

Onderzoek naar financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra

Eindrapportage
31 oktober 2024



Inhoudsopgave

Managementsamenvatting.....	3
1.Aanleiding onderzoek en context.....	4
2.Onderzoeksvragen.....	6
3.Casusselectie en aanpak.....	8
4.Analyse.....	12
5.Beantwoording onderzoeksvragen	35
6.Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	41
Appendix.....	45

Managementsamenvatting

Dit rapport schetst, op basis van **onderzoek naar 10 diverse casussen, een beeld van de financiële huisvestingsknelpunten** waar huisartsen en gezondheidscentra tegenaan kunnen lopen. Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de **aard** van financiële knelpunten die huisartsen en gezondheidscentra ervaren en de **lessen** en **rode draden** die getrokken kunnen worden uit situaties waar wel of geen oplossing voor een knelpunt is gevonden. Gezien het **relatief klein aantal casussen** geeft het onderzoek geen volledig en sluitend beeld.

In een groot deel van de onderzochte casussen is het ervaren knelpunt gerelateerd aan een **toekomstige huisvestingswens** (bijvoorbeeld uitbreiding of modernisering), waarbij deze wens in sommige gevallen wel en in andere gevallen niet is gerealiseerd. In generieke zin maken **8 factoren** dat huisartsen en gezondheidscentra, zowel in hun huidige huisvesting als in relatie tot een toekomstige huisvestingswens, in meer of mindere mate **financiële huisvestingsproblematiek ervaren**, te weten:

1. De locatiegebondenheid van huisartsen;
2. Het gebrek aan specifieke vastgoedkennis en -expertise;
3. Het relatief groot aantal m² dat huisartsen beogen in hun nieuwe huisvesting;
4. De sprong naar hogere huisvestingskosten in een nieuwe huisvestingssituatie;
5. De beweging van minder 'solo' praktijkhouderschap naar meer gezamenlijke huisvesting (met bijvoorbeeld andere eerstelijns zorgverleners);
6. De huisarts die aangemerkt wordt als commerciële partij en dus niet (altijd) aanspraak kan maken op bijvoorbeeld maatschappelijk vastgoed;
7. De diversiteit in de betrokkenheid van relevante partijen als de gemeente, zorgverzekeraar en regionale huisartsenorganisatie (RHO);
8. De investering in zowel tijd als geld die de realisatie van een huisvestingswens vraagt van huisartsen.

Naast bovenstaande 8 generieke factoren ervaren verschillende casussen **specifieke (financiële) problematiek** in relatie tot het realiseren van een toekomstige huisvestingswens door **(ver)nieuwbouw**. De huisvestingswens in de casussen wordt initieel gedreven door een wens/noodzaak tot uitbreiding van m². Deze uitbreiding is vaak niet mogelijk binnen het huidige pand of vraagt om grootschalige vernieuwbouw.

In deze specifieke (ver)nieuwbouw situaties staat de verhouding tussen de investering en marktwaarde van deze investering onder druk. In gevallen is hierbij sprake van een zogenoemde '**onrendabele top**'; de totale investering die gedaan moeten worden voor de aanschaf van een pand ligt hoger dan de uiteindelijk getaxeerde marktwaarde. **4 factoren** die hieraan bijdragen zijn: stijgende bouwkosten, additionele bouwkosten door benodigde of gewenste (zorggerelateerde) specificaties aan het pand, hoge grondkosten door de bestemming van de grond, en de stijgende rente. Deze specifieke (ver)nieuwbouwcasussen laten huisvestingskosten zien die aan **de bovenkant van de bandbreedte van de huisvestingskosten uit het Nível onderzoek zitten**. Hierdoor ervaren de casussen een grote financiële stap tussen de huidige en de gewenste situatie.

Verscheidene casussen hebben de (ver)nieuwbouw situatie wel gerealiseerd, waarbij **inleg van eigen middelen** en het tonen van **risicobereidheid** bijvoorbeeld door het accepteren van een relatief laag rendement belangrijke factoren zijn. Een deel van de casussen (met name jonge en/of recent gestarte huisartsen die een praktijk willen opzetten of overnemen) lukt dit niet. Bijvoorbeeld **omdat zij de financiële risico's te groot vinden of (nog) onvoldoende eigen vermogen kunnen inleggen**.

De **landelijke trends met een beweging naar meer m² en gezamenlijke huisvesting**, geven aanleiding om aan te nemen dat dit een knelpunt is **dat breder speelt en mogelijk in de toekomst breder gaat spelen**. Hiertoe is het belangrijk om in kaart te brengen in hoeverre dit knelpunt **breed speelt bij huisartsen en gezondheidscentra** en daarnaast te kwantificeren wat de bandbreedte van de huisvestingskosten in deze (ver)nieuwbouw casussen is (o.a. verdieping onrendabele top, bouw-, grond- en rentekosten en rendement).

Een alternatieve oplossingsrichting kan mogelijk worden gevonden in de analogie van **de woningcorporatie, waar verdere verdieping op nodig is**. Gezien de 8 generieke factoren in de onderzochte casuïstiek ook nadrukkelijk een rol speelden in de mate waarin financiële huisvestingsproblematiek werd ervaren, is het ook belangrijk om in te zetten op **goede beschikbaarheid van externe kennis en expertise en het faciliteren van vroegtijdige betrokkenheid van relevante partijen** om huisartsen en gezondheidscentra te ondersteunen in hun huisvestingswens. Ook het **objectiveren en standaardiseren van bouweisen** van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra vormt een waardevolle vervolgstap.



Aanleiding onderzoek
en context

Voorliggende rapportage omvat de resultaten van het kwalitatief onderzoek naar de aard van (financiële) huisvestingsproblematiek bij huisartsen en gezondheidscentra

Aanleiding en context

De huisartsenzorg heeft een spilfunctie in het Nederlandse zorgsysteem, en is van groot belang voor het functioneren ervan. De huisartsenzorg staat echter onder toenemende druk. Het gebrek aan geschikte huisvesting voor huisartsen en gezondheidscentra versterkt die druk, wat de toegankelijkheid van het zorgsysteem beïnvloedt. Huisvestingsproblematiek leidt tot nadelige effecten, zoals het niet kunnen aannemen van personeel, patiëntenstops en beperkte mogelijkheden voor het opleiden van nieuwe huisartsen. Het ministerie van VWS signaleert – mede door afstemming met partijen als ZN, LHV, InEen en de VNG – dat gebrek aan geschikte huisvesting voor huisartsenpraktijken bijdraagt aan de toenemende druk op de huisartsenzorg en toegankelijkheid hiervan. Het onderzoek *Toekomstbestendige huisvesting* van de LHV wijst bijvoorbeeld uit dat ruim drie op de vier huisartsen nadelen ervaren door ruimtegebrek¹. Onderzoek door het Nivel toont dat bijna de helft van de ondervraagde huisartsenpraktijken (49%) kampt met een gebrek aan geschikte praktijkruimte, voornamelijk spreekkamers².

Huisvestingsproblematiek kan worden onderverdeeld in drie onderdelen³:

1. Het vinden van geschikte ruimte om bestaande praktijken uit te breiden;
2. Het vinden van geschikte nieuwe of vervangende praktijkruimte; en
3. Het ervaren van financiële knelpunten met betrekking tot bekostiging (NZa, zorgverzekeraars) en financiering (banken).

In antwoord op afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben het ministerie van VWS, ZN, LHV, InEen en de VNG in december 2023 een handreiking gepubliceerd², waarin rollen, verantwoordelijkheden en mogelijkheden van elke betrokken partij rond deze problematiek staan beschreven. Tegelijkertijd wordt in de handreiking erkend dat er momenteel onvoldoende inzicht is in de aard en omvang van de financiële knelpunten.

Doel en duiding van het onderzoek

Het ministerie van VWS heeft PwC Advisory N.V. gevraagd om kwalitatief onderzoek uit te voeren naar de aard van financiële knelpunten die huisartsen en gezondheidscentra ervaren bij huisvestingsproblematiek. Het onderzoek vormt onderdeel van de bouwstenen waarmee het ministerie van VWS, ZN, LHV, InEen en de VNG inzicht vergaren in de aard en omvang van de financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra.

Het doel van het huidige kwalitatieve onderzoek is tweeledig:

1. Aan de hand van de resultaten een verbeterd inzicht verkrijgen in de aard van financiële knelpunten die huisartsen en gezondheidscentra belemmeren bij het organiseren van passende huisvesting;
2. Inzicht in de rode draden die getrokken kunnen worden uit de casuïstiek met betrekking tot feitelijke informatie zoals de onderliggende oorzaken van de huisvestingswens, geïnventariseerde knelpunten, geprobeerde oplossingen, etc.

Voor dit onderzoek is via een brede uitvraag die o.a. is verspreid via het netwerk van LHV, ZN, InEen en de VNG contact gelegd met (betrokkenen bij) huisartsenpraktijken en gezondheidscentra met een casus van (financiële) huisvestingsproblematiek. Het onderzoek bevat, in afstemming met VWS, een analyse van 10 casussen en richt zich daarmee op specifieke situaties waarin financiële knelpunten een rol spelen bij huisvestingsproblematiek. De casusselectie vond plaats op basis van vooraf vastgestelde selectiecriteria zoals opgenomen in hoofdstuk 3 en is uitgevoerd door PwC Advisory N.V. Gegeven de kwalitatieve aard van dit onderzoek hebben de uitkomsten een beschrijvend karakter en geven deze inzicht in de aard van specifieke financiële problematiek die wordt ervaren bij realisatie van de huisvestingswens. Gezien het relatief klein aantal casussen betreft dit geen volledig en sluitend beeld.

1) *Toekomstbestendige huisvesting* (2022); 2) *Huisvestingsproblemen in de huisartsenpraktijk* (2023); 3) *Handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra* (2023)

2

Onderzoeksvragen

Het onderzoek richt zich op het inzichtelijk maken van de aard van financiële knelpunten en geleerde lessen hierover

Onderzoeksvragen

Om inzicht te krijgen in de **aard** van financiële knelpunten die huisartsen en gezondheidscentra ervaren, maar ook in de **lessen** die getrokken kunnen worden uit situaties waar wel of geen oplossingen voor een knelpunt gevonden zijn, vormen twee onderzoeksvragen het vertrekpunt in deze opdracht:

1

Wat is de **aard van financiële knelpunten** die huisartsen en gezondheidscentra ervaren in hun zoektocht naar een passende huisvestingssituatie?

2

Welke **lessen** kunnen getrokken worden uit situaties waarin huisartsen en gezondheidscentra (samen met andere partijen) tot **oplossingen** voor financiële knelpunten zijn gekomen? En welke **lessen** kunnen worden getrokken uit situaties waarin de betrokken partijen (**nog**) **niet tot een oplossing** zijn komen?

Er wordt zowel gekeken naar casuïstiek van huisartsen en gezondheidscentra waarin **financiële knelpunten nog steeds spelen** als naar casuïstiek van huisartsen en gezondheidscentra waarin de financiële knelpunten reeds zijn **opgelost**.

Verdiepende deelvragen rondom de aard van financiële knelpunten

Ter verdieping op de eerste onderzoeksvraag zijn vier aanvullende deelvragen geformuleerd:

1a

Heeft het **type praktijk** (solopraktijk, meervoudige praktijk of gezondheidscentrum) invloed op de aard van de financiële knelpunten?

1b

Heeft het **type vastgoed** invloed op de aard van de financiële knelpunten?

1c

Heeft het **type vastgoedovereenkomst** (huur- of koopovereenkomst) invloed op de aard van de financiële knelpunten?

1d

Heeft **de geografische ligging** (wel of geen (rand)stedelijke omgeving) invloed op de aard van de financiële knelpunten?


3


Casusselectie en
onderzoeksaanpak


Op basis van selectiecriteria zijn uit 31 potentiële casussen, 10 casussen geselecteerd voor het huidige kwalitatieve onderzoek

Spreiding casuïstiek over categorieën, organisatievormen en variabelen

In de selectie van casuïstiek¹ is een evenredige spreiding over de onderstaande drie categorieën gerealiseerd om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen:

 **Onopgeloste (of latente) financiële problematiek** – Situaties waarin huisartsen en gezondheidscentra (nog) financiële problemen ervaren waardoor de passende huisvestingssituatie niet bereikt is;

 **Opgeloste financiële problematiek** – Situaties waarin de financiële problemen (max. 3 jaar geleden) voor huisartsen en gezondheidscentra zijn opgelost en de gewenste situatie bereikt is;

 **(Toekomstige) huisvestingwens** – Situaties waarin er de wens is een praktijk of gezondheidscentrum te starten, maar dit complex is door financiële knelpunten of situaties waarin er nu wel huisvesting is, maar in de toekomst de wens is om te verbouwen, uit te breiden of door te verhuizen en dit niet mogelijk is door financiële knelpunten.

Per categorie is een evenredige spreiding van de geselecteerde casussen over drietype organisatievormen gehanteerd:

1. **Eén casus** van een huisarts met een **solopraktijk**;
2. **Eén casus** van een huisarts met een **meervoudige praktijk** (duo, HOED of groepspraktijk);
3. **Eén casus** van een **gezondheidscentrum**.

Tenslotte zijn op deze casussen (een combinatie van) onderstaande variabelen van toepassing om antwoord te kunnen geven op de deelvragen, gezien deze variabelen een invloed kunnen hebben op de aard van de knelpunten:

- Huisarts met **huurovereenkomst**;
- Huisarts met **koopovereenkomst**;
- Huisarts afkomstig uit **stedelijke omgeving**;
- Huisarts afkomstig uit **niet-stedelijke omgeving**.

Toelichting casusselectie

Op de volgende pagina tonen we per categorie achtereenvolgend welke 10 casussen zijn geselecteerd¹ voor het onderzoek – binnen elke categorie wordt voor elke organisatievorm minimaal één casus geanalyseerd. Dit betreft zowel casuïstiek met huur- of koopovereenkomst als casuïstiek afkomstig uit een stedelijke en niet-stedelijke omgeving.

Aan de hand van een schematische weergave op de volgende pagina is de spreiding van de casuïstiek weergegeven.

1) Een brede groep huisartsen en gezondheidscentra, benaderd via het netwerk van de begeleidingscommissie, hebben de gelegenheid gehad om via een beknopte vragenlijst een casus in te dienen voor dit onderzoek in het voorjaar van 2024.

De casusselectie¹ omvat 10 casussen die evenredig over de selectiecriteria zijn gespreid ten behoeve van het beantwoorden van de onderzoeks- en deelvragen

3 van de 7 casussen die georganiseerd zijn als solo- of meervoudige praktijk, zijn gezamenlijk gehuisvest met andere zorgdisciplines: ofwel in de vorm van een gezondheidscentrum ofwel dat zij samen losse delen van een pand huren ofwel dat zij ruimte in hun eigen (gekochte) pand verhuren aan andere zorgdisciplines

Totaalbeeld geselecteerde casuïstiek								
📁 Categorie knelpunt	# No. casus	🏠 Type organisatievorm			📍 Locatie		📄 Type overeenkomst	
		Solo	Meervoudig	GZC ²	Stedelijk	Niet-stedelijk	Koop	Huur
1 Onopgeloste (of latente) financiële problematiek gerelateerd aan huisvesting: situaties waarin (nog) financiële knelpunten worden ervaren waardoor de passende huisvestingssituatie niet bereikt is	Casus 1	✓					✓	✓
	Casus 2		✓		✓			✓
	Casus 3			✓	✓			✓
2 Opgeloste financiële problematiek (max. 3 jaar geleden) gerelateerd aan huisvesting: situaties waarin de financiële knelpunten (max. 3 jaar geleden) zijn opgelost en de gewenste situatie bereikt is	Casus 4	✓			✓		✓	
	Casus 5		✓				✓	✓
	Casus 6			✓	✓		✓	✓
3 (Toekomstige) huisvestingwens: situaties waarin er de wens is een praktijk of gezondheidscentrum te starten, maar dit complex is door financiële knelpunten of situaties waarin er nu wel huisvesting is, maar in de toekomst de wens is om te verbouwen, uit te breiden of door te verhuizen en dit niet mogelijk is door financiële knelpunten	Casus 7	✓			✓			✓
	Casus 8		✓				✓	
	Casus 9		✓		✓		✓	✓
	Casus 10			✓	✓		✓	✓

Binnen categorie 2 hebben zich geen casussen met huurovereenkomsten gemeld – binnen deze categorie zijn daarom enkel casussen met een koopovereenkomst meegenomen

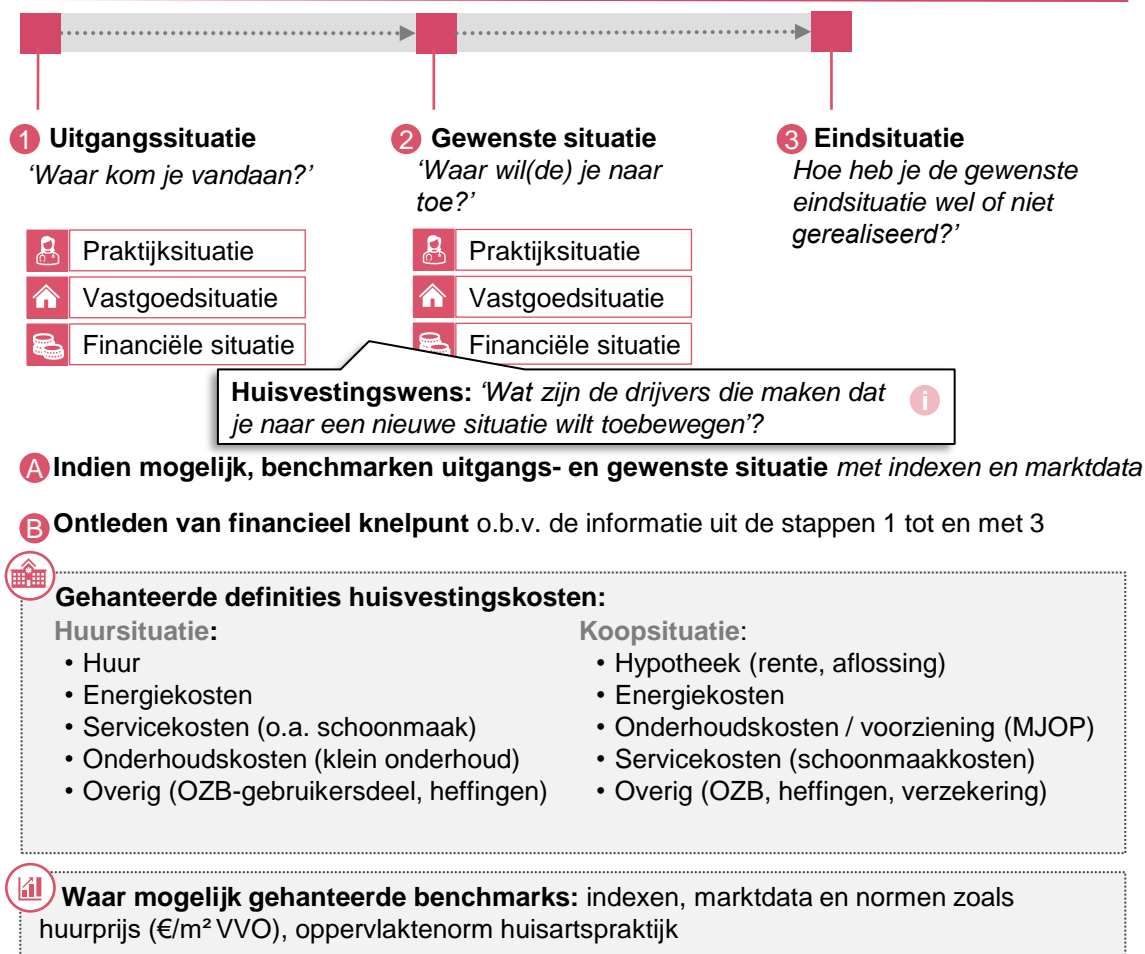
Dit betreffen waarnemers met de wens een meervoudige praktijk over te nemen

Binnen categorie 3 zijn de meeste inzendingen binnengekomen – om recht te doen aan de diversiteit aan verschillende typen financiële knelpunten die verband houden met een toekomstige huisvestingswens, is een extra casus binnen deze categorie geselecteerd

1) Voor een beknopte omschrijving en argumentatie per geselecteerde casus, zie de Appendix; 2) GZC staat voor gezondheidscentrum

Aan de hand van informatie en dialoog over de ‘huisvestingsreis’ van casuïstiek, is de huidige, gewenste en eindsituatie van casuïstiek kwalitatief in kaart gebracht

Stappenschema onderzoeksanpak a.d.h.v. de ‘huisvestingsreis’ van casuïstiek



Toelichting onderzoeksanpak

Het onderzoek heeft als doel het duiden van de aard van de ervaren financiële knelpunten rondom huisvestingsproblematiek. Hierbij staan drie stappen van de huisvestingsreis die deze casussen doorlopen centraal:

1. De **uitgangssituatie** van de casus (incl. huisvestingswens en drijvers die maken dat men naar een gewenste situatie wil toebewegen);
2. De **gewenste situatie** van de casus;
3. De **eindsituatie** van de casus waarin de gewenste situatie wel/niet is gerealiseerd.

In alle situaties is informatie opgevraagd over de praktijksituatie, vastgoedsituatie en financiële situatie. Voorbeelden van elementen zijn o.a. personeelssamenstelling en type organisatievorm (praktijksituatie), het aantal jaren gevestigd in pand, de verhouding VVO/BVO¹, het aantal m² BVO¹ per huisarts en de m² BVO¹ totaal (vastgoedsituatie) en het aandeel huisvestingskosten van de totale praktijkkosten, met daarbij een uitsplitsing van de specifieke huisvestingskosten en onderhoudslasten (financiële situatie).

De informatie is bij casushouders opgevraagd en (voor zover mogelijk en beschikbaar) ontvangen, **waarna de casus mede via de beschikbare informatie nader is geduid in verkennende en verdiepende focusgroepen**. De verkennende focusgroepen vonden plaats met de casushouder (vaak de huisarts, praktijkmanager, of directeur van een gezondheidscentrum), de verdiepende focusgroepen met relevante betrokken partijen waaronder RHO's, zorgverzekeraars, gemeenten en banken. Conform de onderzoeksopdracht zijn 10 casussen geanalyseerd. Gegeven het **kwalitatieve karakter van het onderzoek** en de **kleine N** (waarbij, mede op basis van de focusgroepen is gebleken, dat er sprake is van een grote diversiteit in de casuïstiek en de aard van de ervaren financiële knelpunten), is ervoor gekozen om opgehaalde financiële informatie **primair te gebruiken ter ondersteuning van de focusgroepen**.

1) Overzicht van afkortingen. BVO: bruto-vloeroppervlakte. VVO: verhuurbare vloeroppervlakte. OZB: onroerendezaakbelasting. MJOB: Meerjaren onderhoudsbegroting
Onderzoek financiële knelpunten huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra

4

Analyse

Via de huidige, gewenste en eindsituatie is geduid welke knelpunten in de casuïstiek speelden en welke drijvers de huisvestingswens precies in gang hebben gezet

Toelichting op 'huisvestingsreis' van casuïstiek

Zoals in het vorige hoofdstuk toegelicht, is de **huisvestingsreis** in kaart gebracht voor de 10 geselecteerde casussen om zicht te krijgen op de aard van financiële knelpunten. De **uitgangssituatie** vormt het vertrekpunt van deze reis, met specifieke verdieping op de drijvers van de (nieuwe) **huisvestingswens**. Vervolgens hebben casuseigenaren stappen gezet om hun wens uit te drukken in een (nieuwe) **gewenste huisvestingssituatie**. De reis eindigt met **een eindsituatie** waarin de gewenste huisvestingssituatie wel of niet is gerealiseerd. **De volgende pagina's** schetsen de reis die de onderzochte casussen (hebben) doorlopen en geven inzicht in **de rode draden**. De inzichten op de volgende pagina's zijn bij wijze van leeswijzer geormerkt langs de geschetste situaties:



De huisvestingswens komt voort uit (een combinatie van) wensen, waarbij de wens tot uitbreiding van m² dominant is

In de casuïstiek is vaak een combinatie van onderstaande wensen en drijvers aanwezig. De wens tot uitbreiding van m² is dominant en meestal een trigger voor additionele wensen: zo willen huisartsen wanneer meer m² nodig is, deze uitbreiding in veel gevallen graag combineren met gezamenlijke huisvesting met andere zorgdisciplines.

Type wens

Onderliggende drijvers voor type wens

1

Wens tot uitbreiding van m² huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum



Personeelontwikkeling: Onvoldoende ruimte (m²) in de huidige huisvestingssituatie om de huidige personele capaciteit te huisvesten zoals capaciteit van POH/VS/PA/PM¹ – de groei van personele capaciteit die veel huisartsenpraktijken hebben doorgemaakt sluit aan bij landelijke trend van diversificatie en uitbreiding van personeel in de huisartsenpraktijk¹



Praktijkuitbreiding: Onvoldoende ruimte (m²) in huidige huisvestingssituatie om nieuwe of een groter aantal patiënten te kunnen aannemen, wat voor 3 van de 10 casussen op dit moment resulteert in een patiëntenstop. Om deze wens te realiseren moet over het algemeen ook de personele capaciteit worden uitgebreid, waardoor meer m² nodig is.



Praktijkfilosofie: Onvoldoende ruimte (m²) in huidige huisvestingssituatie om de wijze waarop men praktijk wil voeren te realiseren, bijv. onvoldoende ruimte om kleine specialistische chirurgische ingrepen te kunnen verrichten (en daarmee afvangen van zorg uit de tweede lijn)

2

Wens tot samenwerking met andere zorgdisciplines



Onvoldoende mogelijkheid tot (versterkte) samenwerking met andere zorgdisciplines (o.a. fysiotherapeuten en apothekers) in huidige huisvestingssituatie. Deze wens tot meer samenwerking sluit aan op landelijke trend³ en beleid⁴

3

Wens tot modernisering van huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum



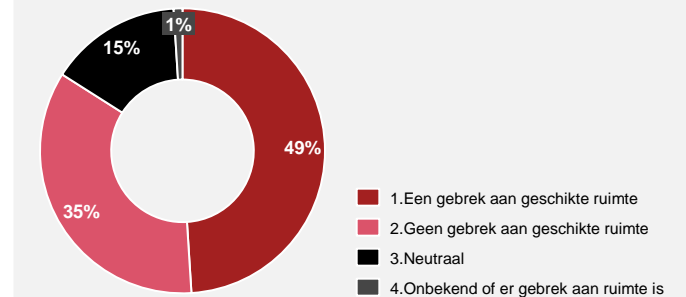
Geen aangename werklocatie voor het (werven van) schaars personeel van de huisartsenpraktijk of het gezondheidscentrum door slechte of gedateerde staat van de huidige huisvesting



Verouderde staat van de huidige huisvestingssituatie maakt het onmogelijk om (de gewenste) verduurzaming van het pand te realiseren en in te zetten op o.a. energiebesparing

Inzichten uit bestaand onderzoek/nieuws

Fig. 1 – Mate waarin huisartsenpraktijken kampen met gebrek aan geschikte ruimte (Nivel 2023)³



i

In het **Integraal Zorgakkoord (IZA)**⁴ is versterking van de **organisatie van eerstelijnszorg** (met huisarts als spil) een speerpunt

Huisartsen kopen, verbouwen en verduurzamen hun praktijk: 'Straks iets over te dragen aan opvolgers'

1) POH = praktijkondersteuner GGZ of Somatiek, VS = Verpleegkundig specialist, PA = Physician assistant, PM = Praktijkmanager; 2) Nivel onderzoek 'Organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg' (2023) NB: AA = apothekersassistent; 3) Cijfers uit Nivel onderzoek Huisvestingsproblemen in de huisartsenpraktijk (2024); 4) Integraal Zorgakkoord 'Samen werken aan gezonde zorg' (2022) en Visie eerstelijnszorg (2030)

Verdieping wens tot uitbreiding m²: deze wens komt vaak voort uit een ‘musthave’, het volgens gewenste aantal m² vraagt om objectivering

Type wens

Reflectie PwC-onderzoeksteam¹ op mate waarin huisvestingswens noodzakelijk is ('must have') of wenselijk maar niet noodzakelijk ('nice to have')

1

Wens tot uitbreiding van m² huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum

- Voor verschillende casussen geldt dat zij in hun huidige huisvestingssituatie **onvoldoende ruimte** hebben om hun **huidige personeel** te huisvesten: dit resulteert erin dat personeel in een aantal gevallen **in te krappe ruimtes** is gehuisvest waardoor onwenselijke arbeidsomstandigheden kunnen ontstaan in **het licht van de Arboret**. Ter illustratie: een overname casus waar de huidige huisvestingssituatie een verouderd en gehorig pand betreft met **(te) kleine en onvoldoende ruimtes**, met als gevolg dat ondersteunend personeel gehuisvest is in (te) kleine en arbotechnisch onverantwoorde ruimtes (o.a. beperkt daglicht) en de **privacy niet is geborgd**. Dit is niet alleen onwenselijk vanuit het perspectief van personeel, maar ook met het oog op het borgen van **kwaliteit van zorg voor de patiënt**. Een ander voorbeeld betreft de casus die vanwege ruimtegebrek **geen ruimte meer heeft om nieuwe huisartsen op te leiden**, wat niet wenselijk is met het oog op het behouden van de toegankelijkheid van zorg in de toekomst. In deze gevallen kan uitbreiding van m² **worden aangemerkt als noodzaak en daarmee een ‘must have’**.
- In andere casussen is zichtbaar dat de **reeds gerealiseerde m² uitbreiding in het verleden** welke gegeven de beperkingen in de huidige huisvesting op een **niet efficiënte wijze** is gerealiseerd. Bijvoorbeeld de casus waarbij de praktijkruimtes per dagdeel worden gehuurd op verschillende verdiepingen in het huidige pand en de casus waarbij er sprake is van het huren van ruimtes in andere nabije panden. In beide gevallen wordt aangegeven dat de huidige huursituatie leidt tot inefficiënties en planningsproblematieken. In deze gevallen kan de uitbreiding van m² **worden aangemerkt als noodzaak en daarmee een ‘must have’**.
- Daarnaast geldt in verschillende casussen dat de huidige huisvestingssituatie **onvoldoende ruimte heeft om praktijkuitbreiding te realiseren**: in het geval van een patiëntenstop of voor praktijken waarvoor een patiëntenstop in de toekomst aannemelijk is, kan de huisvestingswens worden aangemerkt als **‘must have’ wanneer er geen andere mogelijkheden zijn om de groei van de praktijk te realiseren zonder enige uitbreiding van m²**. Bijvoorbeeld de **casus waarbij de praktijk** de enige praktijk in een wijk in aanbouw is en slechts plek heeft voor 7.500 van de 12.500 patiënten in de betreffende wijk. Zij ervaren binnen hun huidige huisvesting **geen mogelijkheid om 5.000 extra patiënten te kunnen bedienen zonder dat dit gepaard gaat met uitbreiding van m²**. Met het oog op het borgen van **toegankelijkheid van zorg**, kan de wens tot uitbreiding van m² daarmee een ‘must have’ betreffen.
- **Conclusie:** de zojuist beschreven drie drijvers van de wens tot uitbreiding van m² kunnen als ‘must have’ worden aangemerkt **wanneer onwenselijke arbeidsomstandigheden (i.k.v. Arboret) ontstaan en kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid van zorg onder druk staan**. Hierbij wordt opgemerkt dat **het specifieke aantal m² dat gewenst is** om in de uitbreiding te voorzien **objectivering verdient**. Los van wettelijke voorschriften zoals het Bouwbesluit en de Arboret, zijn er geen specifieke voorschriften voor de (ver)bouw van huisartsenpraktijken. In veel casussen worden daarom de LHV-bouwnormen gehanteerd: de LHV heeft een set bouwkundige specificaties ontwikkeld voor specifiek de (ver)bouw van huisartsenpraktijken. Voornoemde leidt ertoe dat huisartsen gebruik maken van **een breed palet aan eisen**. Hoewel de ‘drijver’ van de huisvestingswens tot **uitbreiding van m²** in veel casussen **als must have kan worden aangemerkt in het licht van zojuist toegelichte observaties**, is het de vraag in welke mate het **daadwerkelijk gevraagde aantal m² uitbreiding volledig te kwalificeren is als een must have is** om te voldoen aan richtlijnen van de Arboret en kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te waarborgen. Gezien **de diversiteit aan eisen** die wordt gehanteerd om het gewenste aantal m² vast te stellen, is **objectivering** hiervan gewenst.

1) Daar waar in dit rapport wordt gesproken over de mate waarin een huisvestingswens noodzaak (must have) is, betreft het een reflectie van het PwC-onderzoeksteam gebaseerd op de aangeleverde casusinformatie (N=10) in relatie tot de grootste uitdagingen in de zorg op het vlak van o.a. arbeidsomstandigheden, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg

Verdieping wens samenwerking en modernisering: deze wensen balanceren tussen 'must have' en 'nice to have' en zijn moeilijk te objectiveren

Type wens

2

Wens tot samenwerking met andere zorgdisciplines

Reflectie PwC-onderzoeksteam¹ op mate waarin huisvestingswens noodzakelijk is ('must have') of wenselijk maar niet noodzakelijk ('nice to have')

- De wens tot samenwerking met andere zorgdisciplines wordt **veelal niet als primaire drijver voor de huisvestingswens aangedragen**: in de meeste casussen wordt deze wens additoneel geformuleerd op het moment dat er meer m² en/of modernisering gewenst is. Het is daarom de vraag of deze stap naar gezamenlijke huisvesting in deze gevallen **een 'must have' of eerder een 'nice to have' is**.
- De stap naar gezamenlijke huisvesting sluit wel aan op de beweging die vanuit beleid wordt gestimuleerd (o.a. Integraal Zorgakkoord en de Visie eerstelijnszorg 2030²) om **samenwerking te versterken met het oog op het behouden van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg**. Zo is in de Visie eerstelijnszorg 2030 het doel geformuleerd dat samenwerking tussen zorgdisciplines op regionaal niveau belangrijk is om knelpunten rondom instroom, doorstroom en uitstroom op te lossen. Het is wel de vraag of **gezamenlijke huisvesting in alle gevallen noodzakelijk is om de benodigde samenwerking te realiseren**. Los hiervan moet worden opgemerkt dat **het specifieke aantal m² dat gewenst is** om gezamenlijke huisvesting te realiseren niet per definitie 'must have' is, gezien huisartsen in de regel gebruik maken van **diversiteit aan eisen** en deze eisen veelal uitgaan van **situaties van individuele huisartsenpraktijken** en daardoor niet volledig door te vertalen zijn naar **de context van gezamenlijke huisvesting waarin ook een deel van de ruimtes kan worden gedeeld**. Objectivering hiervan is dan ook gewenst.
- Conclusie**: Op het moment dat wordt geconstateerd dat **gezamenlijke huisvesting van zorgdisciplines noodzaak is om de gewenste samenwerking te realiseren** (bijv. rondom het beschikbaar maken van anderhalvelijnszorg in een gezondheidscentrum), **zou deze uitbreidingswens als 'must have' kunnen worden aangemerkt**. Indien uit **objectivering van dit punt blijkt dat dat die bijdrage beperkt is**, zou deze wens 'nice to have' zijn. Los hiervan, verdient het aantal feitelijke m² dat nodig is om gezamenlijke huisvesting te realiseren objectivering.

3

Wens tot modernisering van huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum

- In de meeste casussen gaat de wens tot modernisering samen met de wens tot uitbreiding van m². Voor een deel van de onderzochte casuïstiek geldt dat **de huidige huisvestingssituatie geen aangename werklocatie meer vormt en daarmee resulteert in onwenselijke arbeidsomstandigheden in het licht van de Arboret**. In een aantal casussen komt bijvoorbeeld naar voren dat panden **slecht geïsoleerd zijn**, waardoor panden bijv. in de winter erg koud zijn en in de zomer juist erg warm. Niet alleen kan dit voor werknemers, maar ook voor patiënten resulteren in onprettige situaties waarin de gewenste kwaliteit van zorg onvoldoende kan worden geboden. Zo wordt in een aantal casussen aangegeven dat de huidige huisvestingssituatie ook **slecht toegankelijk is voor mindervalide mensen**, waardoor de huisartsenpraktijk niet voor elke patiënt goed toegankelijk is.
- In situaties waarin het pand is verouderd en daarmee toe is aan modernisering, speelt vaak mee dat men met een moderniseringsslag ook naar **een duurzame huisvestingssituatie toe wil bewegen** en daarmee o.a. in wil zetten op **energiebesparing**. Dit motief vormt daarmee een tweede drijver voor de wens tot modernisering.
- Conclusie**: gegeven voornoemde kan de wens tot modernisering in de basis als 'must have' worden aangemerkt **wanneer onwenselijke arbeidsomstandigheden (met oog op de Arboret) ontstaan, niet kan worden voldaan aan wettelijke verduurzamingseisen en kwaliteit van zorg onder druk staat**. Uiteraard zijn er ook **moderniseringseisen die een huisarts kan stellen die deze punten niet raken en daardoor niet kunnen worden aangemerkt als 'must have'**. Wat betreft de daadwerkelijke vereisten die nodig zijn om in deze modernisering te voorzien, maken huisartsen zoals reeds toegelicht gebruik van een **diversiteit aan richtlijnen** waardoor niet kan worden vastgesteld in **hoeverre alle moderniseringswensen noodzakelijk zijn** om te voldoen aan richtlijnen van de Arboret en kwaliteit van zorg te waarborgen. Hier is **objectivering** gewenst.

Voor de huursituatie zijn vier potentiële mogelijkheden geïdentificeerd om de huisvestingswens te realiseren, met elk voor- en nadelen

Mogelijkheden om huisvestingswens te realiseren in een huursituatie

Huren van meer m² in huidige huurlocatie

Voordelen:

- De huidige locatie blijft behouden wat zorgt voor stabiliteit voor personeel/patiënten.

Nadelen:

- De mogelijkheden om meer m² te huren op de huidige huurlocatie wanneer deze onderdeel is van een groter pand, zijn vaak beperkt, doordat ruimtes al bezet zijn door andere huurders zoals andere zorgverleners in een gezondheidscentrum.
- Indien er wel ruimtes beschikbaar zijn, zijn deze ruimtes niet altijd gunstig gelegen (bijv. niet direct aangrenzend aan de praktijk) of passend om bij de praktijk te betrekken (bijv. door andere functie in het verleden), met als gevolg inefficiënt ruimtegebruik.

Verbouwen van huidige huurlocatie

Voordelen:

- De huidige locatie blijft behouden wat zorgt voor stabiliteit voor personeel/patiënten.

Nadelen:

- Dit is vaak enkel een optie wanneer er een moderniseringwens is: bij wens tot meer m² en samenwerking met andere zorgdisciplines, biedt dit geen tot slechts beperkt oplossing.
- Gezien het een huursituatie betreft, zijn er vaak restricties vanuit de verhuurder (en evt. andere huurders) gesteld om het pand te verbouwen wat de mogelijkheden om de huisvestingswens te realiseren beperkt.
- In de praktijk is er vaak discussie over verdeling van kosten voor groot-schalige verbouwing: zijn deze voor verhuurder of huurder? De verhuurder is eigenaar, maar de huisvestingswens ligt vaak bij de huurder.

Huren van een nieuwe locatie (bestaande bouw)

Voordelen:

- De nieuwe locatie biedt mogelijkheden tot voldoende en efficiënte m² voor de praktijk.

Nadelen:

- In algemene zin is er relatief beperkt aanbod van bestaande huurlocaties die kunnen voorzien in het gewenste aantal m² (ter illustratie: de LHV 150m² BVO per normpraktijk¹ met 2.095 patiënten, oftewel 3,05FTE personeel waarvan 1,26 huisarts (waarvan 1 FTE praktijkhouder)): de locatie gebondenheid van praktijken/GHC, beperkt het zoekgebied verder.

Huren van een nieuwe locatie (nieuwbouw)

Voordelen:

- De nieuwe locatie biedt mogelijkheden tot voldoende en efficiënte m² voor de praktijk.

Nadelen:

- In geval van nieuwbouw, geldt regulier een min. huurtermijn van 10-15 jaar wat voor zowel oudere als nieuwe huisartsen een belemmering vormt (met oog op pensioen dan wel langjarig vastleggen bij start praktijk/overname – startende huisartsen willen zich niet altijd zo langjarig vastleggen aan één plek en populatie aan het begin van hun loopbaan).
- Bij nieuwbouw wordt vaak een financiële bijdrage gevraagd van de huurder vanuit de verhuurder ten behoeve van specifieke investeringen (inbouw pakket).

1) <https://www.lhv.nl/product/algemeen-oppervlakte-overzicht-normpraktijk-volgens-lhv-bouwadvies/>

In de koopsituatie is sprake van in potentie drie mogelijkheden om de huisvestingswens te realiseren, met elk voor- en nadelen

Mogelijkheden om huisvestingswens te realiseren in een koopsituatie

Ver(nieuw)bouwen van huidige kooplocatie

Voordelen:

- De huidige locatie blijft behouden wat zorgt voor stabiliteit voor personeel/patiënten.
- Bij vernieuwbouw¹ is in vergelijking met verbouwen, veelal meer financiële leenruimte bij de bank.

Nadelen:

- Bij vernieuwbouwen zijn er vaak maar beperkte mogelijkheden om extra ruimte bij te bouwen op de bestaande locatie (betreft veelal efficiënter ruimtegebruik). Bij wens tot meer m² en samenwerking met andere zorgdisciplines, biedt deze optie daarmee beperkt een oplossing.
- Bij verbouwen kan in de regel minder geleend worden dan voor vernieuwbouw, waardoor veelal meer eigen inleg nodig is.

Kopen van nieuwe locatie (bestaande bouw)

Voordelen:

- De nieuwe locatie kan in potentie alle geïdentificeerde huisvestingswensen realiseren (uitbreiden m², samenwerken met andere zorgdisciplines en/of moderniseren).

Nadelen:

- In algemene zin is het aanbod van bestaande kooplocaties die in grote mate geschikt zijn voor de beoogde functie relatief beperkt. Daarbij leidt de locatie gebondenheid van de huisartsen praktijken /GHC tot een verdere beperking van het zoekgebied
- Het geschikt maken van bestaande kooplocaties voor het beoogde gebruik vraagt in veel gevallen om een ingrijpende verbouwing, wat de financiële casus van kopen niet ten goede komt.

Kopen van nieuwe locatie (nieuwbouw)

Voordelen:

- De nieuwe locatie kan in potentie alle geïdentificeerde huisvestingswensen realiseren (uitbreiden m², samenwerken met andere zorgdisciplines en/of moderniseren).

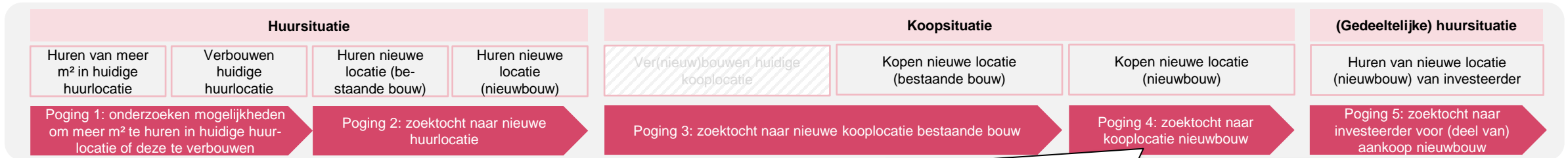
Nadelen:

- In algemene zin is er een relatief beperkt aanbod van nieuwbouwlocaties. Gezien meeste huisartsenpraktijken/GHC locatiegebonden zijn, vormt dit een verdere beperking van het zoekgebied.
- Er bestaat een reëel risico dat de oplevering van nieuwbouw vertraging oploopt bijvoorbeeld gegeven huidige stikstofrestricties en resulteert in meerkosten.
- Nieuwbouw vraagt om een relatief tijdsintensief proces waarvoor vastgoedkennis noodzakelijk is, bijvoorbeeld rond het aanvragen van vergunningen en het ontwerpen van de nieuwbouwlocatie.

1) Vernieuwbouw is een term die wordt gebruikt in de bouwsector om te verwijzen naar het proces van het renoveren en moderniseren van een bestaand gebouw, waarbij het gebouw wordt aangepast aan de eisen en wensen van de huidige tijd. Vernieuwbouw kan verschillende vormen aannemen, afhankelijk van de specifieke behoeften en doelen van het project. Het kan variëren van het upgraden van de technische installaties en het verbeteren van de energie-efficiëntie tot het herindelen van de ruimtes en het toevoegen van nieuwe functies aan het gebouw.

In de huisvestingsreis die vertrekt vanuit de huursituatie, is op huidige locatie uitbreiding van m² beperkt/niet mogelijk en nieuwe huursituatie niet gewenst/mogelijk

Zoektocht realisatie huisvestingswens vanuit de huidige huursituatie



Bevindingen per poging om huisvestingswens te realiseren

Poging 3 t/m 5 overlappen met poging 2, 3 en 4 uit de huisvestingsreis vertrekkend vanuit een koopsituatie. Voor toelichting op deze pogingen zie p.19-20

Poging 1: onderzoeken van mogelijkheden om meer m² te huren in huidige huurlocatie ofwel huidige huurlocatie te verbouwen

- De helft van de onderzochte casussen vertrok vanuit een huidige huursituatie, waarvan één casus van waarnemers met de wens een meervoudige praktijk met een huursituatie over te nemen.
- In casussen die vertrekken vanuit een huidige huursituatie zien we dat, gegeven de dominante wens tot m² uitbreiding, **de opties om het aantal m² uit te breiden of het verbouwen van de bestaande huursituatie vaak afvallen** omdat in de huidige huursituatie het gewenste/efficiënte aantal m² niet kan worden gerealiseerd. Bijvoorbeeld een casus waarbij reeds sprake is van gezamenlijke gehuisvesting met andere zorgdisciplines waarbij er geen mogelijkheden waren om uit te breiden doordat het pand **volledig verhuurd was aan andere zorgdisciplines**. Of een casus waarbij de huidige huisvestingssituatie een voormalige woning betrof waar uitbreiding niet mogelijk was en eventuele **ver- of aanbouw volledig voor kosten van de huurder zou komen**.
- In **drie van de vijf casussen** was tevens **het einde van hun huurtermijn in zicht**, waardoor zij (mede gedreven door de huisvestingswens) veelal parallel doorstapten naar poging 2, de zoektocht naar een nieuwe huurlocatie (los van of uitbreiding binnen bestaande huursituatie wel/niet mogelijk is).

Poging 2: zoektocht naar nieuwe huurlocatie

- Bij een onsuccesvolle poging 1, start een deel van de casussen een zoektocht naar **een nieuwe huurlocatie (bestaande bouw of nieuwbouw)**. Hierbij zien we ook casussen die gezien eerdere ervaringen in een huursituatie **bewust niet meer willen huren** en casussen die **geen passend en/of betaalbaar huuraanbod kunnen vinden** en daardoor automatisch overgaan op **poging 3**. De belangrijkste drijver om over te stappen naar poging 3 en daarmee de zoektocht naar koop is de wens tot **meer regie over de huisvestingskosten** (veelal vanwege ervaringen met huurindexaties). Daarnaast speelt in specifieke casussen een continuïteitsdrijver daar waar men bijvoorbeeld uit een tijdelijke huurcontract situatie komt.
- Een ander deel van de casussen zoekt naar huurmogelijkheden in bestaande bouw of nieuwbouw. Voor bestaande bouw komt in casussen naar voren dat er vanwege de locatiegebondenheid vaak **beperkt (geschikt) aanbod is** en er vaak ingrijpende aanpassingen nodig zijn om de huisvestingswens te realiseren. De casussen ervaren daarbij beperkte bereidheid van de vastgoedeigenaren om een dergelijke investering te doen. Voor de huisarts geldt dat een dergelijke investering – gezien het een huursituatie betreft – vaak niet opportuun is. In één casus probeert de huisarts deze kosten te compenseren door **een gedeelte van de huisvestingssituatie onder te verhuren aan andere zorgdisciplines**. In de regel is een dergelijke onderhuurconstructie veelal **niet mogelijk** gezien dit veelal niet is toegestaan volgens huurcontractvoorwaarden.

In koopsituaties is uitbreiding van m² in huidig pand of verbouw van nieuw bestaand pand vaak geen optie door inefficiënties (zowel financieel als m²inefficiënties)

Zoektocht realisatie huisvestingswens vanuit de huidige koopsituatie



Bevindingen per poging om huisvestingswens te realiseren

Poging 1: onderzoeken ver(nieuw)bouw huidige kooplocatie

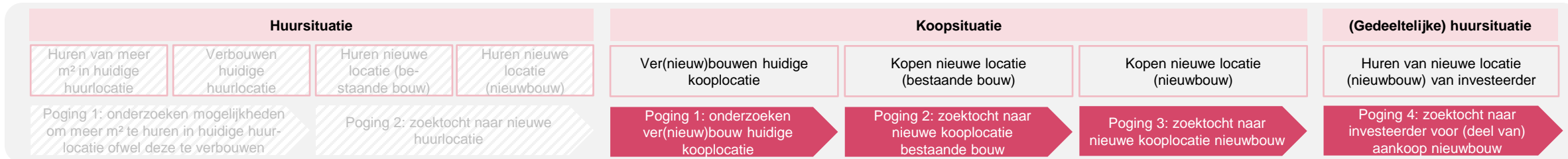
- De helft van de onderzochte casussen vertrok vanuit een huidige koopsituatie. In een deel van de casussen zien we dat, gegeven de dominante wens tot m² uitbreiding, de opties om het aantal m² uit te breiden of het verbouwen van de bestaande koopsituatie zijn afgefallen omdat in de huidige koopsituatie het gewenste/efficiënte aantal m² niet of slechts deels kan worden gerealiseerd: bijvoorbeeld de casus waarin vier huisartsen gezamenlijk een huisartsenpraktijk runnen en een pand in bezit hebben, waarbij het huidige pand na drie verbouwingen niet nog verder kon worden uitgebreid in m² waardoor men op zoek moest naar een nieuwe locatie om de praktijk verder uit te breiden.
- Voor twee casussen geldt dat ver(nieuw)bouw wel mogelijk is, maar men tot op heden onderling geen consensus heeft bereikt over de financiering hiervan. Bijvoorbeeld de casus waar vier praktijkhouders die relatief recent zijn gestart (max. 5 jaar geleden) en de benodigde investering voor ver(nieuw)bouw financieel als te zwaar ervaren mede door de reeds lopende afbetaling van de hypotheek. En de casus waarbij een stichting eigenaar is van een gezondheidscentrum en zorgdisciplines (waaronder huisartsen) gedeeltes van het pand huren van de stichting: in deze casus speelt dat ver(nieuw)bouwen vraagt om een gedeeltelijke financiële bijdrage van de huurders. Gezien zorgdisciplines onderling diverse wensen hebben rondom ver(nieuw)bouw en elk over een andere mate van financiële draagkracht en bereidheid tot investeren beschikken, kan er daardoor geen consensus worden bereikt over de financiering van de (ver)nieuwbouw waardoor realisatie van huisvestingswens stil ligt.

Poging 2: zoektocht naar nieuwe kooplocatie bestaande bouw

- In casussen die vertrekken vanuit een huidige koopsituatie zien we net als in de huursituatie dat het aanbod van geschikte kooplocaties bestaande bouw die de huisvestingswens kunnen vervullen (meer m² en gezamenlijke huisvesting met andere zorgdisciplines) relatief beperkt is.
- Wanneer deze mogelijkheid wél wordt gevonden, moet er veelal ingrijpend worden ver(nieuw)bouwd. Bijvoorbeeld de casus waarbij een pand met voormalig maatschappelijke functie is gevonden als mogelijke huisvestingssituatie: het potentieel aan m² dat het pand in zich heeft is echter fors meer dan de huisartsen zelf nodig hebben. Hoewel zij hierdoor naast meer m² ook gezamenlijk met andere zorgdisciplines kunnen huisvesten, vertaalt dit groot aantal m² zich door in een hoge aankoopsom en verbouwkosten. Hierbij speelt mee dat gegeven de verbouwbeperkingen van het pand ca. 25% van de beschikbare m² niet functioneel kunnen worden gebruikt. Dit zorgt er mede voor dat de huisartsen de aankoop van deze optie binnen bestaande bouw nog niet hebben kunnen realiseren en nu onderzoeken of een externe partij (mogelijk projectontwikkelaar) de aankoop kan realiseren.

Doordat de mogelijkheden in de huidige situatie en bestaande bouw vaak beperkt zijn komt de meeste casuïstiek uit bij (ver)nieuwbouw: zelf aangekocht of door een ander

Zoektocht realisatie huisvestingswens vanuit de huidige koopsituatie



Bevindingen per poging om huisvestingswens te realiseren

Poging 3: zoektocht naar nieuwe kooplocatie nieuwbouw

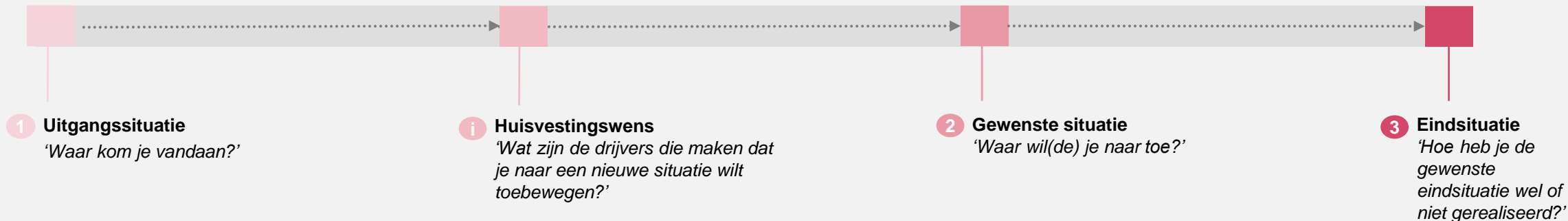
- Op het moment dat er **geen mogelijkheden zijn gevonden om de huisvestingswens binnen bestaande bouw te realiseren**, wijkt men uit naar nieuwbouw. Voor een casus geldt dat zij samen met een andere huisartsenpraktijk een projectontwikkelaar hebben ingeschakeld om **een nieuw gezondheidscentrum** te realiseren. Het is hierbij de intentie dat de huisartsen van de twee praktijken het centrum gezamenlijk aanschaffen, waarbij een deel van het gezondheidscentrum wordt verhuurd aan andere zorgdisciplines en er ook een aantal appartementen worden gebouwd met mogelijkheid tot sociale verhuur. Hoewel **de huisartsen (na een meerjarig proces) gezamenlijk het gezondheidscentrum kunnen aankopen**, zorgt de realisatie voor onderlinge spanningen door diversiteit in financiële draagkracht en risicobereidheid om tot financiering over te gaan. Ook speelt mee dat de nieuwbouw vertraging heeft opgelopen, waardoor zij mogelijk de huur die zij initieel aan andere zorgdisciplines zouden betalen moeten verhogen wat ook leidt tot frictie.

Poging 4: zoektocht naar investeerder voor (deel van) aankoop nieuwbouw

- Op het moment dat men niet **zelf of gezamenlijk nieuwbouw kan of wil financieren**, zien we dat er uitgeweken wordt naar het zoeken naar een (particuliere) investeerder of belegger die het pand aan wil kopen of ontwikkelen, waarna de huisarts(en) en eventuele andere zorgverleners in dat **pand huren of voor een deel aanschaffen**. Zo zien we in onze casuïstiek een huisarts **die samenwerkt met de apotheek**, waarbij het plan is dat de apotheek het nieuw te bouwen pand aanschafft en vervolgens verhuurt aan de huisarts en andere zorgdisciplines. Een andere casus betrof **waarnemende huisartsen die een praktijk willen overnemen** op zoek zijn naar een investeerder of financierder die het pand wil ontwikkelen/aankopen en daarmee vervolgens in een huursituatie belanden. Bij één casus kwam deze oplossingsrichting ook terug bij het realiseren van **een gewenste vernieuwbouw** van het deel van een gezondheidscentrum wat in bezit is van de huisartsenpraktijk. De nieuwe huisvestingswens bestond uit verbouw van en opbouw op het huidige praktijkdeel – voor de opbouw is uiteindelijk een andere zorgverlener als financierder opgetreden, die de ruimte gaat verhuren aan de huisartsenpraktijk.

In specifieke (ver)nieuwbouw situaties ervaart men een financieel knelpunt – tegelijkertijd spelen 8 andere factoren mee die dit knelpunt beïnvloeden/versterken

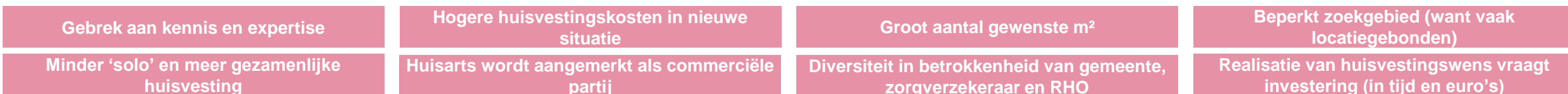
'Huisvestingsreis' van casuïstiek



Het merendeel van de onderzochte casuïstiek komt uit bij (ver)nieuwbouw situaties, waarbij **een deel van de casushouders onvoldoende financiële draagkracht ervaart** om deze optie te realiseren. De relatief hoge kosten van (ver)nieuwbouw zijn **toe te schrijven aan een onrendabele top**, gedreven door **vier kostendrijvers**, namelijk:



Tegelijkertijd spelen **acht andere factoren mee** die **invloed hebben** op de huisvestingsreis die de onderzochte casuïstiek doorlopen en **de ervaren problematiek beïnvloeden dan wel versterken**, namelijk:



Hierbij moet worden opgemerkt dat waar huisartsen een (financieel) knelpunt ervaren in relatie tot de **huidige huisvesting**, deze in de casuïstiek voornamelijk herleidbaar is tot de 8 bovenstaande factoren. Daar waar huisartsen in de onderzochte casuïstiek een (financieel) knelpunt ervaren in relatie tot **een (toekomstige) huisvestingswens**, wordt deze gedreven door een combinatie van de huidige marktsituatie (m.n. de in specifieke (ver)nieuwbouwsituaties voorkomende **onrendabele top**) en de 8 bovenstaande factoren.

i Nadere toelichting op het **financieel knelpunt** dat wordt ervaren in **(ver)nieuwbouwsituaties** en de **acht andere factoren** die ervaren financiële huisvestingsproblematiek beïnvloeden danwel versterken op de volgende pagina's.

Casussen die uitkomen op (ver)nieuwbouw ervaren vaak onvoldoende financiële draagkracht om deze optie te realiseren – nader onderzoek is nodig om dit te valideren

Reflectie financieel knelpunt van casuïstiek in (ver)nieuwbouw situaties

- Voor de casussen die **uitkomen bij een (ver)nieuwbouwsituatie** (huur dan wel koop), zien we dat zij tegen **een financieel knelpunt** aanlopen. In koopsituaties geven zij aan **onvoldoende financiële draagkracht te hebben** om de gevraagde kosten voor de realisatie van (ver)nieuwbouw **zelfstandig te kunnen financieren**. In huursituaties geven zij aan dat zij te maken krijgen met **relatief hoge huurprijzen** doordat de verhuurder van de nieuwbouwsituatie deze ‘hoge’ investeringen doorvertaalt in hoge huurprijzen.
- De financiële draagkracht van **huisartsen wordt bepaald door hun inkomsten**. Huisartsen hebben in beperkte mate de ruimte **om hun inkomsten te vergroten/optimaliseren**, doordat zij voor **het grootste gedeelte van hun inkomsten** vanuit segment 1 (S1) gebonden zijn aan **maximale NZa-tarieven** en er **daarmee voor dit deel van hun inkomsten een plafond zit aan hun inkomsten per patiënt en verrichting¹**.
- Hierbij geeft een deel van de casussen aan dat in deze **specifieke (ver)nieuwbouw situaties, de huisvestingscomponent** die is verdisconteerd in de **integrale NZa-tarieven niet sluitend is met de huisvestingskosten**. Een verklaring voor deze ervaring, kan mogelijk worden gevonden in de observatie dat in de onderzochte casuïstiek naar voren komt dat huisartsen **steeds vaker uitkomen bij een relatief kostbare (ver)nieuwbouw situatie** en dit type casuïstiek **aan de bovenkant van de bandbreedte** van de huisvestingskosten zit. **Aanvullend onderzoek is nodig** om te kunnen vaststellen in welke mate er sprake is van **een onevenredig hoge huisvestingskosten** in deze specifieke (ver)nieuw bouwsituaties in vergelijking tot **de totale kosten en inkomsten**.
- De observatie dat (ver)nieuwbouwsituaties aan de bovenkant van de bandbreedte van huisvestingskosten zitten, komt tot uiting in **een vergelijking tussen de gemiddelde huurprijs per m² per jaar in (ver)nieuwbouw situaties vs. de gemiddelde huurprijs per m² per jaar die het Nivel in beeld heeft gebracht**. In casussen met (ver)nieuwbouwsituaties wordt gesproken over huurprijzen binnen een bandbreedte van **€200-250 m² VVO² per jaar**, exclusief servicekosten en gas/water/licht. De door casussen genoemde huurprijzen worden herkend door diverse, in het kader van dit onderzoek geïnterviewde perspectieven (onder andere financiers en vastgoedontwikkelaar). Wanneer we deze bandbreedte vergelijken met de gemiddelde huurkosten per m² zoals in beeld gebracht door het Nivel³ (**€218 m² met een standaard deviatie van +/- €8,9**), zien we dat de ervaren bandbreedte aan de bovenkant van de Nivel indicatie ligt. Daarbij is het goed om op te merken dat een aantal huisartsen op dit moment uit een **relatief goedkoop huurcontract komt (circa €150-€160 m² VVO per jaar**, exclusief servicekosten en gas/water/licht). Zij ervaren daarmee een significante stijging in huisvestingskosten bij de stap naar (ver)nieuwbouw en daarmee een grote ervaren financiële stap tussen de huidige en gewenste toekomstige situatie.

1) *Vraag en antwoord NZa kostprijsonderzoek huisartsenzorg 2025*; 2) *De bruto vloeroppervlakte (BVO) omvat het hele gebouw, inclusief muren en niet-verhuurbare ruimtes, terwijl de verhuurbare vloeroppervlakte (VVO) alleen de ruimtes omvat die aan huurders verhuurd kunnen worden. VVO is altijd kleiner dan of gelijk aan de BVO en is belangrijk bij het bepalen van huurprijzen, omdat het de oppervlakte vertegenwoordigt die de huurder daadwerkelijk kan gebruiken*; 3) *Het Nivel rapporteert over een gemiddelde maandhuur per m² van €18,23 (met standaard deviatie van +/-€8,9). Dit resulteert in gemiddelde jaarlijkse huurprijzen per m² variërend van €111 – €325 en gemiddeld €218 per m². Hierbij moet wel worden opgemerkt dat het voor de huurprijs per m² zoals in beeld gebracht door het Nivel onduidelijk is wat de exacte grondslag is van het aantal m²(VVO/BVO) en in hoeverre servicekosten en gas/water/licht wel of niet zijn meegenomen in de huurprijs die zij hebben ingevuld in praktijkenquête. Zie [Nivel \(2024\) Huisvestingsproblemen in de huisartsenpraktijk](#)*

Casussen die (ver)nieuwbouw wél realiseren, accepteren veelal een laag rendement en tonen daarmee een grotere risicobereidheid dan vastgoedbeleggers/investeerders

Reflectie financieel knelpunt van casuïstiek in (ver)nieuwbouw situaties

- Hierbij merken we op dat **enkele (ver)nieuwbouw casussen**, wel overgaan tot het aankopen van het vastgoed. In deze casussen is er vanuit een vastgoedperspectief beredeneerd sprake van **een (grote) risicobereidheid van de huisarts door het accepteren van een laag rendement** (dat in het geval van gezamenlijke huisvesting zoals een gezondheidscentrum moet worden opgebracht door de overige huurders). Benaderd vanuit **een investeringsperspectief**, komt de financiële casus in een nieuwbouwsituatie **uitgaande van een lager rendement** niet meer uit; in dat kader zien we de nieuwbouwmarkt voor dit type huiving (wat vaak gezondheidscentra betreft) stagneren. Casussen die nog wel doorgang vinden zijn veelal gestoeld op een huisarts die een lager rendement bereid is te nemen (zie onderstaand rekenvoorbeeld).
- Wanneer men een lager rendement accepteert toont men **een relatief grote risicobereidheid** omdat het (lagere) rendement mogelijk onvoldoende is om de lasten waaronder **rentekosten aan de bank** (welke zijn gestegen in de huidige vastgoedmarkt naar ca. 3-4%, o.a. gegeven stijgende rente zie ook p. 26) en **de benodigde onderhoudsreserveringen** te dekken.

Rekenvoorbeeld					
Type vastgoed: Nieuwbouw		Onderbouwing			
Stichtingskosten per m ² BVO ² – laag	€3.000,-	Indicatie van stichtingskosten gebaseerd op ontvangen informatie uit focusgroepen met casuïstiek, financiers en vastgoedontwikkelaar – range varieerde van € 3.000 tot €4.000,-. Het rekenvoorbeeld gaat uit van een kostenefficiënte bouw. De stichtingskosten betreffen het benodigde bedrag (in dit geval per m ² BVO ²) om de (ver)nieuwbouw te realiseren.			
Stichtingskosten per m ² BVO ² – hoog	€3.300,-				
BVO ² / VVO ² factor	89%	Tussen de 85% - 89% o.b.v. expert opinion - in geval van transformatieobjecten (bv. oude schoolgebouwen) kunnen deze verhoudingen fors afwijken. De factor betreft de vertaalslag van bruto vloeroppervlak naar verhuurbaar vloeroppervlak. Bij een factor van 89% wordt rekening gehouden met een efficiënte gebouwrichting, resulterend in de relatief hoge BVO/VVO factor.			
Bruto Aanvangsrendement (BAR) voor casuïstiek en voor beleggers	4,5%	Informatie is afkomstig uit analyse van informante uit casuïstiek, indicatie tussen 4% en 5% - bij aanvang is de vastgoed business case operationeel niet dekkend.			
	7,0%	Informatie o.b.v. focusgroepen met vastgoedbelegger en –ontwikkelaar.			
Casus gezondheidscentrum					
Uitgaande van een fictief voorbeeld van een gezondheidscentrum van 1.500m ² bruto vloeroppervlak, vertaalt zich dat volgens de uitgangspunten hierboven in 1.335m ² verhuurbaar vloeroppervlak. Dit vertaalt zich dan, gegeven de rendementen die dan wel de huisarts, dan wel de vastgoedbelegger of –ontwikkelaar hanteert, naar de volgende stichtingskosten en gehanteerde huren binnen de bandbreedte van lage of hoge stichtingskosten per m²BVO :					
Stichtingskosten gezondheidscentrum - laag	€4.500.000,-	Huur in geval van aanschaf en investering voor huisarts - laag	€152,- per m ² (excl.)	Huur in geval aanschaf door belegger - laag	€236,- per m ² (excl.)
Stichtingskosten gezondheidscentrum - hoog	€4.950.000,-	Huur in geval van aanschaf en investering voor huisarts - hoog	€167,- per m ² (excl.)	Huur in geval van aanschaf door belegger - hoog	€260,- per m ² (excl.)

1) Vraag en antwoord NZa kostprijsonderzoek huisartsenzorg 2025; 2) De bruto vloeroppervlakte (BVO) omvat het hele gebouw, inclusief muren en niet-verhuurbare ruimtes, terwijl de verhuurbare vloeroppervlakte (VVO) alleen de ruimtes omvat die aan huurders verhuurd kunnen worden. VVO is altijd kleiner dan de BVO en is belangrijk bij het bepalen van huurprijzen, omdat het de oppervlakte vertegenwoordigt die de huurder daadwerkelijk kan gebruiken

Realisatie van (ver)nieuwbouw is kostbaar en kent een ‘onrendabele top’, gedreven door vier kostendrijvers van (ver)nieuwbouw voor huisartsen en gezondheidscentra

Definitie onrendabele top

- Verschillende perspectieven (casushouders, financiers en vastgoedontwikkelaar) geven, in het kader van dit onderzoek, aan dat **de balans tussen stichtingskosten en marktwaarde onder druk staat**. In verschillende vastgoedprojecten ontstaat volgens geïnterviewden een zogeheten ‘onrendabele top’ welke kan oplopen tot 5-20%. Daarmee doelen geïnterviewden op het feit dat de **marktwaarde van het te realiseren vastgoed lager ligt dan de benodigde investeringen om het vastgoed te realiseren**.
- De onrendabele top (gedefinieerd als de stichtingskosten minus getaxeerde marktwaarde) kan **niet via hypotheek gefinancierd worden**: banken mogen maximaal de getaxeerde marktwaarde financieren. Dit betekent dat de eigenaar, naast de reguliere inbreng van eigen middelen, additioneel deze onrendabele top moet financieren (uit eigen middelen). Gezien **niet elke casushouder de financiële draagkracht heeft om de onrendabele top te financieren** met eigen middelen ofwel **bereid is dit financiële risico te nemen ofwel dit niet op andere wijze gefinancierd krijgt** (de huisvestingscomponent die is verdisconteerd in de integrale NZa-tarieven wordt als niet sluitend ervaren met de huisvestingskosten in specifieke (ver)nieuwbouwsituaties en in het geval van gezamenlijke huisvesting met andere zorgdisciplines is er verschil in kapitaalcrachtigheid wat leidt tot complexiteit – zie p. 20 voor een toelichting hierop), ontstaat bij **een groot deel van de onderzochte 10 casussen een ‘financieel knelpunt’**.
- Zoals inzichtelijk wordt gemaakt in het rekenvoorbeeld op de vorige pagina, **zijn er casussen die (ver)nieuwbouw weten te realiseren**. In deze casussen is vaak sprake van een forse eigen inbreng en speelt een lager rendement. Vanuit het perspectief van de vastgoedbelegger wordt benoemd dat **een stijging van de huren voor nieuwbouw** richting de bovenkant van de eerder benoemde bandbreedte (€200-250 m² VVO per jaar, exclusief servicekosten en gas/water/licht) noodzakelijk is om een financieel gezonde vastgoedcasus te realiseren. **Dit benoemde huurniveau ligt aan de bovenkant dan wel boven de Nivel bandbreedte**.

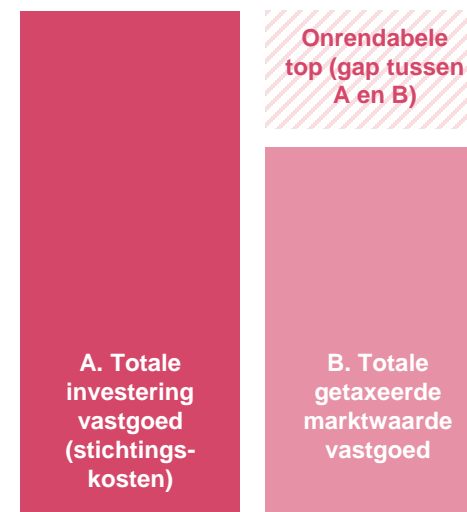


Fig. 1 – Schematische weergave onrendabele top

Onderliggende drijvers onrendabele top

- Op basis van gesprekken met casushouders en ook andere betrokkenen om casuïstiek heen, komt naar voren dat er **mogelijk een aantal drijvers zijn die de onrendabele top verklaren**. Concreet gaat het om de volgende vier drijvers, welke op de volgende pagina nader worden toegelicht: **1. Stijgende bouwkosten, 2. Additionele bouwkosten, 3. Hoge grondprijzen en 4. Stijgende rente**.
- De elementen **stijgende bouwkosten en rente betreffen generieke trends** en zetten de rendabelheid van vastgoedontwikkeling in meer generieke zin onder druk. Het kunnen doorvertalen van de kostenbasis (zowel bouwkosten als rente) in een (hogere) huurprijs betreft in de huidige markt geen ‘zekerheid’.
- Specifiek voor **de (ver)nieuwbouwcasussen waar gezamenlijke huisvesting wordt gerealiseerd** spelen vervolgens nog twee drijvers, te weten de **additionele bouwkosten samenhangend met specifieke eisen voor de huisvesting en de in verschillende casussen commerciële bestemming van de grond**. Beide elementen vertalen zich, zo geven verschillende perspectieven aan, niet (volledig) terug in de marktwaarde van het vastgoed.

Casuïstiek laat zien dat er mogelijk vier drijvers van de onrendabele top zijn – verder onderzoek is nodig om deze te kwantificeren

Aanvullend onderzoek is nodig om de bandbreedte van de meerkosten van de onrendabele top en daarmee de onderliggende drijvers te kwantificeren in euro's

1

Stijgende bouwkosten (o.a. materialen, grondstoffen, energie en personeel)

- De bouwsector kampt sinds een aantal jaren met stijgende dan wel sterk fluctuerende kosten voor materialen, grondstoffen, energie en personeel. Bijvoorbeeld materialen en grondstoffen zoals hout en metaal en ook energie zijn mede door de oorlog in Oekraïne sinds 2022 sterk gestegen¹.
- Ook op het vlak van personeelskosten is sinds een aantal jaren een sterke stijging waarneembaar die met name wordt veroorzaakt door het groeiend tekort aan personeel in de bouwsector – de instroom aan nieuw arbeidsmarktpotentieel is structureel te laag, waardoor het niet aannemelijk is dat hier op korte termijn verandering in komt.
- De relatief hoge bouwkosten vertalen zich door in relatief hoge kosten voor (ver)nieuwbouw, en vormen daarmee in de huidige markt een drijver voor de onrendabele top.

2

Additionele bouwkosten uit aanvullende eisen/wensen huisartsenpraktijk/GZC

- Uit gesprekken blijkt dat de onrendabele top mogelijk ook wordt veroorzaakt door meerkosten die gepaard gaan met specifieke eisen om de gewenste zorg in de huisartsenpraktijk of het gezondheidscentrum te kunnen verlenen, o.a. rondom privacy, geluidsisolatie en hygiëne in wacht- en behandelruimtes en (trap)lift.
- Los van wettelijke voorschriften zoals het Bouwbesluit en de Arbowet, zijn er geen specifieke of gestandaardiseerde eisen vastgesteld voor huisartsenpraktijken en gezondheidscentra. Gesprekken tonen dat in veel gevallen de LHV Bouwnorm als vertrekpunt wordt gehanteerd, aangevuld met specifieke eisen/wensen die vaak samenhangen met de wijze of visie van praktijkvoering die een huisarts of gezondheidscentrum voor ogen heeft. Deze eisen – die zoals toegelicht objectivering verdienen – vertalen zich door in additionele bouwkosten.

3

Relatief hoge grondkosten door brede bestemming van gewenste (nieuwbouw) locaties

- Grondkosten vormen een groot onderdeel van de totale vastgoedkosten. De hoogte hiervan wordt m.n. beïnvloed door locatie (stedelijk vs. niet-stedelijk gebied) en bestemming van de grond (brede vs. smalle bestemming).
- Zoals toegelicht in [de Handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra \(2023\)](#), zijn huisartsen en gezondheidscentra bij koop in m.n. stedelijke gebieden gebaat bij smalle bestemmingen (maatschappelijk of maatschappelijk - zorg) omdat (vaak commerciële) partijen met meer financiële draagkracht, zijn uitgesloten wat zich uit in lagere grondkosten.
- In verschillende casussen heeft de gewenste (nieuwbouw) locatie een (brede) commerciële bestemming met een relatief hogere grondprijs, wat een drijver vormt van de onrendabele top².

4

Stijgende rente leidend tot minder leencapaciteit voor huisartsen en gezondheidscentra

- Sinds 2022 is er sprake van een stijging in de rentetarieven, wat leidt tot hogere hypotheeklasten. Deze stijging, i.c.m. met hoge prijzen voor vastgoed, grond en materiaal, zet de financiële haalbaarheid van (nieuwbouw) koopsituaties onder druk. Meer inleg van eigen vermogen kan dan een oplossing zijn.
- Gesprekken met startende huisartsen maken duidelijk dat het verhogen van de inleg van eigen vermogen voor hen in veel gevallen niet haalbaar is, vooral omdat zij gezien hun relatief recente start als huisarts vaak nog weinig eigen vermogen hebben opgebouwd. Wanneer een huisarts (daarnaast) een nulpraktijk wil starten, vormt dit een (extra) uitdaging, gezien hierdoor geen zekerheid is op een stabiele inkomstenbasis vanaf de start. Het patiëntenbestand moet nog worden opgebouwd.

¹) <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/de-nederlandse-economie/2023/de-nederlandse-bouwnijverheid-in-onzekere-tijden-2019-2023/4-belemmeringen>; ²) Deze observatie wordt versterkt door het feit dat gemeenten een keuze hebben bij het vaststellen van de maatschappelijke bestemming tussen vastgoed met en zonder winstoogmerk. Gesprekken met casushouders maken duidelijk dat de huisarts in dit licht vaak wordt aangemerkt als partij met winstoogmerk, wat mogelijk deze drijver van de onrendabele top verder versterkt.

Banken herkennen het knelpunt van de ‘onrendabele top’ en zien dat met name voor jonge huisartsen de financiering van (ver)nieuwbouw lastig is

Reflectie perspectief van banken op de beweging naar (ver)nieuwbouw, het knelpunt van de onrendabele top en financiering van huisvesting¹

- Gesprekken met banken benadrukken dat zij de beweging naar gezamenlijke huisvesting in de vorm van (ver)nieuwbouwsituaties herkennen. Hierbij zien zij in de regel dat wanneer het gaat om **800-1.000 m²**, huisartsen de aanschaf van de nieuwbouwsituaties in gevallen **nog zelf kunnen/wensen te realiseren**, mede wanneer zij zelf het **grootste gedeelte van de ruimte gaan benutten**. Hierbij verhuren zij vervolgens veelal het overige gedeelte van het pand aan andere zorgdisciplines.
- Banken geven aan dat – gegeven de bestemming zorgvastgoed – zij in specifieke gevallen ‘meer risico’ kunnen nemen dan bij regulier bedrijfstvastgoed waar in de regel **ca. 60-70% van de getaxeerde marktwaarde kan worden gefinancierd** (mogelijk zelfs richting de 100%). Zij herkennen het knelpunt van de onrendabele top inclusief de vier drijvers en daarmee de observatie dat **de totale kosten die gepaard gaan met de realisatie van (ver)nieuwbouw, zich niet altijd volledig doorvertalen in de getaxeerde marktwaarde van het vastgoed en daardoor resulteren in een onrendabele top**. De bandbreedte van deze onrendabele top kan uiteenlopen van **5-20%**. Het deel van de kosten dat boven de getaxeerde marktwaarde valt moet **ofwel gefinancierd worden vanuit eigen middelen** ofwel via een **aanvullende lening bij derden of bij de bank**. De bank kan voor dit deel van de kosten in de regel wel een (lineaire) lening verstrekken tegen hetzelfde rentepercentage als de hypotheek voor de looptijd van ca. 10 jaar.
- In situaties waarin het (veelal ondanks de onrendabele top) wél mogelijk is het beoogde vastgoed te financieren, geeft de bank aan dat er vaak sprake is van een combinatie van **inleg van eigen vermogen, een business case rond praktijkgroei en eventueel verhuur aan andere zorgdisciplines waarmee in potentie inkomsten kunnen worden vergroot**. De bank geeft hierbij aan dat huisartsen die **veelal langer een praktijk runnen** en daarmee **eigen vermogen hebben kunnen opbouwen** én beschikken over een patiëntenbestand met groeipotentieel en evt. mogelijkheid om verhuuropbrengsten te genereren, erin **kunnen slagen het vastgoed zelfstandig aan te kopen**. Zoals toegelicht in het rekenvoorbeeld op pagina 23, accepteren zij **hierbij veelal een lager rendement** in vergelijking tot beleggers en investeerders in zorgvastgoed.
- Deze observatie sluit aan bij de inzichten uit casuïstiek waarin we met name zien dat de jonge (max. 5 jaar geleden gestart) huisartsen in de regel nog **relatief weinig eigen vermogen hebben opgebouwd** en/of het gevraagde risico dat met aanschaf van **het pand gepaard gaat als té groot ervaren**. Hierbij zien we ook dat **de privé-situatie meespeelt**: zo is er een casus waarbij de huisarts de overwaarde van de privé-huisvesting heeft ingebracht. Dit was naast de business case waarin wordt toegewerkt naar praktijkgroei van +2.000 patiënten, verhuur aan andere zorgdisciplines en regulier onderpand van het vastgoed nodig om de huisvesting te kunnen financieren. Voor **jonge huisartsen is inbreng van privé vermogen veelal niet of slechts beperkt mogelijk** (los van de wenselijkheid, waarbij banken aangeven in de regel te adviseren om het vastgoed vanuit een zakelijke business case en vermogen te bekostigen en de privé situatie hier niet in mee te nemen), bijvoorbeeld omdat zij recent privé vastgoed hebben aangekocht met hypotheek waarbij (nog) geen sprake is van overwaarde.

¹) Opgehaald in verdiepende focusgroepen met contactpersonen bij twee banken die op dagelijkse basis werken met vraagstukken rondom zorgvastgoed en huisvesting van huisartsen, waarin rode draden uit verkennende focusgroepen met casushouders getoetst zijn.

Beperkte kennis van vastgoed en een financieel gat tussen huidige en nieuwe huisvestingskosten, beïnvloeden en/of versterken ervaren problematiek

Reflectie op factoren die van invloed zijn op de huisvestingsreis

1

Huisartsen hebben in de regel **beperkte kennis en kunde** van vastgoed inclusief hun huidige huisvestingssituatie

- Huisartsen zijn in de basis zorgverleners, en beschikken logischerwijs niet over (diepgaande) kennis en kunde van vastgoed. Gezien **de complexiteit rond vastgoed toeneemt door de beweging naar gezamenlijke huisvesting met andere zorgdisciplines in gezondheidscentra**, is de huisarts **steeds meer gebaat bij extern advies**. Hierbij blijkt het een uitdaging om goed advies in te winnen, door **diversiteit aan bronnen en adviseurs**. Banken herkennen dit knelpunt en geven aan dat huisartsen **vaak relatief laat bij de bank aankloppen** en vaak ook met **(kwalitatief) wisselende uitgewerkte plannen en adviezen** over de te realiseren situatie aankomen.
- Daarnaast valt in de casuïstiek op dat huisartsen **niet altijd voldoende op de hoogte zijn van hun huidige huisvestingssituatie, waardoor zij niet altijd op de hoogte zijn van het vastgoed dat zij bijvoorbeeld hebben overgenomen wanneer zij zich bijv. hebben ingekocht in een maatschap**: zo ontbreekt in koopsituaties met regelmaat een (gedegen) meerjarenonderhoudsplan wat leidt tot achterstallig onderhoud en is men bij huursituaties niet altijd op de hoogte van contractuele afspraken rondom o.a. indexaties, of hoe deze zich bijvoorbeeld verhouden tot marktontwikkelingen. Uit meerdere casussen bleek dat er **beperkt inzicht was in de exacte kosten van hun huidige huisvesting** en hoe deze zich verhielden tot totale kosten en de boekhouding van de praktijk. Dit **bemoeilijkt hun zoektocht naar een gewenste huisvestingssituatie**, gezien dit hun financiële uitgangspunt in de regel vaak verslechtert en maakt ook dat zij hierdoor financiële knelpunten kunnen ervaren.

2

Kosten voor huidige huisvesting van huisartsen zijn vaak constant of relatief laag, waardoor **nieuwe situatie leidt tot forse toename in kosten**

- Binnen de onderzochte casuïstiek bevindt zich een relatief groot aantal huisartsen **die tussen de 4 en 10 jaar geleden een huisartsenpraktijk hebben overgenomen inclusief de koop van vastgoed (koopsituatie)**, dan wel op relatief **oude huurcontracten** zitten (huursituatie). De grootste knelpunten ontstaan vooral door de hoge investeringen en leningen die nodig zijn voor de aankoop van (ver)nieuwbouwlocaties, of door de stijgende huurkosten van nieuwe nieuwbouwlocaties (waarbij de benodigde investering en/of leningen door de verhuurder zich vertalen in de relatief hoge huurprijs). Dit leidt voor hen tot **een significante toename in hun huisvestingskosten vergeleken met de huidige lasten**. Banken herkennen dit knelpunt ook en geven aan dat voor een groot deel van de huisartsen die bij hen aanklopt geldt dat de nieuwe huisvestingssituatie tot een sprong in huisvestingskosten leidt.
- Doordat deze huisartsen vertrekken vanuit **stabiele en relatief lage huisvestingslasten**, betekent realisatie van de gewenste huisvestingssituatie voor hen vaak **een significante toename in huisvestingskosten** veroorzaakt door de tegenwoordige marktprijzen en versterkt door de onrendabele top.

Ook speelt mee dat voor realisatie van gezamenlijke huisvesting veel m² wordt gevraagd, wat samen met locatiegebondenheid, de trend naar (ver)nieuwbouw voedt

Reflectie op factoren die van invloed zijn op de huisvestingsreis

3

Huisartsen wensen in de regel een **relatief groot aantal m²**, wat moeilijk vindbaar is en de vraag is of het specifieke aantal gewenste m² ook altijd noodzaak is

- Gelet op de toenemende wens om naast uitbreiding van m² ook samenwerking met andere zorgdisciplines te versterken, zijn huisartsen op zoek naar **een groot aantal m²**: in de onderzochte casuïstiek die toebeweegt naar (ver)nieuwbouw zien we een bandbreedte van **600-1.200 m²**. Gezien specifieke of gestandaardiseerde eisen zijn vastgesteld voor huisartsenpraktijken en gezondheidscentra niet aanwezig zijn en huisartsen daardoor gebruik maken van een **diversiteit aan eisen/wensen om het aantal benodigde m² concreet te maken, kan zoals reeds toegelicht niet worden vastgesteld of het daadwerkelijk aantal gewenste m² een noodzaak is om richtlijnen in het kader van de Arbowet te waarborgen en te voorzien in kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg**. Het aanbod van **bestaande huur- en kooplocaties met +600 m² oppervlak** is over het algemeen zeer beperkt, wat **de vraag naar nieuwbouwlocaties doet toenemen**.
- Banken herkennen **de trend naar nieuwbouw** en geven aan dat **de beweging naar gezondheidscentra met veel m² mede** maakt dat de vraag naar (kostbare) nieuwbouw versterkt. Zij geven hierbij aan een kans te zien in het verkennen van mogelijkheden om binnen **bestaande bouw** de huisvestingswens te realiseren. Gemeenten, RHO's en zorgverzekeraars geven aan dat zij in casuïstiek terugzien dat de beweging naar gezamenlijke huisvesting met veel m² maakt dat **mogelijkheden binnen bestaande bouw en huidige huisvestingssituaties niet altijd volledig worden onderzocht** en geven aan kansen te zien om te ondersteunen in het verkennen van alternatieve mogelijkheden binnen bestaande situaties.

4

Huisarts/GZC is **locatiegebonden** waardoor koop en huur mogelijkheden met voldoende m² beperkt zijn

- Huisartsen die al in een praktijk zijn gevestigd of een bestaande praktijk willen overnemen, zijn gebonden aan een bepaalde wijk/postcodegebied in hun zoektocht naar **een nieuwe locatie om hun huisvestingswens te realiseren**.
- Bij het zoeken naar passende huisvesting leidt dit tot **een beperkt zoekgebied**, waardoor **het aanbod aan huur- of koopmogelijkheden beperkt is**: gezien huisartsen en gezondheidscentra in veel gevallen op zoek zijn naar **een relatief fors aantal m²** en deze panden in algemene zin al beperkt voorhanden zijn, leidt dit tot **een extra beperking** om de huisvestingswens te realiseren.

Het feit dat huisartsen steeds vaker gezamenlijk huisvesting realiseren maakt realisatie complex – ook leiden veelal brede bestemmingen tot commerciële grondtarieven

Reflectie op factoren die van invloed zijn op de huisvestingsreis

5

Huisarts opereert in de regel steeds **minder solo** wat naast meer m², zorgvuldig stakeholderproces vereist

- Zoals naar voren komt in de uitgangssituatie en huisvestingswens van huisartsen, gaat de wens tot uitbreiding van het aantal m² vaak samen met **de wens om samenwerking met andere zorgdisciplines te versterken door gezamenlijke huisvesting**. Door deze beweging moet in het proces om tot een passende huisvestingssituatie te komen, tijd en aandacht worden besteed **aan het ophalen en samenbrengen van behoeften van andere zorgdisciplines** en het verstaan van **ieders financiële situatie en mogelijkheden**. Zoals in casuïstiek naar voren gekomen en ook benadrukt door banken, kan het wanneer er verschil is in leeftijd, inkomen en ruimtegebruik complex zijn om deze overeenstemming te bereiken waardoor huisartsen en andere zorgverleners niet altijd consensus bereiken over de financiering van het beoogde vastgoed of ver(nieuw)bouwing. Gezien huisartsen in veel gevallen de meeste m² betrekken binnen de (toekomstige) huisvestingslocatie en met regelmaat ook de locatie kopen en verhuren aan andere zorgdisciplines, heeft **dit zoals naar voren gekomen in de casussen ook invloed op de stakeholderdynamiek**.
- Casuïstiek maakt duidelijk dat er **voldoende tijd en aandacht uit moet gaan naar dit proces** om met elkaar tot de gewenste huisvestingssituatie te komen. **Goed advies en bemiddeling** kan hierin ondersteunend werken geven banken aan.

6

Huisarts wordt gezien als **commerciële partij**, waardoor geen maatschappelijke standaarden gelden

- Op het moment dat huisartsen zich vestigen als **zelfstandige ondernemers**, worden ze aangemerkt als **commerciële partij**. Dit leidt ertoe dat bij **de aanschaf** van bijvoorbeeld grond voor nieuwbouw of het aankopen van een pand, **commerciële grondtarieven** worden gehanteerd. Met name wanneer er ook geen maatschappelijke bestemming rust op de grond/het vastgoed, vormt dit een belemmering. Ook in de zoektocht naar **huurlocaties**, worden zij hierdoor vaak geconfronteerd met **commerciële tarieven**.
- Uit de casuïstiek blijkt dat op de meeste bestemmingen **een (brede) commerciële bestemming rust** en de ervaring met de mate waarin gemeenten mogelijkheid bieden om smallere bestemmingen vast te stellen dan wel te wijzigen wisselend is. Gemeenten herkennen de onderlinge diversiteit hierin en geven aan dit **mede afhangt van de mate waarin omgevingsjuristen een dergelijke vaststelling /wijziging goed kunnen motiveren**.

Tenslotte is diversiteit waarneembaar in betrokkenheid van relevante partijen rondom dit dossier en vraagt het realiseren van de huisvestingswens om een investering

Reflectie op factoren die van invloed zijn op de huisvestingsreis

7

Er is **diversiteit waarneembaar** in de wijze waarop gemeente, zorgverzekeraar en RHO **een rol vervullen en het momentum waarop zij worden betrokken** in de huisvestingsreis, wat zoektocht kan bemoeilijken

- In casuïstiek komt naar voren dat in veel gevallen gemeente, zorgverzekeraar en RHO worden betrokken in de realisatie van de huisvestingswens van huisartsen en gezondheidscentra. **Het moment waarop RHO's, gemeenten, zorgverzekeraars en banken betrokken raken en de wijze waarop zij een rol vervullen is divers.** In het merendeel van de casussen zien we dat de huisarts zelf de kar trekt in het formuleren en realiseren van de huisvestingswens en (een deel van) deze partijen in het proces betreft **op het moment dat er (financiële) knelpunten ontstaan om de gewenste huisvesting te realiseren.** Niet altijd bestaat er verbinding met de RHO, wat mede maakt dat het contact met gemeenten en zorgverzekeraars beperkt kan zijn gezien de schakelfunctie die de RHO hierin kan vervullen. In andere casussen speelt de RHO wel een grote rol in het zoeken van verbinding tussen huisarts, gemeenten, zorgverzekeraar en bank en is er bijvoorbeeld door de RHO een samenwerking met een makelaar gelegd die ondersteund in de zoektocht naar mogelijkheden binnen bestaande bouw.
- In [de Handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra \(2023\)](#) staan de **ondersteunende rollen** van deze partijen beschreven, in de casuïstiek wordt in sommige gevallen door huisartsen echter (ook) **de mogelijkheid tot financiële steun vanuit deze partijen verkend** (los van of dit redelijk en wenselijk is – zie ook toelichting hierop op pagina 34).

8

Realiseren van huisvestingswens vraagt om **investering**: zowel in termen van tijd als financieel

- Het vinden van passende huisvesting vraagt om **een tijdsinvestering** van huisartsen en gezondheidscentra om van huisvestingswens tot realisatie van de huisvestingswens te komen: hiertoe moet o.a. een ondernemersplan worden opgesteld, concreet gemaakt worden wat de eisen zijn die moeten worden gesteld aan de huisvesting en een diversiteit aan stakeholders worden betrokken zoals andere zorgdisciplines, gemeente, RHO en zorgverzekeraar. Gezien de werkdruk van huisartsen en gezondheidscentra en hun primaire focus op het verlenen van zorg, komt in de casuïstiek naar voren dat **het een uitdaging is voor hen om dit proces te doorlopen naast reguliere zorgtaken/activiteiten.** Dit zorgt in veel casuïstiek **voor langdurige processen** die zoektocht vertragen.
- Naast een tijdsinvestering, vraagt dit proces ook om **een financiële investering** om bijvoorbeeld plannen te concretiseren (een haalbaarheidsonderzoek, bouwtekeningen etc.) en een bouwadviseur in te schakelen. Deze investeringen moeten vaak al worden gemaakt voordat de gewenste huisvestings situatie is gerealiseerd, waardoor voor sommige casussen geldt dat er al relatief veel geld is geïnvesteerd zonder resultaat. Banken zien dit ook terug in de praktijk en zien dat huisartsen in de regel al **veel tijd en geld hebben geïnvesteerd** in het beoogde vastgoed op dit vlak, terwijl de daadwerkelijke koop dan nog niet altijd gerealiseerd kan worden.

Huisartsen en gezondheidscentra verkennen met en zonder succes drie oplossingsrichtingen om de gewenste (ver)nieuwbouw te realiseren

Oplossingsrichtingen die huisartsen uit casuïstiek verkennen om de onrendabele top te ondervangen

- Wanneer geconfronteerd met de onrendabele top in (ver)nieuwbouwsituaties, maken gesprekken met casushouders duidelijk dat er **drie verschillende oplossingsrichtingen worden verkend** om de onrendabele top te kunnen ondervangen. Concreet zien wij dat huisartsen en gezondheidscentra (met en zonder succes) de volgende oplossingsrichtingen verkennen: **1) Het verhogen van de inleg van eigen middelen; 2) Het inschakelen van (commerciële) partij om (ver)nieuwbouw te realiseren** – NB: huisarts/ GZC wordt dan huurder of **3) Verzoek aan andere partijen (zorgverzekeraar, gemeente en/of RHO) om financiële bijdrage**. In onderstaande tabel is beknopt weergegeven **in welke situaties** deze oplossingsrichting **succesvol is** geweest en in welke situaties deze oplossingsrichting **niet succesvol** is geweest.

	Situaties waarin oplossingsrichting mogelijk is (geweest) en gewenste huisvestingssituatie is gerealiseerd	Situaties waarin oplossingsrichting niet mogelijk is (geweest) en gewenste huisvestingssituatie <i>niet</i> is gerealiseerd
1. Het verhogen van de inleg van eigen middelen	<ul style="list-style-type: none"> Huisarts met bestaande praktijk met stabiel patiëntenbestand en daarmee stabiel inkomen. Huisarts die al +15 jaar actief is en daarmee vermogen heeft kunnen opbouwen en bereid is tegen een lager rendement te investeren. 	<ul style="list-style-type: none"> Huisarts met nulpraktijk en daarmee nog geen stabiel patiëntenbestand en daarmee geen stabiel inkomen. Recent gestarte huisartsen (max. 5 jaar) die relatief weinig eigen vermogen hebben kunnen opbouwen. Huisartsen/gezondheidscentra die met andere zorgdisciplines vastgoed willen aanschaffen en vanwege complexe stakeholder-dynamiek, door o.a. verschil in kapitaalcrachtigheid, vastlopen.
2. Het inschakelen van (commerciële) partij om nieuwbouw te realiseren – NB: huisarts/ GZC wordt dan huurder of (gedeeltelijk) koper	<ul style="list-style-type: none"> Huisartsen hebben voor nieuwbouwlocatie een ontwikkelaar of investeerder (bijv. apotheker) bereid gevonden (een deel van) de aanschaf en daarmee financiering op zich te nemen – huisartsen worden huurder voor min. 10 jaar, waarbij het nemen van de onrendabele top doorwerkt in een relatief hoge huurprijs. 	<ul style="list-style-type: none"> N.v.t.
3. Verzoek aan andere partijen (zorgverzekeraar, gemeente en/of RHO) om financiële bijdrage	<ul style="list-style-type: none"> Uitzondering: in een zeer specifieke situatie heeft huisarts met nulpraktijk financiële steun van zorgverzekeraar en RHO toegezegd gekregen (zie ook toelichting op rol zorgverzekeraar en RHO op pagina 34). 	<ul style="list-style-type: none"> Meerdere huisartsen hebben contact gezocht met zorgverzekeraar, gemeente en RHO om mogelijkheden tot financiële steun te verkennen, waarbij deze partijen in lijn met de handreiking hebben aangegeven hier geen rol in te vervullen (zie ook toelichting op rollen op pagina 34).

Banken herkennen situaties waarin het verhogen van eigen inleg wel/niet mogelijk is – de instap van commerciële beleggers is zichtbaar in panden met meer m²

Reflectie banken op wel/niet slagen van oplossingsrichtingen ‘verhogen inleg van eigen middelen’ (1) en ‘het inschakelen van een (commerciële) partij’ (2)¹

- Zoals toegelicht op pagina 27, herkennen banken de constatering dat inleg van (substantiële) eigen middelen in de regel vaak enkel mogelijk is voor **huisartsen die al langdurig een praktijk runnen** en daardoor niet alleen beschikken over een **stabiel patiëntenbestand** en daarmee **stabiel inkomen**, maar ook **vermogen hebben kunnen opbouwen** en een **lager rendement op het vastgoed accepteren**. Voor **jonge huisartsen en huisartsen met een nulpraktijk** is inbreng van **eigen vermogen vaak niet of slechts beperkt mogelijk** en/of wordt de aanschaf van het pand in een aantal situaties als **een te groot financieel risico** ervaren.
- Banken herkennen ook dat **situaties waarin men gezamenlijk vastgoed wil aanschaffen**, het complexer maken om de financiering van het beoogde vastgoed te realiseren. In veel situaties geldt dat het initieel de wens is de aanschaf van het beoogde vastgoed door **meerdere huisartsen gezamenlijk op te brengen**, omdat **huisartsen** gezamenlijk praktijkhouders zijn of wensen te zijn. Dit komt terug in de casuïstiek en sluit aan bij de landelijke trend waarbij een afname zichtbaar is in het aantal solo-praktijken en het aandeel meervoudige praktijken toeneemt². Banken benadrukken hierbij dat er **drie aspecten** meespelen die invloed hebben op de mate waarin **meerdere kopers er gezamenlijk in slagen om het vastgoed te kunnen financieren**: dit betreft 1) de **leeftijd** van de zorgverleners, 2) het **inkomen** van de zorgverleners en 3) het **ruimtegebruik** dat de zorgverleners innemen binnen het beoogde vastgoed. Op het moment dat **men relatief jong is of er diversiteit is in leeftijd, inkomen en/of ruimtegebruik**, heeft dit invloed **op de financiële draagkracht en risicobereidheid van zorgverleners**. Bovenstaand beeld sluit aan op inzichten uit casuïstiek. Zoals benadrukt in twee casussen op pagina 19, speelt in één casus de jonge leeftijd van de huisartsen een rol omdat de benodigde investering voor **ver(nieuw)bouw financieel te zwaar op hen drukt** mede door de **reeds lopende afbetaling van de hypotheek** die zij relatief kort geleden zijn aangegaan. Voor een andere casus waarbij **een stichting eigenaar is van een gezondheidscentrum en zorgdisciplines (waaronder huisartsen) gedeeltes van het pand huren van de stichting**, speelt dat ver(nieuw)bouwen vraagt om een gedeeltelijke financiële bijdrage van de huurders. Gezien zorgdisciplines elk ander ruimtegebruik hebben en er diversiteit is in termen van **financiële draagkracht en bereidheid tot investeren**, is er tot op heden geen consensus over de financiering van de vernieuwbouw bereikt.
- Situaties waarin huisartsen voor de realisatie van **een (ver)nieuwbouwlocatie een ontwikkelaar of investeerder (bijv. apotheker) betrekken voor (een deel van) de aanschaf van het vastgoed**, herkennen banken ook vanuit de praktijk. Hierbij zien zij voorbeelden waarbij vastgoed **kadastraal wordt gesplitst** en iedere zorgverlener een deel koopt. Vaak betreft dit **enkel huisartsen en apothekers (zie ook punt hierboven)**, gezien zij veelal de meest kapitaalkrachtige zorgdisciplines binnen de eerste lijn zijn. Dit sluit aan bij de inzichten uit casuïstiek. Situaties waarin een vastgoedontwikkelaar de financiering en realisatie van het vastgoed op zich neemt ontstaan meestal in gezondheidscentra waar **meer dan 1200 m²** moet worden gerealiseerd. In deze situaties herkent de bank dat dit leidt **tot hoge(re) huurprijzen** gecombineerd met in de vastgoedpraktijk gebruikelijke **huurtermijnen (10-15 jaar) voor huisartsen**, gezien vanuit een beleggingsperspectief het enkel rendabel is om **onder deze condities het vastgoed te realiseren**.

1) 1) Opgehaald in verdiepende focusgroepen met contactpersonen bij twee banken die op dagelijkse basis werken met vraagstukken rondom zorgvastgoed en huisvesting van huisartsen, waarin rode draden uit verkennende focusgroepen met casushouders getoetst zijn; 2) Nivel (2023), *Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken*.

Zorgverzekeraars, gemeenten en RHO's hebben in de regel een ondersteunende rol, waarbij de rol in situaties waar continuïteit van zorg onder druk staat kan verbreden

Reflectie zorgverzekeraars, gemeenten en RHO's op hun rol¹

- Het perspectief van **zorgverzekeraars** op de huisvesting van huisartsen is gericht op **het waarborgen van continuïteit van zorg**. Wanneer deze continuïteit in gevaar komt, willen zorgverzekeraars verantwoordelijkheid nemen en kijken naar mogelijkheden om hier een rol in te vervullen. In regio's waar nieuwe huisartsen nog geen populatie bedienen en dus nog geen inkomen genereren via inschrijfgeld (**nulpraktijken**), herkennen zij dat een knelpunt kan ontstaan. In dergelijke gevallen, waar **een tekort aan huisartsen heerst of waar verzekerden zich niet kunnen inschrijven bij een huisarts**, geven zorgverzekeraars aan vanuit hun zorgplicht bereid te zijn om te kijken **naar mogelijke ondersteuning**. Het is voor verzekeraars van belang dat gemeenten en regionale huisartsenorganisaties (RHO's) ook betrokken zijn bij het zoeken van een (financiële) oplossing. Zorgverzekeraars geven aan dit perspectief in gedachten te houden wanneer hen wordt gevraagd om **financieel bij te dragen aan huisvestingsoplossingen**. Dit betekent dat zorgverzekeraars **geen "one size fits all"-benadering hanteren** en elke situatie apart beoordelen met oog voor de continuïteit van zorg en specifieke omstandigheden van de betreffende regio.
- **Gemeenten** maken in het afbakenen van hun rol onderscheid in een (mogelijke) rol op organisatorisch, ruimtelijk en financieel vlak. Op **organisatorisch vlak** zien zij een rol in het ondersteunen in de zoektocht naar **locaties om huisvesting te realiseren**. Zo wordt in sommige gemeenten **een vast aanspreekpunt** aangesteld, die verschillende sociale en fysieke beleidsterreinen **met elkaar verbindt**. Op **ruimtelijk vlak** zien gemeenten voor zichzelf een rol in het vaststellen of indien noodzakelijk het wijzigen van bestemmingsplannen in een smallere bestemming met maatschappelijke functie. Hierbij wisselt het per gemeente **hoe eenvoudig** bestemmingsplannen kunnen worden vastgesteld en geven gemeenten aan dat dit **mede afhangt van de mate waarin omgevingsjuristen een dergelijke vaststelling /wijziging goed kunnen motiveren**.
- Ten aanzien van een eventuele rol **op financieel vlak** merken gemeenten op hier in **de basis geen rol voor zichzelf te zien**. Enkel in **zeer uitzonderlijke situaties** waarin **een groot aantal patiënten zonder huisarts zit en huisvesting het knelpunt vormt**, wil – versterkt door politieke druk – financiële steun van gemeente aan de huisarts voorkomen.
- **RHO's** zien met name een rol rondom **het samenbrengen en adresseren van signalen rondom huisvestingsproblematiek van huisartsen** en het ondersteunen in het concretiseren en realiseren van oplossingsrichtingen. Hierbij hebben zij bij voorkeur **ook korte lijnen met gemeenten en de zorgverzekeraar** rondom dit vraagstuk. Voor sommige RHO's geldt dat zij **capaciteit hebben gerealiseerd (veelal in de vorm van een projectmedewerker)** om huisartsen nog intensiever te kunnen ondersteunen rondom dit vraagstuk, door bijvoorbeeld mee te denken en lezen op contracten en voorstellen vanuit de bank en te begeleiden in gesprekken hierover. Met name in gebieden waarin **een tekort aan huisartsen is en huisvestingsproblematiek een belemmering vormt voor praktijkovernames en continuïteit van zorg**, wordt dergelijke capaciteit gerealiseerd.
- Wat betreft een eventuele financiële rol rondom dit vraagstuk, geven RHO's aan dat hun ondersteuning zich in de basis richt op het adviseren en ondersteunen van huisartsen in het proces om de huisvestingsproblematiek te ondervangen en hier geen rol in te hebben.

¹) Opgehaald in verdiepende focusgroepen met contactpersonen bij zorgverzekeraars, gemeenten en RHO's, waarin rode draden uit gesprekken met huisartsen getoetst zijn

5

Beantwoording
onderzoeksvragen

In specifieke (ver)nieuwbouw situaties ervaart men een financieel knelpunt – tegelijkertijd spelen 8 andere factoren mee die dit knelpunt beïnvloeden/versterken

1

Wat is de aard van financiële knelpunten die huisartsen en gezondheidscentra ervaren in hun zoektocht naar een passende huisvestingssituatie?

Beantwoording onderzoeksvraag

- De aard van de financiële knelpunten die wordt ervaren in relatie tot **een (toekomstige) huisvestingswens** vindt plaats in **de specifieke context van financieel kostbare (ver)nieuwbouw situaties waar casussen op uitkomen om hun huisvestingswens te realiseren. In deze situaties ervaren zij onvoldoende financiële draagkracht** om de gevraagde koop- of huurkosten hiervan op te brengen.
- Hierbij speelt mee dat huisartsen in **algemene zin weinig ruimte hebben om hun inkomsten te vergroten**, doordat het merendeel van hun financiering afkomstig is uit S1 en zij daarmee grotendeels gebonden zijn aan **maximale NZa-tarieven** en er **daarmee voor een groot deel van hun inkomsten een plafond zit aan hun inkomsten per patiënt en verrichting**.
- Hierbij geeft **een deel** van de casussen in (ver)nieuwbouw situaties aan dat **zij ervaren dat de huisvestingscomponent die is verdisconteerd in de integrale NZa-tarieven niet sluitend is met de huisvestingskosten in specifieke (ver)nieuwbouwsituaties**, wat mogelijk wordt verklaard doordat dit type casuïstiek **aan de bovenkant van de bandbreedte** van de huisvestingskosten zit.
- **Het knelpunt wordt versterkt door de onrendabele top die van toepassing is op voornamelijk deze specifieke (ver)nieuwbouw situaties: de investeringen** die benodigd zijn voor de aanschaf van het beoogde vastgoed **zijn groter** dan de **potentiële opbrengsten** bij verkoop (marktwaarde vastgoed). Aan de kostenkant spelen een **een viertal drijvers van de onrendabele top, te weten:**

Stijgende bouwkosten

Additionele bouwkosten door specificaties

Hoge grondkosten door bestemming

Stijgende rente

- Naast de onrendabele top, observeren we **acht andere factoren** die van invloed zijn op ervaren financiële huisvestingsproblematiek en deze beïnvloeden danwel versterken, te weten:

Gebrek aan kennis en expertise

Hogere huisvestingskosten in nieuwe situatie

Groot aantal gewenste m²

Beperkt zoekgebied (want vaak locatiegebonden)

Minder 'solo' en meer gezamenlijke huisvesting

Huisarts wordt aangemerkt als commerciële partij

Diversiteit in betrokkenheid van gemeente/zorgverzekeraar/RHO

Realisatie van huisvestingswens vraagt investering (in tijd en euro's)

Het type praktijk en vastgoed hebben beperkt invloed op de aard van de financiële knelpunten, al zijn er enige nuances waarneembaar (bv. rond gezondheidscentra)

Onderzoeksvraag en antwoord mate van invloed

1a Onderzoeksvraag

Heeft het **type praktijk** (solopraktijk, meervoudige praktijk of gezondheidscentrum) invloed op de aard van de financiële knelpunten?

Mate van invloed

Laag

Matig

Hoog

1b Onderzoeksvraag

Heeft het **type vastgoed** invloed op de aard van de financiële knelpunten?

Mate van invloed

Laag

Matig

Hoog

Toelichting

Gezien het type praktijk veelal invloed heeft op het type vastgoed dat wordt gekozen, **hangen deze twee deelvragen met elkaar samen**. Uit de casuïstiek blijkt dat zowel **het type praktijk als het type vastgoed in enige mate bijdragen aan de aard van het financiële knelpunt van de onrendabele top**. Allereerst lijkt het knelpunt te ontstaan op het moment **dat huisartsen (naast het uitbreiden van m²) ook de stap willen maken om met andere zorgdisciplines te gaan huisvesten in een gezondheidscentrum**. Hierbij speelt mee dat de **beschikbaarheid van geschikt vastgoed om dit te doen (een pand groot genoeg om alle partijen op een efficiënte manier te huisvesten, op de juiste locatie) schaars is** (mogelijk schaarser dan een geschikt pand voor enkel de huisarts). Tegelijkertijd zien we ook casuïstiek waarin **een huisarts alleen of met enkele andere huisartsen op zoek is/zijn naar kleinere locaties (met minder m²)**, waarbij geschikt vastgoed binnen de locatiekaders ook een uitdaging kan zijn. In een aantal gevallen zien we dat dit **een trigger is om de stap naar gezamenlijke huisvesting met andere zorgdisciplines te zetten**. Los daarvan speelt mee dat huisartsen te maken hebben met **specifieke eisen waar het vastgoed aan moet voldoen** gezien de zorgfunctie die huisartsen moeten kunnen vervullen (bijv. eisen rondom ruimtes met voldoende privacy, trapliften), wat de opties kan beperken. Samenvattend is het gegeven de eerder genoemde ontwikkelingen ongeacht het type praktijk of vastgoed **uitdagend om passende huisvesting te vinden** in de huidige markt.

Wel is het type praktijkvorm en vastgoed van **invloed op mogelijke (financiële) problematiek die ervaren wordt bij het organiseren van geschikte huisvesting**. Zo zien we bij de meeste casussen een trend naar **meer clustering en concentratie van (eerstelijns-)zorg** in gezamenlijke huisvesting (m.n. gezondheidscentra). Op gebied van huisvesting blijkt uit gesprekken dat deze beweging zowel **voor- als nadelen** kan hebben bijvoorbeeld **vanuit het oogpunt van financiering**. Betrokkenen bij de realisatie van gezondheidscentra ervaren enerzijds **een financieel knelpunt**, omdat dit soort vastgoed **vaak schaars en duur is (en hier een onrendabele top ontstaat) en daarbij moet de financiering** hiervan vaak **met meerdere partijen georganiseerd worden wat complexiteit vergroot**. Ook is **het beheer en onderhoud** bij (grote) **gezondheidscentra complexer**. Anderzijds kan geprofiteerd worden van **schaalvoordelen, kostenefficiëntie** en het **'delen van de lasten'**. Ook is er steeds meer interesse vanuit commerciële partijen (waaronder investeerders) om te investeren in dit type vastgoed, waardoor het voor huisartsen en andere zorgdisciplines ook een alternatieve mogelijkheid is om **een andere partij het risico van de realisatie van het gewenste vastgoed te laten dragen**. Dit resulteert echter zoals beschreven in relatief **hoge huurprijzen en vraagt om lange huurtermijnen (+10 jaar)** voor huisartsen, omdat investeerders de onrendabele top hiermee ondervangen.

Zowel bij vastgoed in koop- of huursituaties als in stedelijke of niet-stedelijk gebieden, wordt het financiële knelpunt van de onrendabele top ervaren

Onderzoeksvraag en antwoord mate van invloed

1c Onderzoeksvraag

Heeft het **type vastgoedovereenkomst** (huur- of koopovereenkomst) invloed op de aard van de financiële knelpunten?

Mate van invloed

Laag

Matig

Hoog

1d Onderzoeksvraag

Heeft het **de geografische ligging** (wel of geen (rand)stedelijke omgeving) invloed op de aard van de financiële knelpunten?

Mate van invloed

Laag

Matig

Hoog

Toelichting

Voor wat betreft het **type vastgoedovereenkomst** zien we dat een koop- of huursituatie voor de ervaren financiële problematiek bij het realiseren van geschikte huisvesting geen grote rol speelt. Zoals eerder benoemd zit het financiële knelpunt hoofdzakelijk in de **onrendabele top** (veelal bij nieuwbouw), welke zowel invloed heeft op huur- als koopkosten. De onrendabele top leidt er in huursituaties toe dat **de kostprijsdekkende huurprijs** – die vaak door (commerciële) partij wordt doorbelast naar de huurders en daarmee de huisarts – **relatief hoog ligt**. In koopsituaties zien we dat **de onrendabele top ofwel door het eigen vermogen van huisartsen wordt ondervangen** ofwel dat er **alternatieve financieringsroutes worden onderzocht**, zoals bijvoorbeeld het inschakelen van **een andere (commerciële) partij** waardoor de huisarts in een aantal gevallen in een huursituatie terecht komt.

Ook de invloed van de **geografische ligging** op de aard van het financiële knelpunt is zeer beperkt. Bij geografische ligging is de hypothese dat vastgoed in (rand)stedelijk gebied duurder is dan in een niet-(rand)stedelijk gebied. Het knelpunt dat wordt ervaren vindt **haar oorsprong echter niet per definitie in duurder vastgoed vanwege grond- en m²-prijzen in stedelijke gebieden**. De onrendabele top komt hoofdzakelijk voort uit het feit dat er behoefte is aan **een nieuwe, passende huisvestingssituatie met meer m² en vaak ook de mogelijkheid tot samenwerking met andere disciplines**, maar dat deze mogelijkheid niet gevonden kan worden in bestaand aanbod en men uitkomt bij nieuwbouw. De grondprijzen buiten de randstad zijn dan weliswaar lager, maar vanwege **de zojuist beschreven huisvestingswensen** loopt men ongeacht de geografische ligging van een vastgoedlocatie tegen het financiële knelpunt aan.

Om hun gewenste huisvestings situatie te realiseren verkennen casussen in de basis drie oplossingsrichtingen, die niet in iedere casus mogelijk bleken

2

Welke **lessen** kunnen getrokken worden uit situaties waarin huisartsen en gezondheidscentra (samen met andere partijen) wél tot **oplossingen** voor financiële knelpunten zijn gekomen? En welke **lessen** kunnen worden getrokken uit situaties waarin de betrokken partijen **niet tot een oplossing** komen?

Beantwoording onderzoeksvraag

In het onderzoek komt naar voren dat er in de regel **drietal oplossingsrichtingen** worden verkend **door casussen in (ver)nieuwbouwsituaties om hun gewenste situatie te realiseren**, waarbij we geleerde lessen hebben opgehaald rondom **situaties waarin dit wel en situaties waarin dit niet mogelijk of wenselijk is (geweest)**:

Het verhogen van de inleg van eigen middelen

- Het verhogen van eigen inleg is m.n. haalbaar gebleken voor huisartsen die **al langere tijd werkzaam zijn, met een stabiele praktijk** (en daarmee stabiele patiëntenpopulatie en inkomsten) en **financiële buffer**, waardoor zij de benodigde investeringen beter kunnen dragen.
- Het verhogen van eigen inleg was **niet haalbaar of te risicovol voor huisartsen met een nulpraktijk of recent gestarte huisartsen**, vanwege beperkte vermogensopbouw waardoor zij dit risico niet altijd wilden of konden nemen. Voor diegenen die samen met andere zorgverleners gezamenlijk wilden huisvesten **is dit ook niet altijd mogelijk gebleken** – m.n. vanwege complexiteit in stakeholderdynamiek en onderling verschil in **kapitaalcrachtigheid**.

Het inschakelen van (commerciële) partij om nieuwbouw te realiseren

- Wanneer eigen inleg als een te hoog risico werd ervaren of financieel niet mogelijk was zien we casussen die **een (commerciële) partij hebben gevonden** voor de (gedeeltelijke) aanschaf van het vastgoed die de onrendabele top ondervangt door deze uit te smeren in relatief hoge huurprijzen over een periode van 10-15 jaar.
- Er zijn in het onderzoek geen voorbeelden naar voren gekomen van casussen **waarin deze oplossingsrichting wel is geprobeerd, maar niet mogelijk is gebleken**. Wel komt naar voren dat deze optie de **complexiteit in afstemming** (met huisarts, eventuele andere zorgverleners en de (commerciële) partij) versterkt en dat de **relatief hoge huur en lange huurtermijn** die een (commerciële) partij in de regel vraagt, als **een belemmering** worden ervaren.

Verzoek aan andere partijen (zorgverzekeraar, gemeente en/of RHO) om financiële bijdrage

- Wanneer eigen inleg als een te hoog risico werd ervaren of financieel niet mogelijk was zien we **casussen die een beroep doen op zorgverzekeraars, gemeenten en/of RHO's**. Zoals reeds toegelicht hebben deze partijen in de basis een ondersteunende rol (zie ook pagina 34) en wordt voor hen urgentie van betrokkenheid versterkt in situaties waar **continuïteit van zorg onder druk staat**. In één casus is door een (deel van) deze partijen financiële steun toegezegd, om continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Dit betreft een zeer specifieke uitzonderingssituatie en bevestigt daarmee de regel **dat partijen in de basis een ondersteunende rol vervullen rondom huisvestingsproblematiek**.

De huisvestingsproblematiek kan in de toekomst mogelijk verder toenemen vanwege een aantal waarneembare trends



Er is een landelijke trend waarneembaar naar **meer clustering van (eerstelijns)zorg** en het leveren van meer, **soms complexere zorg in de huisartsenpraktijk (substitutie van de tweede naar de eerste lijn)**. Die trend – die ook op beleidsniveau wordt gestimuleerd door o.a. **afspraken in het IZA¹ – zet de komende jaren naar verwachting door**, waardoor mogelijk steeds meer huisartsen en andere zorgdisciplines **gezamenlijke huisvesting** wensen te realiseren. Gezien gezamenlijke huisvesting vraagt om **relatief veel m²** en dit vaak niet **binnen bestaand aanbod (betaalbaar) kan worden gerealiseerd**, vergroot dit naar verwachting ook **de vraag naar locaties met relatief veel m² en daarmee de aannemelijkheid** dat steeds meer huisartsen in de toekomst zullen worden getroffen door de beschreven financiële knelpunten.



Er heerst in algemene zin een **krachte op de vastgoedmarkt van bestaand aanbod** en het is de verwachting dat **deze krapte de komende jaren verder zal toenemen²**, wat de zoektocht naar **geschikt vastgoed binnen bestaand aanbod voor huisartsen en gezondheidscentra naar verwachting nog verder bemoeilijkt**. Dit maakt het voor huisartsen extra moeilijk om een huisvestingswens binnen bestaand aanbod te realiseren en drijft hen in de toekomst mogelijk **nog sterker naar nieuwbouw mogelijkheden om de huisvestingswens te realiseren**.



Het is de prognose dat er de komende jaren **een relatief hoog verloop onder huisartsen is die richting pensioen gaan³**, wat maakt dat **de vraag om praktijkovernames de komende jaren naar verwachting groeit**. Gezien uit het huidige onderzoek naar voren is gekomen dat **huisartsen die relatief recent zijn gestart** en een praktijk willen overnemen dit financieel vaak niet rond krijgen of dit een te groot risico vinden, is het aannemelijk dat dit financiële knelpunt de komende jaren groeit.



Het is een gegeven dat er steeds **veeleisender klimaat- en duurzaamheidswetgeving** op verschillende sectoren en markten afkomt – bijvoorbeeld de Europese **CSRD**. Dit kan de huisvestingskosten van huisartsen in toenemende mate gaan raken. Enerzijds doordat verduurzaming een steeds grotere rol gaat spelen in **het beleid van banken en inkoopbeleid van zorgverzekeraars**, wat voor huisartsen een investering in verduurzaming van hun pand kan gaan impliceren. Anderzijds omdat **vastgoedinvesteerders in toenemende mate aan duurzaamheidseisen** moeten voldoen en hun portfolio dus zullen moeten verduurzamen, waarbij de kosten daarvoor **kunnen leiden tot verhoging van de huurprijzen**. Deze benodigde investeringen kunnen daarom zowel bij koop- als huursituaties **voor meer financiële druk** zorgen.

¹) [Integraal Zorgakkoord 'Samen werken aan gezonde zorg' \(2022\)](#) ²) Zie o.a. <https://www.abnamro.nl/nl/zakelijk/insights/sectoren-en-trends/sectorprognoses/real-estate/roerige-periode-vastgoedsector-houdt-in-2024-aan.html> en <https://www.rabobank.nl/kennis/d011373328-vastgoedsector-kijk-verder-dan-de-storm>; ³) https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Balans_in_vraag_en_aanbod_huisartsenzorg.pdf

6

Conclusie, discussie
en aanbevelingen

Conclusie en discussie (1/2)

Reflectie op aard van financiële knelpunten en denkrichtingen voor de toekomst

- In dit onderzoek is op basis van **10 diverse casussen** een beeld van financiële knelpunten rondom huisvesting waar huisartsen en gezondheidscentra tegenaan kunnen lopen in beeld gebracht. In dit rapport is uiteengezet waarom in sommige gevallen **wel gewenste huisvesting wordt gerealiseerd en in andere gevallen niet**. Dit onderzoek geeft inzicht in de financiële problematiek die wordt ervaren bij het realiseren van de huisvestingswens, maar geeft gezien het relatief klein aantal casussen geen volledig en sluitend beeld.
- Allereerst zijn **8 generieke factoren** geobserveerd die maken dat huisartsen en gezondheidscentra in meer of mindere mate financiële huisvestingsproblematiek ervaren. Dit betreffen factoren zoals de locatiegebondenheid van huisartsen, het gebrek aan kennis en expertise met betrekking tot de vastgoedmarkt en het relatief groot aantal m² dat huisartsen beogen in hun nieuwe huisvesting. Hierbij wordt opgemerkt dat huisartsen **over het algemeen beperkt de ruimte hebben om hun inkomsten te vergroten**. Dit komt doordat zij het grootste gedeelte van hun inkomsten ontvangen vanuit S1 en binnen dit segment gebonden zijn aan maximale integrale tarieven die zijn vastgesteld door de NZa. Hierdoor is er **een plafond aan de inkomsten binnen S1** die zij per patiënt en verrichting kunnen ontvangen. Hierbij geven de **casussen met (ver)nieuwbouw aan dat de huisvestingscomponent die is verdisconteerd in de integrale NZa-tarieven niet sluitend is met de huisvestingskosten in specifieke (ver)nieuwbouwsituaties**. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat deze specifieke situaties **aan de bovenkant van de bandbreedte van de huisvestingskosten vallen**. **Aanvullend onderzoek is nodig** om te kunnen vaststellen in welke mate er sprake is van **onevenredig hoge huisvestingskosten** in deze (ver)nieuw bouwsituaties in vergelijking tot **de totale kosten en inkomsten**.
- Hierbij moet worden opgemerkt dat waar huisartsen een (financieel) knelpunt ervaren in relatie tot de **huidige huisvesting**, deze in de casuïstiek voornamelijk herleidbaar is tot de 8 generieke factoren. Daar waar huisartsen in de onderzochte casuïstiek een (financieel) knelpunt ervaren in relatie tot **een (toekomstige) huisvestingswens**, wordt deze gedreven door een combinatie van de huidige marktsituatie (m.n. de in specifieke (ver)nieuwbouwsituaties voorkomende **onrendabele top**) en de 8 generieke factoren.
- Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat een groot deel van **de onderzochte 10 casussen** te maken heeft **met financiële knelpunten bij specifiek het realiseren van hun (toekomstige) huisvestingswens door middel van (ver)nieuwbouw**. Dit geldt zowel voor de koop- als huursituaties als voor casussen gevestigd in stedelijke en niet-stedelijke gebieden. De ervaren financiële problematiek kan worden verklaard door de aanwezigheid **van een 'onrendabele top' bij deze specifieke (ver)nieuwbouwsituaties**: de investeringen die gedaan moeten worden voor aanschaf van een pand zijn hoger dan de uiteindelijke getaxeerde marktwaarde van hetzelfde pand.
- Aan de kostenkant zijn er vier elementen die bijdragen aan deze onrendabele top: **1) stijgende bouwkosten, 2) specifieke additionele bouwkosten, 3) relatief hoge grondkosten en 4) stijgende rente**. Aanvullend onderzoek is nodig om **de bandbreedte van de meerkosten van de onrendabele top** en daarmee de **onderliggende drijvers** te kwantificeren.
- In de zoektocht van casushouders om **hun huisvestingswens te realiseren**, zien we **casuïstiek waarin dit wel lukt** (vaak wanneer er sprake is van opgebouwd eigen vermogen en stabiel inkomen door een stabiel patiëntenbestand) en **casuïstiek waarin dit niet lukt** (vaak wanneer er sprake is van (jonge) startende huisartsen met weinig eigen vermogen, situaties waarin een nulpraktijk wordt gestart, maar ook situaties waarin zorgdisciplines gezamenlijk willen huisvesten en er verschil is in kapitaalcrachtigheid).

Conclusie en discussie (2/2)

Reflectie op aard van financiële knelpunten en denkrichtingen voor de toekomst

- Naast de **financiële draagkracht van de huisarts en de aanwezigheid van een business case met mogelijkheid tot praktijkgroei en evt. verhuurmogelijkheden aan derden, spelen risicobereidheid en toekomstvisie op vastgoed (o.a. wens tot vermogensopbouw met het oog op pensioen) een belangrijke rol** bij het wel of niet **kunnen/willen ondervangen** van de onrendabele top. De beweging naar gezamenlijke huisvesting van zorgdisciplines vergroot daarbij de complexiteit en legt een **extra druk op de financiële draagkracht** van huisartsen op het moment dat zij **als – veelal één van de meest kapitaalkrachtige partijen binnen de zorgdisciplines – de aankoop van nieuwbouw willen realiseren**. Gezien de **landelijke trend naar meer clustering van (eerstelijns)zorg** die o.a. wordt gestimuleerd **door landelijk beleid in het IZA**, is het niet ondenkbaar dat de beschreven financiële knelpunten in de toekomst voor een steeds grotere groep huisartsen een rol gaan spelen.
- In casussen waar de risicobereidheid en/of financiële draagkracht er niet is en toegankelijkheid van zorg onder druk staat door het gebrek aan geschikte huisvesting, dringt de vraag zich op of **het redelijk is om van de huisarts te verwachten dat de huisarts onder deze condities de gewenste huisvestingssituatie geheel zelfstandig kan financieren en daarmee realiseren. In de praktijk zien we situaties ontstaan waarbij het risico van de aanschaf van vastgoed door de huisarts wordt overgedragen aan een (commerciële) partij zoals een investeerder**. Voorbeelden uit casuïstiek tonen dat het door deze oplossingsrichting in een aantal gevallen mogelijk is gebleken om de huisvestingswens te realiseren. Echter hangt hier wel mee samen dat huisartsen in deze casussen geconfronteerd worden met **relatief hoge huurprijzen en lange huurtermijnen, omdat de investeerder de onrendabele top op die manier financieel kan ondervangen**.
- Met oog op de toekomst is het belangrijk om nader in kaart te brengen **in hoeverre de onrendabele top (breed) speelt bij huisartsen en gezondheidscentra en wat de bandbreedte van de huisvestingskosten in ver(nieuw)bouwsituaties is (inclusief onrendabele top)**. Hierbij is het ook belangrijk om oog te hebben voor de mate waarin huisvestingskosten in specifieke (ver)nieuwbouwsituaties **onevenredig** zijn.
- **Een alternatieve oplossingsrichting kan mogelijk worden gevonden in de analogie van de woningcorporatie**. Een woningcorporatie kan betaalbare huurprijzen aanbieden, omdat zij 'geborgd' kan financieren (Waarborgfonds sociale woningbouw) waarmee zij a) de onrendabele top kan financieren en b) een relatief laag rentetarief krijgt en gebruik kan maken van collectieve inkoop en diensten (bijv. rondom energie en onderhoud). Hierdoor kan het **knelpunt rond hoge huur (en toenemende huurindexatie) voor huisartsen** bij een huurcontract met een commerciële vastgoedeigenaar mogelijk beperkt worden. De kerntaken van woningcorporaties zijn in de Woningwet omschreven **als diensten van algemeen economisch belang (DAEB)**: sociale huurwoningen, bepaald maatschappelijk vastgoed en specifieke diensten voor de leefbaarheid. Om marktverstoring te voorkomen moeten woningcorporaties hun commerciële (niet-DAEB) activiteiten scheiden van hun sociale (DAEB) werkzaamheden. Gezien huisartsen als een commerciële partij worden gezien, wordt **een eventuele rol van woningcorporaties in het faciliteren van huisvesting voor huisartsen nu aangemerkt als een niet-DAEB activiteit**. Het verkennen van een oplossingsrichting waarbij bijvoorbeeld woningcorporaties vanuit haar DAEB activiteiten kunnen voorzien in huisvesting voor huisartsen is, naast een aantal andere aanbevelingen, een advies voor vervolg (zie volgende pagina).
- Gezien de **8 generieke factoren** die in de onderzochte casuïstiek nadrukkelijk naar voren kwamen, is het tenslotte ook belangrijk om in te zetten op **goede beschikbaarheid van externe kennis en expertise en het faciliteren van vroegtijdige betrokkenheid van relevante partijen** om huisartsen en gezondheidscentra te ondersteunen in hun huisvestingswens. Ook **het objectiveren en standaardiseren van bouwweisen** van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra vormt een waardevolle vervolgstap.

Op basis van dit onderzoek, zien we een viertal oplossingsrichtingen die financiële problematiek van huisartsen en gezondheidscentra mogelijk helpen te ondervangen

1 Breng in kaart in hoeverre de onrendabele top (breed) speelt bij huisartsen/GHC en wat de bandbreedte van de huisvestingskosten in ver(nieuw)bouwsituaties is. Onderzoek ook in welke mate huisvestingskosten in specifieke (ver)nieuwbouwsituaties onevenredig zijn

- In een groot deel van de onderzochte casuïstiek komt de onrendabele top naar voren als het financiële knelpunt van huisartsen en gezondheidscentra bij realisatie van de (toekomstige) huisvestingswens. Gezien dit onderzoek rust op 10 casussen, kan daarmee niet met stelligheid worden beargumenteerd dat dit knelpunt breed speelt in de huisartsenzorg. Wel geven de landelijke trends met een beweging naar meer m² en gezamenlijke huisvesting, aanleiding om aan te nemen dat dit een knelpunt is dat breder speelt en mogelijk in de toekomst breder gaat spelen.
- Vervolgonderzoek is nodig om vast te stellen in hoeverre dit knelpunt breed speelt bij huisartsen en gezondheidscentra en daarnaast te kwantificeren wat de bandbreedte van de huisvestingskosten in deze (ver)nieuwbouw casussen is (o.a. verdieping onrendabele top, bouw-, grond- en rentekosten en rendement). Hierbij kan het relevant zijn om casuïstiek mee te nemen waar continuïteit van zorg onder druk staat, met oog op de toegankelijkheid van huisartsenzorg.
- Tenslotte is vervolgonderzoek gewenst om te kunnen vaststellen in welke mate er sprake is van een onevenredig hoge huisvestingskosten in deze specifieke (ver)nieuwbouw situaties in vergelijking tot de totale kosten en inkomsten.

2 Onderzoek de mogelijkheid om maatschappelijke organisaties zoals een woningcorporatie een rol te laten spelen in de realisatie van vastgoed voor huisartsen en gezondheidscentra

- Zoals beschreven in de conclusie en discussie, kan het een mogelijke waardevolle oplossingsrichting zijn om woningcorporaties een rol te laten vervullen in de organisatie van huisvesting voor huisartsen en gezondheidscentra. Op dit moment is het wettelijk gezien niet mogelijk voor woningcorporaties om huisvesting voor huisartsen te faciliteren, gezien huisartsen gevestigd zijn als ondernemer en daarmee een commerciële partij vormen voor de woningcorporatie die zij vanuit hun rol niet mogen bedienen.
- Het is belangrijk om nader te onderzoeken of woningcorporaties hier voor zichzelf een rol in zien, wat voor hen belemmeringen zijn (naast de huisarts als commerciële partij) om deze rol op dit moment te kunnen vervullen en wat er nodig is (o.a. op vlak van wet- en regelgeving) om deze belemmeringen te kunnen ondervangen en daarmee hier mogelijk wel een rol in te kunnen vervullen.

3 Investeer in de beschikbaarheid van externe kennis en expertise en vroegtijdige betrokkenheid van relevante partijen om huisartsen en gezondheidscentra te ondersteunen in hun huisvestingswens

- Huisartsen zijn in de basis opgeleid als zorgverlener en niet als vastgoedexpert. Logischerwijs zijn zij hierdoor vaak afhankelijk van externe kennis en expertise. Uit casuïstiek komt naar voren dat huisartsen niet altijd weten bij wie zij terecht kunnen voor advies, waarbij tevens opvalt dat de keuze uit mogelijkheden voor kennis en expertise breed is (variërend van adviesbureaus tot ZZP'ers, betrokkenen uit eigen netwerk en ondersteuning vanuit de RHO of de LHV). Het is daardoor lastig te bepalen bij wie ze het beste kunnen aankloppen voor advies. Het is daarom belangrijk om op landelijk niveau beschikbare kennis en expertise samen te brengen en voor huisartsen en gezondheidscentra concreet te maken met welk type vragen ze bij welk loket het beste terecht kunnen. Het kan daarbij verstandig zijn om te investeren in training en scholing voor adviseurs, zodat men regionaal zoveel mogelijk eenduidig de huisvestingsvraagstukken adresseert.
- Daarnaast komt naar voren dat relevante partijen zoals RHO's, zorgverzekeraars, gemeenten en banken niet altijd vroegtijdig in de huisvestingsreis worden betrokken en pas worden benaderd als er knelpunten ontstaan en de (ver)nieuwbouw situatie al is uitgewerkt. De RHO kan mogelijk een sleutelrol vervullen in het vroegtijdig samenbrengen van partijen en het stimuleren dat partijen gezamenlijk nadenken over mogelijkheden binnen bestaande bouw/huidige huisvesting.

4 Breng objectivering en standaardisatie aan in de bouweisen van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, met daarbij ook oog voor het benodigde aantal m² in de context van gezondheidscentra

- Op dit moment valt op dat huisartsen en gezondheidscentra voor de eisen van hun toekomstige huisvestingssituatie gebruik maken van een breed palet aan eisen, variërend van eisen die voortkomen uit de LHV-bouwnorm tot eisen die zij zelf stellen met betrekking tot hun vastgoed. Zoals beschreven in dit onderzoek, kunnen specifieke eisen verbonden aan de functie van het vastgoed als huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum invloed hebben op de kosten van het vastgoed en daarmee mogelijk ook de onrendabele top voeden.
- Naast dat aanvullend onderzoek nodig is om de bandbreedte van deze meerkosten in beeld te brengen, is het belangrijk om ook objectivering en meer standaardisatie aan te brengen in de bouweisen van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra. Gezien de vraag naar gezamenlijke huisvesting (veelal gezondheidscentra) groeit en naar verwachting verder groeit, is het belangrijk om hierbij oog te hebben voor de eisen die nodig zijn om met meerdere zorgdisciplines (waaronder de huisartsenzorg) gezamenlijk te huisvesten.

Appendix

Casuïstiek voor categorie 1 is toegespitst op verschillende typen vastgoed en de consequenties hiervan op knelpunten rondom huidige huisvestingskosten

Categorie 1: Onopgeloste (of latente) financiële problematiek gerelateerd aan huisvesting			
Totaal ontvangen casuïstiek	<ul style="list-style-type: none"> In totaal zijn er 11 casussen binnengekomen in deze categorie – 8 casussen hiervan zijn niet geselecteerd omdat op basis van de casusbeschrijving een oplossing nabij is (overlap categorie 2), of omdat er (deels) sprake is van een toekomstige huisvestingswens (overlap categorie 3), of vanwege gebrek aan inhoudelijke onderbouwing en context van het knelpunt om tot een goede inhoudelijke afweging voor selectie te kunnen komen 		
Kernsamenvatting casus¹	<p><i>Casus 1: huisarts met pand in eigendom ervaart dat hij financieel moet toeleggen op zijn pand wat het vinden van een opvolger moeilijk maakt</i></p>	<p><i>Casus 2: huisarts wordt financieel getroffen door significante huurindexatie waardoor begroting onder druk staat, de uitbreiding/het instappen door collega's onaantrekkelijk is en daardoor een patiëntenstop geldt</i></p>	<p><i>Casus 3: gezondheidscentrum ervaart de huidige huursituatie met krap en verouderd pand als financieel en praktisch niet houdbaar – pogingen om nieuw centrum te bouwen zijn om financiële redenen gestrand</i></p>
Type organisatievorm	Solopraktijk	Meervoudige praktijk	Gezondheidscentrum
Locatie	Niet-stedelijk	Stedelijk	Stedelijk
Type overeenkomst	Koopovereenkomst	Huurovereenkomst	Huurovereenkomst
Motivering selectiekeuze	<ul style="list-style-type: none"> Betreft de enige casus in categorie 1 waarbij een huisarts een pand heeft aangekocht en deels ook verhuurt aan andere zorgdisciplines 	<ul style="list-style-type: none"> Betreft een casus waarbij financiële knelpunten gerelateerd aan het huren van een commerciële ruimte en het verloop van de indexatie van huur goed onderzocht kunnen worden 	<ul style="list-style-type: none"> Betreft een langdurende casus met knelpunten in huidige én gewenste situatie – daarnaast lijkt de financieel onhoudbare huur ook te wijzen op knelpunten rondom huurindexatie

Casuïstiek voor categorie 2 was schaars – gekozen casuïstiek bestaat uit casussen met een oplossingsrichting, waarbij de uitkomst niet altijd volledig naar wens is

Categorie 2: Opgeloste financiële problematiek gerelateerd aan huisvesting			
Totaal ontvangen casuïstiek	<ul style="list-style-type: none"> In totaal zijn 3 casussen binnengekomen in categorie 2 – twee casussen zijn daadwerkelijk te classificeren als opgelost op basis van omschrijving. Voor 1 casus geldt dat dit een casus betreft die na inhoudelijke beoordeling niet blijkt te zijn opgelost Daarnaast is er 1 casus binnengekomen in categorie 3, welke bij inhoudelijke beoordeling oplossingsrichtingen bevat en daarmee past binnen categorie 2 - deze casus is geselecteerd voor het onderzoek naar knelpunten binnen categorie 2 		
Kernsamenvatting casus¹	<p><i>Casus 4: huisarts heeft maatschappelijk vastgoed aangekocht zonder enige financiële steun vanuit zorgverzekeraar of gemeente – dit was noodzakelijk en kon alleen door het inbrengen van meer eigen vermogen en het verhogen van de lening</i></p>	<p><i>Casus 5: twee groepspraktijken bouwen samen een nieuw gezondheidscentrum met sociale woningbouw – realisatie vordert, maar wordt wel als zeer stress- en risicovol ervaren en de financiële verantwoordelijkheden drukken zwaar op de huisartsen.</i></p>	<p><i>Casus 6: huisartsen in een gezondheidscentrum willen ver- en nieuwbouwen en hebben deels een oplossing gevonden door nieuwbouw te realiseren met een commerciële partij – de verbouwing van huidige praktijkruimtes is tot op heden financieel niet haalbaar.</i></p>
Type organisatievorm	Solopraktijk	Meervoudige praktijk	Gezondheidscentrum
Locatie	Stedelijk	Niet-stedelijk	Stedelijk
Type overeenkomst	Koopovereenkomst	Koopovereenkomst	Koopovereenkomst
Motivering selectiekeuze	<ul style="list-style-type: none"> Betreft een casus die het mogelijk maakt te verdiepen op redenen waarom financiering vanuit andere financiers niet mogelijk is geweest – ook heeft de huisarts in deze casus een zekere mate van ondernemerschap getoond die interessant is om nader op te verdiepen 	<ul style="list-style-type: none"> Betreft een casus waar de oplossing naar de gewenste situatie (het gezondheidscentrum) is gerealiseerd, maar wel met veel onrust en stress en de ervaring dat er weinig (financiële) steun wordt geboden door de gemeente en banken. De casus biedt gelegenheid te verdiepen op het gelopen proces en rode draden op te halen 	<ul style="list-style-type: none"> Betreft een casus waar de huisvestingswens deels is gerealiseerd via een intentie-overeenkomst met een commerciële partij voor nieuwbouw (die de huisartsen dan minimaal 10 jaar zullen moeten huren). Tegelijkertijd biedt de casus inzicht in oorzaken waarom het andere deel van de huisvestingswens (verbouwing van praktijkruimtes in gezondheidscentrum) tot op heden niet kan worden gerealiseerd

Casuïstiek binnen categorie 3 kwam veel voor: de situatie van de meeste inzendingen is met gekozen casuïstiek gedekt, evenals een waarnemerscasus

Categorie 3: (Toekomstige) huisvestingswens				
Totaal ontvangen casuïstiek	<ul style="list-style-type: none"> In totaal zijn 17 casussen binnengekomen – het merendeel van de casussen die zijn ingediend betrof casuïstiek waarbij de huidige huisvestingssituatie niet meer passend is en de overgang naar nieuwe huisvesting (zowel huur als koop) als onmogelijk wordt ervaren doordat dit financieel niet uitvoerbaar is voor huisartsen en gezondheidscentra. In de selectie is gekozen voor de casuïstiek die dit knelpunt goed representeert, context biedt en spreiding in termen van variabelen in zich heeft Daarnaast zijn in deze categorie casussen binnengekomen vanuit waarnemers met een huisvestingswens en een gezondheidscentrum met een diversiteit aan aanbieders (en daarmee complexe financieringssystematiek) 			
Kernsamenvatting casus¹	<p><i>Casus 7: huisarts is uit noodzaak gevestigd in een hotelkamer en zoekt naar nieuwe ruimte, maar voelt zich daarin niet financieel gesteund door de gemeente, zorgverzekeraar en RHO</i></p>	<p><i>Casus 8: waarnemers willen een praktijk overnemen, maar kunnen een passende huisvestings-situatie financieel niet opbrengen. Hierdoor kunnen zij de praktijk tot op heden niet overnemen</i></p>	<p><i>Casus 9: huisartsen in te klein pand wensen nieuw pand te kopen maar worden belemmerd doordat de benodigde eigen bijdrage die de bank vraagt financieel niet haalbaar is – door deze situatie geldt patiëntenstop</i></p>	<p><i>Casus 10: gezondheidscentrum met meerdere aanbieders komt gezamenlijk niet tot nodige renovatie/uitbreiding, doordat aanbieders elk een eigen financiële situatie kennen</i></p>
Type organisatievorm	Solopraktijk	Meervoudige praktijk	Meervoudige praktijk	Gezondheidscentrum
Locatie	Stedelijk	Niet-stedelijk	Stedelijk	Stedelijk
Type overeenkomst	Huurovereenkomst	-	Koopovereenkomst	Koopovereenkomst
Motivering selectiekeuze	<ul style="list-style-type: none"> Betreft een casus die mogelijkheid biedt om te verdiepen op het proces dat is gelopen met een breed palet aan financiers en de oorzaken waarom het niet lukt de huisvestingswens te vervullen inzichtelijk te maken 	<ul style="list-style-type: none"> Betreft een unieke casus waarin waarnemers wel de wens hebben om een praktijk over te nemen, maar teveel financiële knelpunten rondom huisvesting ervaren om dit daadwerkelijk te kunnen realiseren 	<ul style="list-style-type: none"> Betreft een veelvoorkomende casus van huisartsen in een ontoereikende huidige huisvestingssituatie, die ervaren dat er geen financiële mogelijkheden voor hen zijn zijn om een passende huisvestingssituatie te realiseren 	<ul style="list-style-type: none"> Betreft een complexe casus met meerdere aanbieders (huisartsenpraktijken, apotheek, fysiotherapeuten en wijkverpleging) en biedt kans te verdiepen op hoe een diversiteit aan aanbieders invloed heeft op de aard van financiële knelpunten

Over dit rapport

Reikwijdte van dit onderzoek – Het huidige onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek naar de aard van de financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra, op basis van een analyse van 10 casussen van huisartsen en gezondheidscentra die deze problematiek ervaren. Daarnaast zijn de rode draden uit deze casuïstiek inzichtelijk gemaakt. Om deze inzichten op te halen, vormden verkennende en verdiepende focusgroepen de basis van de huidige kwalitatieve onderzoeksaanpak. Tijdens deze focusgroepen met casushouders (verkennende focusgroepen) en een afvaardiging van betrokken partijen rondom het vraagstuk van huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra (verdiepende focusgroepen), heeft PwC inzichten opgedaan rondom de aard van de ervaren financiële problematiek en geleerde lessen hierover. De scope van dit onderzoek sluit daarmee aan op de opdrachtomschrijving (kenmerk: SRQ161117) zoals overeengekomen met het ministerie van VWS. Gezien dit onderzoek rust op 10 casussen en daarmee een beperkte N, kunnen er in dit onderzoek geen uitspraken worden gedaan over de (financiële) omvang van de ondervonden (financiële) knelpunten en de mate waarin de ondervonden knelpunten zich breder voordoen dan de onderzochte 10 casussen.

Toegang tot stakeholders – In dit onderzoek zijn verkennende en verdiepende focusgroepen georganiseerd om de context van de casus goed te begrijpen en rode draden op te halen en te toetsen. Voor de verkennende focusgroepen hebben er gesprekken plaatsgevonden met de casushouders (met name huisartsen, maar ook met projectmedewerkers vanuit RHO's, praktijkmanagers en een directeur van een gezondheidscentrum). In de verdiepende focusgroepen is een afvaardiging van betrokken partijen rondom het vraagstuk van huisvesting van huisartsen/gezondheidscentra gesproken, waaronder banken, vastgoedadviseurs, gemeenten, RHO's en zorgverzekeraars. Gedurende de opdracht is de begeleidingscommissie tweemaal bijeengekomen (14 juni en 9 juli 2024) voor de presentatie van de onderzoeksaanpak en van de casuselectie en indexen. De begeleidingscommissie is in oktober nog tweemaal samengekomen voor de bespreking van de concept rapportage (4 oktober 2024) en concept eindrapportage (21 oktober 2024). Na de bespreking van de concept eindrapportage is de eindrapportage opgeleverd op uiterlijk 31 oktober 2024. Tenslotte vond er tweewekelijks afstemming plaats met Opdrachtgever, waarin de voortgang van het onderzoek op met name procesniveau wordt besproken.

Beschikbaarheid van informatie – Ter voorbereiding van de verkennende focusgroepen is informatie over de huidige en gewenste situatie bij de 10 casushouders opgevraagd rondom de praktijksituatie, vastgoedsituatie en financiële situatie. Dit betreft o.a. informatie rondom personeelssamenstelling en type organisatievorm (praktijksituatie), de verhouding VVO/BVO, het aantal m² BVO per huisarts en de m² BVO totaal (vastgoedsituatie) en het aandeel huisvestingskosten van de totale praktijkkosten, uitsplitsing van huisvestingskosten en onderhoudslasten (financiële situatie). Op basis van de ontvangen informatie konden de gewenste analyses (benchmarks) onvoldoende worden uitgevoerd. Dit had mede te maken met de diversiteit aan beschikbare informatie die casushouders hebben aangeleverd. De informatie kon daarom niet goed vergeleken worden. Zoals besproken met Opdrachtgever moeten we deze informatie daarom buiten beschouwing laten in dit onderzoek. Ook hebben niet alle casussen informatie aangeleverd vanwege tijdgebrek, wat mogelijk werd versterkt door de dataverzameling in de (voor huisartsen drukke) zomervakantieperiode.

Kwaliteit van informatie – De kwaliteit van de informatie die door casushouders kon worden aangeleverd loopt uiteen. In een beperkt aantal gevallen hebben wij primaire bronnen ontvangen zoals huur- en/of koopcontracten. Echter hebben wij ook meermaals harde invoer in Excel of eigen berekeningen in Word ontvangen, waardoor de foutgevoeligheid toeneemt, kwaliteit van de informatie mogelijk in het geding komt en de navolgbaarheid van deze informatie beperkt is. Voor alle ontvangen informatie geldt dat het niet mogelijk was om de informatie te construeren door PwC Advisory N.V. Wij hechten er waarde aan expliciet te noemen dat gepresenteerde inzichten dus meer als richtinggevend voor het gesprek kunnen dienen en geenszins als harde uitspraken van PwC Advisory N.V. De uitkomsten van dit onderzoek zijn daarmee beschrijvend van aard, wat past bij de kwalitatieve aanpak van het huidige onderzoek zoals overeengekomen met Opdrachtgever.

Tot slot

Uitgangspunt voor ons werk

We hebben onze werkzaamheden gebaseerd op de aan ons ter beschikking gestelde informatie. Wij hebben aangenomen dat deze informatie juist, volledig en niet misleidend is. Wij hebben geen accountantscontrole uitgevoerd met betrekking tot deze informatie, noch een beoordeling gericht op het vaststellen van volledigheid en juistheid daarvan conform internationale audit- of reviewstandaarden.

Toegang tot ons rapport

Ons rapport is specifiek opgesteld voor cliënt (het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) met wie we overeenstemming hebben over het doel en de reikwijdte van ons werk of aan wie we de aard en omvang van ons werk en de beperkingen daarin hebben toegelicht. Voor het gebruik van het rapport door andere partijen dan de cliënt aanvaarden wij derhalve geen verantwoordelijkheid, zorgplicht of aansprakelijkheid - contractueel, op basis van onrechtmatige daad (inclusief nalatigheid) of anderszins. Het rapport is strikt vertrouwelijk. Tenzij wettelijk vereist, mag het rapport niet (geheel of gedeeltelijk) aan derden worden verstrekt. Er mag ook niet aan de informatie in het rapport gerefereerd worden. Zonder onze schriftelijke toestemming vooraf mag cliënt niet verwijzen naar onze diensten of dit rapport of een kopie of onderdeel daarvan verstrekken aan een derde partij.

Overige opmerkingen

Het rapport alsmede enig geschil voortvloeiende uit of verband houdend met (de inhoud van) het rapport worden uitsluitend beheerst door Nederlands recht.
