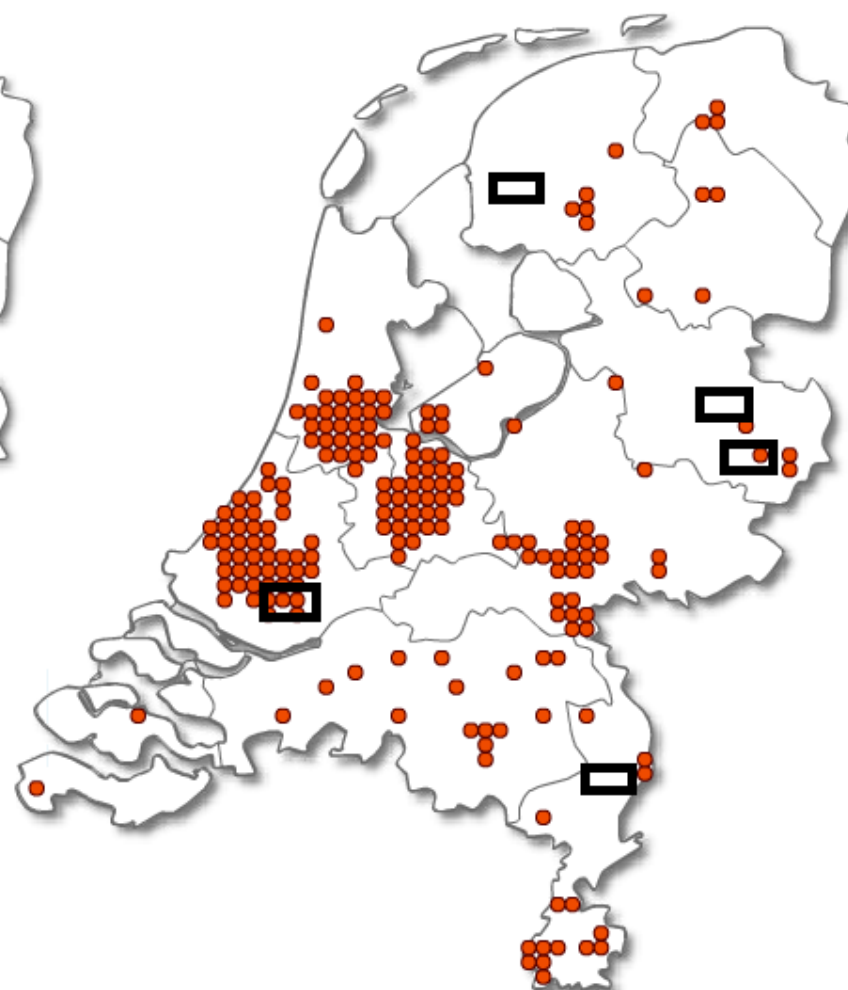
Bron: Borchert, 1998

Locaties privéklinieken

- Privékliniek
- Zelfstandige Behandel Centra
- ▭ Zorgboulevard



Locaties zelfstandige behandelcentra



Bron: Zorgatlas 2009 en 2011

BIJLAGE 5: ZBC'S EN PRIVÉKLINIEKEN IN DE PROVINCIE UTRECHT

Zorgaanbieder	ZBC/ Privékliniek	Behandelingen	Locatie kenmerk	Bouwjaar	M ²
- Stichting Rozenstein	ZBC		Natuurlijke omgeving	1911	669 M ²
- Alant Vrouw	ZBC	Bekkenbodemozorg	Natuurlijke omgeving, met in de	1933	10.655 M ² (totaal)
- Stichting Bergman Medical Care	Privékliniek	Bewegingszorg, vrouwenzorg, inwendige zorg en oogzorg	omgeving andere zorginstellingen		
- Kliniek Berg en Bosch	ZBC	Maag-, Darm- en Leverziekten			
- Oogziekenhuis Zonnestraal Bilthoven	ZBC	Oogaandoeningen			
- Oogheekkundig Medisch Centrum Midden-Nederland	ZBC	Oogaandoeningen			
- XQ Dent Bilthoven B.V.	ZBC	Tandheelkunde en implantologie			
- Medisch Centrum Viken	ZBC		Natuurlijke omgeving	1935	131 M ²
- Stichting KNO Sint Antonius Ziekenhuis	ZBC	KNO	Natuurlijke omgeving	1910	255 M ² (totaal)
- EMC Bosch en Duin	Privékliniek	Plastische chirurgie, Huidverbetering, Anti-aging en leefstijladvies			
- Besnijdenis Centrum Nederland	ZBC	Besnijdenis	Woonwijk	2003	84 M ²
- Rheo Guarda kliniek Medisch Specialisten Centrum Breukelen	ZBC	Burn-out	Winkelstraat	2007	781 M ²
- Dermis poliklinieken	ZBC	Huidziekten, allergie en spataderen	Woonwijk, met in de omgeving	1975	1.274 M ²
- Polikliniek Dermatologie Maarsse	ZBC	Dermatologie	andere zorginstellingen		
- Oogartsen Utrechtse Heuvelrug Gelderse Vallei	ZBC	Oogzorg	In gebouw polikliniek	1997	Onbekend

- Stichting Poliklinisch Medisch Centrum	Privékliniek	Brilvervangende chirurgie, oogzorg en cosmetische chirurgie	Winkelstraat	1950	653 M ²
- Stichting Antonius Behandelcentrum	ZBC		In gebouw St. Antonius Ziekenhuis	1979	Onbekend
- Medisch Centrum Rhijnauwen	ZBC	Reumatologie, Neurologie, Kindergeneeskunde en Psychiatrie	Bedrijven terrein, met in de omgeving andere zorginstellingen	1992	849 M ²
- Bosman GGZ, locatie Utrecht	ZBC	Psychiatrische diagnostiek	Bedrijven terrein	1990	295 M ²
- Stichting Visie Centrum voor Oogheelkundige Zorg	ZBC	Oogheelkundige zorg	Bedrijven terrein	1980	
- Dermis poliklinieken, Allergie Centrum Utrecht	ZBC	Huidziekten, allergie en spataderen	Woonwijk	1950	260 M ²
- Eyescan Oogzorgkliniek	Privékliniek	Brilvervangende chirurgie, oogzorg en cosmetische chirurgie	Natuurlijke, met in de omgeving andere zorginstellingen	1900	417 M ²
- Dermis poliklinieken	ZBC	Huidziekten, allergie en spataderen	Woonwijk	1900	1.258 M ²
- Kindertherapeuticum, centrum voor diagnostiek en behandeling	ZBC	Antroposofische kindergeneeskunde, kinderpsychiatrie en pedagogie	Woonwijk	Onbekend	Onbekend
- Mauritsklinieken, locatie Utrecht	ZBC	Dermatologie, huistherapie en spataderen	Woon/centrum	1903	150 M ²
- Stichting Pulmonaal	ZBC	Aandoeningen aan de luchtwegen	Bij Wilhelmina kinderziekenhuis	1999	1.500 M ²
- ACCZ A Klinieken	Privékliniek	Rimpel-, gezichts-, lichaamsbehandelingen, borstcorrecties en genitale correcties	Natuurlijke omgeving	1987	194 M ²
- Annatommie	ZBC	Orthopedie, MRI, fysiotherapie en sportgeneeskunde	Stedelijke omgeving, met in de omgeving andere zorginstellingen	1983	Onbekend
- Cardiologie Centra Nederland	ZBC	Cardiologie	Stedelijke omgeving, met in de omgeving andere zorginstellingen	1983	Onbekend
- VisionClinics	ZBC	Ooglaserchirurgie	Stedelijke omgeving, met in de	2003	Onbekend

			omgeving andere zorginstellingen		
- Dermalink	ZBC	Polikliniek Dermatologie en Flebologie	Stedelijke omgeving	Onbe- kend	Onbekend
- Nederlandse Obesitas Kliniek	ZBC	Obesitas	Natuurlijke omgeving, met in de omgeving andere zorginstellingen	1902	47 M ²
- Van Linschoten Specialisten	Privékliniek	KNO-heelkunde, Plastische Chirurgie, Gehoorrevalidatie, Orthopedie en Tandheelkunde	Stedelijke omgeving, met in de omgeving andere zorginstellingen	2010	Onbekend
- Mediferia	ZBC	Orthopedie, Neurologie, Fysio- en manueeltherapie	Bedrijven terrein	Onbe- kend	Onbekend
- Annotommie	ZBC	Orthopedie, MRI, fysiotherapie en sportgeneeskunde	Natuurlijke omgeving	1975	245 M ²
- Dermatologisch Centrum Amstel & Vechtstreek	ZBC	Dermatologie	Stedelijke omgeving	Onbe- kend	Onbekend
- Ooglift	Privékliniek	Ooglidcorrecties	Woonwijk	1991	100 M ²
- Retina Total Eye Care	ZBC	Ooglaseren, Implantlenzen en Staaroperaties	Stedelijke omgeving	1921	414 M ²
- Specialistisch behandelcentrum Zandheувelweg	ZBC	Neurologie	Natuurlijke omgeving	1948	Onbekend
- Winnock Zorg BV	ZBC	Re-intergratie	Natuurlijke omgeving, met in de omgeving andere zorginstellingen	1990	Onbekend
- Xpert Clinic	ZBC	Hand- en polszorg	Natuurlijke omgeving, met in de omgeving andere zorginstellingen	2001	Onbekend
- De Mobiliteits Kliniek	ZBC	Mobiliteit	Natuurlijke omgeving, met in de omgeving andere zorginstellingen	1931	264 M ²
- Dr. Brinkmann Kliniek	ZBC	Oncologische dermatochirurgie	Bedrijven terrein, met in de	1984	1050 M ²

			omgeving andere zorginstellingen		
- XQ Dent Zeist B.V.	ZBC	Tandheelkunde en implantologie	Stedelijke omgeving, met in de omgeving andere zorginstellingen	1990	199 M ²
- Van Raath Kliniek	Privékliniek	Plastische chirurgie	Stedelijke omgeving, met in de omgeving andere zorginstellingen	1990	Onbekend
- Kliniek Laurium B.V.	Privékliniek	Botox en injectable	Stedelijke omgeving, met in de omgeving andere zorginstellingen	1969	Onbekend

Bron: Eigen bewerking BAG en RIVM

BIJLAGE 6: BEREKENING PEARSON CORRELATIECOËFFICIËNT

Uitgaven zorg ziekenhuizen en specialistische praktijken (x)

Jaar	Ziekenhuizen en specialistische praktijken (*miljoen)	Tandartsen (*miljoen)	Paramedisch (*miljoen)	Totaal uitgaven cure zorg (*miljoen)	Geïndexeerd
1998	9.892	1.190	778	11.860	100,0
1999	10.468	1.256	867	12.591	106,2
2000	11.032	1.364	915	13.311	112,2
2001	12.551	1.519	1.006	15.076	127,1
2002	14.167	1.746	1.072	16.985	143,2
2003	15.047	1.914	1.158	18.119	152,8
2004	16.024	1.971	1.163	19.158	161,5
2005	16.624	1.942	1.216	19.782	166,8
2006	17.308	2.055	1.389	20.752	175,0
2007	18.275	2.221	1.520	22.016	185,6
2008	20.261	2.418	1.610	24.289	204,8
2009	21.436	2.558	1.720	25.714	216,8
2010	22.702	2.637	1.807	27.146	228,9
2011	22.811	2.743	1.940	27.494	231,8

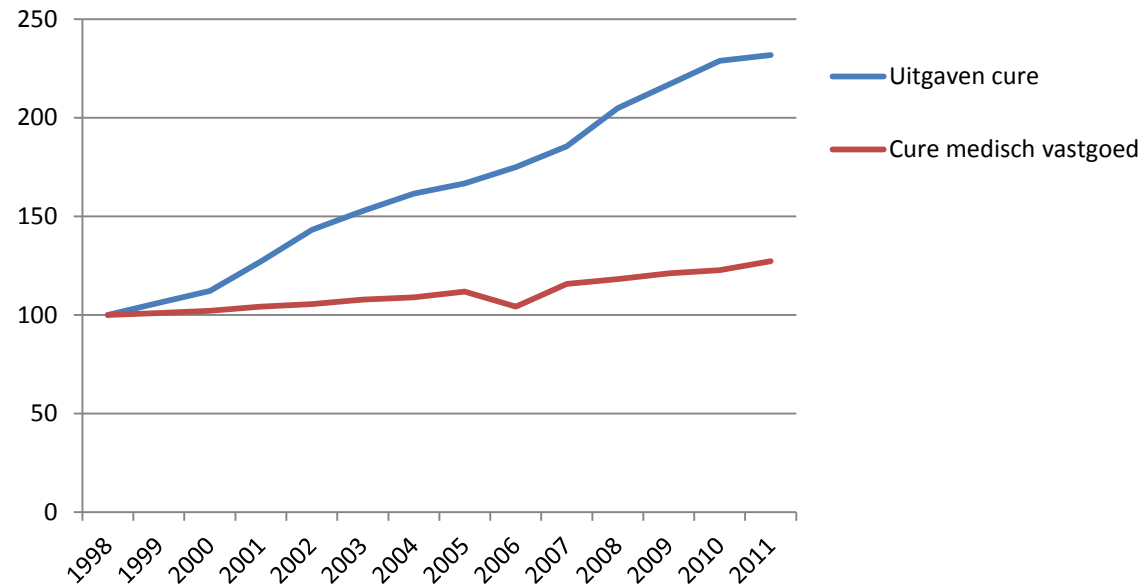
Bron: CBS

Medisch vastgoed *cure* (y)

Jaar	Ziekenhuizen	Medische en tandheelkundige praktijken	Paramedische en overige praktijken	Totaal medisch vastgoed <i>cure</i>	Geïndexeerd
1998	8.902.174	3.792.413	6.688.889	19.383.477	100,0
1999	8.940.218	3.841.034	6.801.307	19.582.559	101,0
2000	8.978.261	3.889.655	6.913.725	19.781.642	102,1
2001	9.168.479	3.954.482	7.082.353	20.205.314	104,2
2002	9.282.609	3.986.896	7.194.771	20.464.276	105,6
2003	9.358.696	4.116.551	7.419.608	20.894.855	107,8
2004	9.396.740	4.181.379	7.532.026	21.110.145	108,9
2005	9.739.131	4.246.206	7.700.654	21.685.991	111,9
2006	9.472.827	4.311.034	6.407.843	20.191.704	104,2
2007	9.967.392	4.440.689	8.037.908	22.445.989	115,8
2008	10.081.522	4.537.931	8.290.850	22.910.302	118,2
2009	10.423.914	4.635.172	8.431.373	23.490.458	121,2
2010	10.500.000	4.700.000	8.600.000	23.800.000	122,8
2011	10.956.522	4.878.275	8.852.941	24.687.739	127,4

Bron: Van Elp e.a., 2012, p. 35 en 37

Geïndexeerde causaliteit cure uitgaven en cure medisch vastgoed



$$r = \frac{\sum(x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{\sum(x - \bar{x})^2 \cdot \sum(y - \bar{y})^2}} = \frac{4832}{5448} = 0,9$$

BIJLAGE 7: DEMOGRAFISCHE VERANDERINGEN

Gemiddelde kosten per inwoners van de *cure* gezondheidszorg per leeftijdsklassen in 2007

Leeftijdsklassen	Ziekten kosten per persoon in €
0-20 jaar	990€
20-65 jaar	975€
65+	3053,57€

Bron: RIVM, 2011, p. 37

Totale *cure* zorgkosten Nederland per leeftijdsklassen: Ziekten kosten per persoon * aantal personen

Leeftijdsklassen	2013		2026	
	Aantal personen	Zorgkosten	Aantal personen	Zorgkosten
0-20 jaar	3.870.727	3.832.019.730	3.718.997	3.681.807.030
20-65 jaar	10.081.648	9.829.606.800	9.951.646	9.702.854.850
65+	2.825.264	8.627.145.429	3.623.737	11.065.339.768
Totaal	16.777.639	22.288.771.959	17.294.380	24.450.001.648

Bron: Eigen bewerking van RIVM en CBS

Totale *cure* zorgkosten provincie Utrecht per leeftijdsklassen: Ziekten kosten per persoon * aantal personen

Leeftijdsklassen	2013		2026	
	Aantal personen	Zorgkosten	Aantal personen	Zorgkosten
0-20 jaar	302.100	299.079.000	305.600	30.2544.000
20-65 jaar	759.000	740.025.000	774.300	754.942.500
65+	183.600	560.635.714	242.800	741.407.143
Totaal	1.244.700	1.599.739.714	1.322.700	1.798.893.643

Bron: Eigen bewerking van RIVM en CBS

Groei procentuele zorgkosten *cure* gezondheidszorg vanaf 2013 toe te wijzen aan demografie

	10 jaar	1 jaar
Nederland	9,7%	0,97%
Provincie Utrecht	12,45%	1,24%

Bron: Eigen bewerking van RIVM en CBS