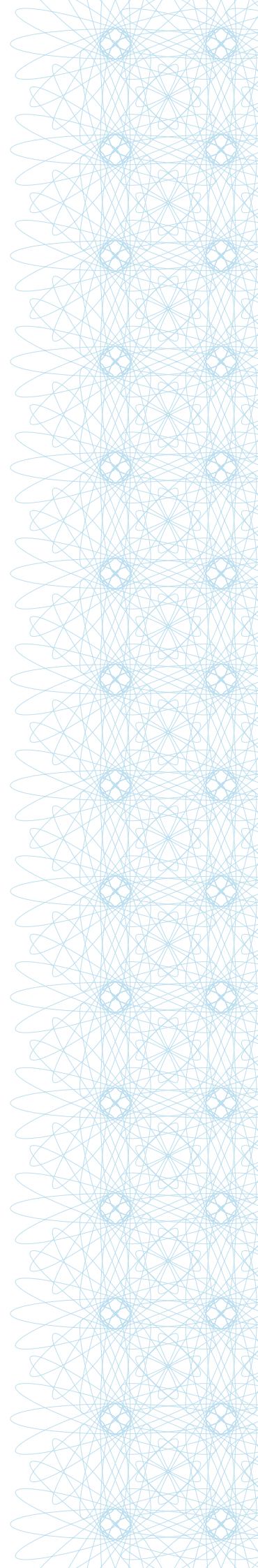


Raamwerk risicomangement bouwprojecten zorginstellingen

**drs H.J. Bellers MPM MBA
juli 2008**



Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1 Risico-management	4
2 Strategische analyse	6
2.1 Macro - ontwikkelingen	6
2.1.1 Risico's van overheidsbeleid	6
2.1.2 Marktrisico's	7
2.2 De ontwikkeling van de zorgprocessen	8
2.3 Marktanalyse	8
2.4 Risico's	8
3 Investeringsplan	10
3.1 Financiële haalbaarheid	10
3.2 Flexibiliteit	10
3.3 Bouwkundige en logistieke toetsing	10
3.4 Risico's	11
3.4.1 Eenzijdig optimisme	11
3.4.2 Inverdieneffecten op voorhand inboeken	11
3.4.3 Omvangrijke verhuur	12
3.4.4 Onduidelijke juridische structuur	12
3.4.5 Gebrek aan commitment van 'stakeholders'	12
3.4.6 Fasering bouwproject	12
3.4.7 Fusies	12
4 Bouw	13
4.1 Organisatie	13
4.2 Financiering	14
4.3 Bouw	15

Voorwoord

"Given a bad start, trouble will increase at an exponential rate"

Als er één terrein is waar deze variant op de bekende 'Wet van Murphy' ter harte genomen zou moeten worden, dan is het wel bij bouwprojecten in de zorgsector. Immers, doorgaans zijn de bedragen die er mee gemoeid zijn groot. Het gemiddelde weerstandsvermogen van zorginstellingen daarentegen is beperkt. Er hoeft met andere woorden maar weinig mis te gaan met een bouwproject om een zorginstelling in de problemen te brengen. Bovendien geldt dat een gebouw lang mee gaat en zodra het er eenmaal staat, van grote invloed is op de processen die zich daarbinnen voltrekken. Kortom, een gebouw dat financieel moeilijk te exploiteren valt, of niet goed aansluit op de toekomstige zorgvraag en zorgprocessen, kan een organisatie jarenlang als een steen om de nek hangen. Daarbij komt dat het systeem van bouwvergunningen is afgeschaft en zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor hun investeringsbeslissingen. Dit brengt taken en verantwoordelijkheden met zich mee die nieuw zijn voor zorginstellingen en waarvoor de benodigde kennis en expertise binnen de organisatie vaak onvoldoende aanwezig zijn. Niet verbazingwekkend, maar wel van belang om expliciet te onderkennen, want dit brengt extra risico's met zich mee.

In een steeds competitiever wordende zorgsector is het dus zaak dat met betrekking tot de infrastructuur de juiste keuzen worden gemaakt door een zorginstelling. Dit is overigens ook een belang van het WFZ. Immers, de risico's waaraan deelnemers blootstaan, zijn indirect ook de risico's waarmee het WFZ geconfronteerd kan worden. De vraag is alleen: wat zijn de juiste keuzen?

Daarop is geen eensluidend antwoord mogelijk, want die kunnen per situatie uiteen lopen. Wél is het mogelijk om punten onder de aandacht te brengen die in elke investeringssituatie van belang zijn en die in het besluitvormingsproces aandacht van het management zouden moeten krijgen. Ook is het mogelijk om al vooraf te wijzen op een aantal mogelijke valkuilen, zodat die misschien kunnen worden vermeden. Een gewaarschuwd mens telt immers voor twee.

In deze notitie wordt daarom een inventarisatie gegeven van aandachtspunten en risico's in de verschillende fasen van een investeringstraject. De hoop en de verwachting is dat deze risico-inventarisatie bijdraagt aan een betere kwaliteit van investeringsprojecten die door zorginstellingen worden opgezet. Door een gestructureerd overzicht te geven van de factoren die in de verschillende fasen van een bouwtraject de aandacht van het management behoeven, neemt de kans af dat wezenlijke aspecten te weinig aandacht krijgen of zelfs over het hoofd worden gezien.

De aandachtspunten in deze publicatie vormen ook het referentiekader voor het WFZ, bij de beoordeling van 'businessplannen' die als onderbouwing van garantieaanvragen worden voorgelegd. Vanzelfsprekend wordt hierbij niet elk investeringsproject 'over één kam geschoren'. De breedte en diepgang die is vereist varieert met de aard en de relatieve omvang van een project. De aanbouw van een bloemenstalletje vraagt vanzelfsprekend niet dezelfde afwegingen en voorbereiding als de nieuwbouw van een groot ziekenhuis. Het is daarom aan te bevelen om in geval van investeringsplannen vroegtijdig contact met het WFZ op te nemen, als de wens leeft om de financiering te borgen. Het is voor zowel deelnemer als WFZ goed als er al in een vroeg stadium duidelijkheid is over de informatie die het WFZ nodig heeft om een garantieverzoek te kunnen honoreren, en welke beoordelingscriteria daarbij worden gehanteerd.

Ik wil vanaf deze plaats mijn hartelijke dank uitspreken naar alle deskundigen uit zorginstellingen en daarbuiten, die een bijdrage hebben geleverd aan deze publicatie door middel van hun aanvullingen en/of kritische commentaar op conceptversies. In het bijzonder wil ik noemen Koen van Lisdonk van het HagaZiekenhuis, die veel tijd heeft vrijgemaakt voor inhoudelijke gedachtewisseling met het WFZ.

De inbreng van derden laat onverlet dat de verantwoordelijkheid voor deze publicatie geheel bij het WFZ ligt. Mocht de inhoud van deze publicatie u aanleiding geven tot commentaar of opmerkingen waardoor deze publicatie aan kwaliteit en/of bruikbaarheid kan winnen, dan houd ik mij daarvoor zeer aanbevolen.

Herman Bellers, *directeur WFZ*

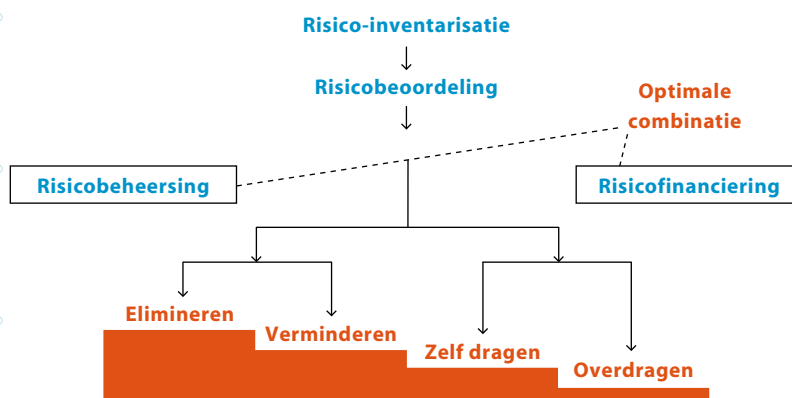
1 Risico-management

Risico-management is geen 'rocket-science'. In essentie draait het er om dat het management van een organisatie zich de volgende vragen stelt:

- Ken ik de risico's van mijn organisatie en weet ik hoe deze risico's zich in de loop van de tijd (gaan) ontwikkelen?
- Wat is de invloed van deze risico's op de resultaten, de continuïteit van de organisatie en de haalbaarheid van de organisatiedoelstellingen?
- Bij elk aangetroffen risico is de vraag of er aanleiding is tot zorg en of er maatregelen mogelijk en wenselijk zijn. In de literatuur worden hierbij doorgaans vier mogelijkheden onderscheiden:
 - *Elimineren* (*risicovermijding*, '*bronbestrijding*'). Risicodragende activiteiten worden gestopt.
 - *Verminderen* (*risicoreductie*, '*schadebeperking*'). De risico's worden verminderd door technische, organisatorische en/of gedragsbeïnvloedende maatregelen.
 - *Zelf dragen*. De risico's blijven zoals ze zijn. Onbewust, omdat een risico niet wordt onderkend. Bewust, omdat besloten is geen maatregelen te nemen.
 - *Overdragen* (*risicoverplaatsing*). De risico's worden (geheel of gedeeltelijk) afgewenteld op een andere partij, bijvoorbeeld door contractuele bepalingen of door verzekering.

Schematisch weergegeven ziet dit er als volgt uit:

Risicomanagement aanpak



Risicomanagement wordt steeds belangrijker voor zorginstellingen, aangezien de dynamiek in het stelsel toeneemt en de oude zekerheden geleidelijk verdwijnen. Risicomanagement kan (en dient te) worden toegepast op alle aspecten van de bedrijfsvoering. Denk aan uiteenlopende risicogebieden als de kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid, gebouw en installaties, automatisering, beveiliging, enzovoorts. Het is vanzelfsprekend niet mogelijk om al deze aspecten hier uitvoerig aan de orde te stellen. We beperken ons tot enkele aspecten die raken aan het werkkterrein van het WFZ.

In deze notitie wordt, met het bovengeschetste raamwerk 'in het achterhoofd' gekeken naar investering- en bouwprojecten door zorginstellingen. Bij een omvangrijk nieuwbouwtraject in de zorgsector kunnen we analytisch de volgende fasen onderscheiden:

- De formulering van de strategie van de organisatie.
- De vertaling van de strategische keuzes in investeringsplannen.
- De praktische uitvoering van de investeringsplannen / het bouwproces.

Deze fasen volgen elkaar op in de tijd. Het analytisch onderscheiden van verschillende fasen is van belang omdat keuzen aan het begin van het proces bepalend zijn voor het verdere verloop. Verder nemen de vrijheidsgraden voor het management af naarmate het proces vordert.

Het onderscheid is ook relevant omdat de wijze van risicobeoordeling uiteen kan lopen per fase. In de fase van de uitvoering zijn diverse risico's te benoemen ('vervelende dingen die je kunnen overko-

men'), met een doorgaans zeer concreet karakter. In de fase van de strategiebepaling daarentegen is sprake van meer globale verkenningen en onderwerpen. Problemen die in deze fase ontstaan, vloeien vaak ook voort uit expliciete keuzen en besluiten van het management. De beoordeling van risico's in deze fase heeft een meer integraal karakter.

In deze notitie wordt een inventarisatie gegeven van aandachtpunten en risico's in de verschillende fasen van een investeringstraject. Dit biedt ook een basis om (met alle beperkingen en subjectiviteit die inherent zijn aan 'vooruitkijken') voor uw specifieke situatie stil te staan bij de waarschijnlijkheid dat bepaalde problemen zich zullen voordoen in de toekomst en de eventuele gevolgen daarvan. Door toepassing van de risicoformule: "kans * impact" krijgt u een beter beeld van de belangrijkste bedreigingen voor uw organisatie. Vanzelfsprekend is voorspellen niet eenvoudig. Zeker in een door overheidsbesluiten gedomineerde sector kan sprake zijn van grote onzekerheid. Maar dit laat onverlet dat toch zinvol is om al op voorhand de vraag te stellen: "Maar stel even dat.....gebeurt. Wat dan?"
Immers:

"The essence of risk management lies in maximizing the area's where we have some control over the outcome, while minimizing the areas where we have absolutely no control over the outcome and the linkage between effect and cause is hidden for us". (Peter L. Bernstein, 'Against the gods. The remarkable story of risk', 1996).

2 Strategische analyse

We kunnen bij een omvangrijk nieuwbouwtraject in de zorgsector analytisch meerdere fasen onderscheiden: de formulering van de strategie van de organisatie, de vertaling van de strategische keuzes in investeringsplannen en tenslotte de praktische uitvoering van de investeringsplannen, dat wil zeggen: het bouwproces. In dit hoofdstuk concentreren we ons op de eerste fase. Een strategische analyse bestaat in algemene zin uit een aantal elementen:

1. Een analyse van de ontwikkelingen in 'de buitenwereld' op 2 niveaus:
 - a. Macroniveau. Vaak aangeduid als PEST-analyse: Politiek, Economisch, Sociocultureel en Technologische ontwikkelingen. Ook demografische ontwikkelingen vallen hieronder. De analyse kan zonnodig ook internationale ontwikkelingen betreffen.
 - b. Marktanalyse.
2. Een analyse van de eigen organisatie.
3. Het 'matchen' van omgeving en organisatiekenmerken (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats: de zogenaamde 'SWOT'-analyse).

Met betrekking tot de analyse van de externe ontwikkelingen op macroniveau is voor zorginstellingen heel belangrijk hoe het gezondheidszorgbeleid door de Nederlandse overheid wordt ingevuld. (Dit geldt vanzelfsprekend niet alleen voor zorginstellingen met investeringsplannen). Hoewel politieke besluitvorming per definitie met onzekerheden omgeven is, en voorgenomen invoeringstermijnen regelmatig overschreden worden, geven de recentelijk gepubliceerde beleidsnota's wel 'de rode draad' van de beleidskoers voor de komende jaren. In de volgende paragraaf zetten we de belangrijkste financiële gevolgen van het overheidsbeleid op een rij.

2.1 Macro - ontwikkelingen

2.1.1 RISICO'S VAN OVERHEIDSBELEID

Het zorgbeleid is gebaseerd op de bij de overheid diepgewortelde overtuiging dat het mogelijk is om aanzienlijke efficiencyverbeteringen te realiseren. De zorgsector dient meer zorg, kwalitatief betere zorg dan wel meer klantgerichte zorg te leveren voor het geld. De kern van de maatregelen wordt gevormd door een wijziging van het bekostigingssysteem en de vorming van integrale tarieven. Hierna wordt uiteengezet wat de gevolgen hiervan zijn voor zorginstellingen.

Prijrisico's

- Momenteel is onduidelijk of en wanneer maatstafprijzen worden ingevoerd. Mocht het zover komen, dan zal dit leiden tot forse verschuivingen van geld tussen zorginstellingen.
- Verder wil de overheid in de komende jaren efficiencykortingen doorvoeren.
- Daar bovenop komen nog budgetkortingen omdat het zorgvolume in de afgelopen jaren hoger is uitgevallen dan was toegestaan.
- Specifiek voor ziekenhuizen geldt nog dat medisch specialisten waarschijnlijk druk zullen uitoefenen om eventuele inkomstendervingen als gevolg van het afschaffen van de lump-sum te compenseren, dan wel de maximum opslag op het uurtarief zullen bedingen.

Risico's van integrale tarieven

Doel van het beleid is instellingsbekostiging op basis van zorgproducten (DBC's of ZZP's) en integrale tarieven (dus inclusief kapitaallasten). De hoogte van de integrale tarieven of kapitaallastenvergoeding is vooralsnog onbekend. Het kwantificeren van de gevolgen is daarom nog niet mogelijk. Dit laat onverlet dat het management zich bewust moet zijn van de volgende risico's.

- Een gemiddelde vergoeding voor kapitaallasten via de integrale tarieven kan leiden tot ernstige 'mismatch' tussen inkomsten en uitgaven. De vastgoedsituatie loopt immers per organisatie uiteen.
- Naast dit 'instaprobleem' kan ook de absolute hoogte van de vergoeding tekortschieten in een specifieke situatie. De vergoeding is immers gebaseerd op een gemiddelde.
- Veel leningen kennen een (zeer) lange looptijd en geen of weinig renteherzieningsdata. Zijn de rentes vooral vastgesteld in 'dure' tijden, dan schiet de gemiddelde vergoeding via de maatstaf tekort. Is de financieringsstructuur rigide, dan kan dit een langdurig tekort opleveren.
- De gemiddelde vergoeding van rentekosten via de integrale tarieven is gebaseerd op de huidige

macro-uitgaven. Dit wil zeggen: op het kostenniveau in een risico-arme omgeving. Nemen de onzekerheden en risico's in het nieuwe stelsel toe, dan zullen financiers dit doorvertalen in hogere rente. De normatieve, op het verleden gebaseerde, rentevergoeding schiet dan tekort.

- De normatieve afschrijvingstermijn voor vastgoed (formeel nog steeds 50 jaar) is niet 'marktconform'. Als bij nieuwe investeringsprojecten door financiers kortere afschrijvingstermijnen gehanteerd worden, dan zijn de jaarlijkse afschrijvingskosten (dus nog afgezien van het eventuele instapmoment-effect) hoger dan de gemiddelde vergoeding in de maatstafarieven.
- De 'omzetting' van de huidige kapitaallastenvergoeding naar de nieuwe geschiedt op basis van een bepaald productievolume. Daalt de productie van een instelling onder dit normvolume (door concurrentie, of door disfunctionerende medisch specialisten) dan ontstaat een acuut probleem. De vaste (kapitaal)kosten worden dan immers niet meer volledig gedekt.
- De huidige budgetsystemen in cure en care zijn voor meer dan de helft productieongevoelig. Worden alle kostencomponenten in integrale tarieven verwerkt en daarmee variabel gemaakt, dan nemen de fluctuaties in de exploitatie en daarmee de risico's navenant toe. Vermogensversterking wordt noodzakelijk. De financiële Planning en Control systemen in zorginstellingen zijn nu nog vooral gericht op de uitgavenkant. In het nieuwe stelsel zal de eerste zorg van instellingen zijn dat de inkomsten nog binnengehaald moeten worden. Dit vraagt een heel andere oriëntatie van het management en een aanpassing van de bestaande interne systemen.
- Zorginstellingen lopen nu nauwelijks renterisico's. Binnen de rentenormering wordt immers op dezelfde datum waarop een instelling renteverplichtingen aangaat ook de budgetvergoeding vastgesteld. Het risico van verschillen tussen inkomsten en uitgaven als gevolg van marktfluctuaties wordt daardoor geëlimineerd. In het nieuwe systeem zit er een rentevergoeding versleuteld in het integrale tarief. De werkelijke rentekosten zullen hiervan afwijken.
- Zodra integrale tarieven worden ingevoerd, worden andere regels voor de jaarverslaggeving op zorginstellingen van toepassing. Dit heeft tot gevolg dat een deel van de huidige immateriële activa moet worden afgeboekt. Dit kan leiden tot een acute daling van het eigen vermogen, met daaruit voortvloeiende risico's voor de prijs en beschikbaarheid van financiering. Verder zullen de activa 'tegen het licht gehouden' moeten worden. Herwaarderings-effecten en inhaalafschrijvingen (doorwerkend in de jaarlijkse afschrijvingsbedragen en de exploitatierekening) kunnen het gevolg zijn.

2.1.2 MARKTRISICO'S

Naast de directe gevolgen van overheidbeleid, zijn er een aantal andere risico's te onderkennen die van belang kunnen zijn voor zorgaanbieders. Deze zijn geordend naargelang ze de kosten- of de inkomstenkant van de financiële exploitatie van de organisatie raken. Het overzicht is vanzelfsprekend niet limitatief, maar beperkt zich tot een aantal (vanwege de waarschijnlijkheid of de impact) relevante factoren.

Kostenkant

- Stijgende arbeidskosten wegens spanning tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt.
- In samenhang hiermee: CAO-kosten die onvolledig worden vergoed via de aanpassing van de tarieven (de zogenoemde 'OVA').
- Stijgende kosten van geneesmiddelen.
- Oplappende prijs van de financiering voor korte en lange leningen (als gevolg van hogere risico-opslag door banken, of verkrappende kapitaalmarkt).
- Honorariakosten medisch specialisten (waaronder 6 euro marge).

Inkomstenkant

- De inkomsten kunnen tegenvallen door dalend productievolume als gevolg van:
 - Toenemende concurrentie tussen bestaande aanbieders.
 - Concurrentie van nieuwe aanbieders (bijvoorbeeld gespecialiseerde -electieve- klinieken in de ziekenhuissector, gespecialiseerde klinieken in de GGZ, enzovoorts).
 - Productieverlies in ziekenhuizen door vertrek van specialisten die (deels) voor zichzelf beginnen.
 - Afvlakkende of dalende zorgvraag (op bepaalde segmenten).
 - Selectief contracteren verzekeraars.
 - Niet realiseren van geplande reductie van de verpleegduur, waardoor productiegroei niet kan plaatsvinden (veel ziekenhuizen combineren (ver)nieuwbouwplannen met beddenreductie).
- De inkomsten kunnen tegenvallen door druk op de met zorgverzekeraars overeen te komen prijzen (zorgverzekeraars worden meer risicodragend en dit zal doorwerken aan de onderhandelingstafel, openbare aanbesteding door verzekeraars).

2.2 De ontwikkeling van de zorgprocessen

Een gebouw is geen doel op zich, maar moet de zorgprocessen ondersteunen en daar goed op aansluiten. Een verkeerde keuze bij de opzet van het gebouw kan de gewenste inrichting van zorgprocessen belemmeren. In het verlengde hiervan dient daarom aandacht te worden geschonken aan de volgende aspecten:

- Bedrijfsprofiel / missie en doelstellingen.
- Ontwikkeling van de relevante zorgvraag.
- Demografische ontwikkelingen, zowel regionaal als subregionaal.
- Ontwikkelingen met betrekking tot epidemiologie en morbiditeit.
- De logistieke aspecten en de flexibiliteit ten aanzien van de zorgprocessen.

2.3 Marktanalyse

Voor dit doel zijn in de literatuur en adviespraktijk vele modellen voorhanden. Denk aan het bekende 'Five-forces'-model van Porter, of de diverse modellen die gebaseerd zijn op de 'Structure - Conduct - Performance' theorieën. Daarbij komen vragen aan de orde als: Wie zijn de concurrenten, waar zitten ze, hoe groot zijn ze, waar zijn ze goed in? Welke substitutiemogelijkheden zijn er of dreigen er, voor de producten die de eigen organisatie levert? Hoe zit het met de kostprijs en de marge per DBC/ZZP? Wat zijn de sterke en zwakke kanten van de eigen organisatie (mede gelet op de ambities en de marktsituatie) en waar liggen de kansen en bedreigingen (SWOT-analyse)? Puntsgewijs:

- Algemene bedrijfstakanalyse.
- Relatieve marktpositie ten opzichte van de concurrentie (ook qua prijs en kosten); de ontwikkeling in de tijd.
- Voorzieningen in naburige regio's.
- Substitutiemogelijkheden door 'aangrenzende' voorzieningen.
- Nieuwe toetreders.
- 'SWOT' analyse.

8

2.4 Risico's

Globaal geformuleerd komt de fase van de strategische verkenning er op neer dat men zich afvraagt hoe de wereld er uit ziet over grofweg vijf jaar (of langer) en welke rol en positie de organisatie in die omgeving inneemt of wil innemen. Naarmate een organisatie meer uitvoerig en diepgaand heeft stilgestaan bij 'de toekomst' vormt dit een beter fundament voor de verdere uitwerking en concretisering van een investeringsplan, en kan het investeringsplan als geheel aan geloofwaardigheid winnen. Ook biedt een strategische verkenning de zorginstelling daarna handvatten voor de monitoring van ontwikkelingen in de omgeving; het wordt duidelijk waarop moet worden gelet. Elke toekomstverkenning is echter inherent onzeker. Zelfs de meest uitvoerige analyse is daarom geen garantie voor succes. Omgekeerd is het wel zo dat het achterwege laten van toekomstverkenningen en het ontbreken van een toekomstbeeld betekent dat een investeringsproject het karakter krijgt van 'op hoop van zegen'.

Kanttekeningen

1. Duidelijk mag zijn dat, met betrekking tot de risicobepaling, het niet eenvoudig is om de 'risicoformule' (kans * effect) op elk van de hiervoor genoemde afzonderlijke aandachtspunten rechtstreeks toe te passen. Het (subjectieve) toetskader voor de afwegingen in deze fase laat zich als volgt duiden:
 - Is er voldoende breed en diepgaand naar gekeken?
 - Wat zijn de belangrijkste factoren en ontwikkelingen?
 - Zijn de conclusies consistent met deze feitelijke bevindingen?Naar de mate waarin dit het geval is zal het vertrouwen toenemen.
2. De realiteit gebiedt te zeggen dat de oriëntatie in zorginstellingen nog steeds sterk intern gericht is. Dit heeft te maken met het feit dat de zorgsector steeds een relatief stabiele omgeving is geweest en een externe focus voor de continuïteit van de organisatie niet van doorslaggevende betekenis was.

Ook spelen de machtsverhoudingen binnen de organisatie een rol. In een ziekenhuis is draagvlak bij en commitment van de medische staf onontbeerlijk voor het management om überhaupt stappen te kunnen zetten. In beeldspraak: het toneelstuk dat de organisatie gaat opvoeren wordt daardoor niet primair bepaald door de vraag wat het publiek wil zien, maar in hoge mate door de aanwezigheid van de belangrijkste acteurs, en hun opvattingen. Dit verhindert niet het uitvoeren van de interne en externe analyse, maar stelt wel beperkingen aan wat het management vervolgens met die inzichten kan doen.

3. Gaat het om een strategische analyse, de uitwerking van een investeringsplan of de bouwfase als zodanig, dan is het doorgaans aan te bevelen om hierbij externe expertise in te schakelen. Niet alleen vanwege de omvang van de werkzaamheden die een dergelijk proces meebrengt. Een nuchtere externe inbreng is ook van belang om tunnelvisie en te rooskleurige becijferingen te voorkomen. Het inschakelen van externe deskundigheid 'van naam en faam' kan daarom worden gezien als een belangrijke risicoreducerende factor.

Benadrukt moet worden dat het hierbij niet gaat om 'uitbesteden' maar van 'begeleiding'. Strategische besluitvorming moet tot stand komen en gedragen worden binnen de organisatie. Dit is cruciaal. Het is niet een 'kunstje' wat door derden kan worden uitgevoerd en kan worden 'ingekocht'. Het gaat bij een strategische analyse niet primair om een technische opsomming, maar vooral om het interactieve proces dat leidt tot breed gedragen besluitvorming binnen de organisatie.

4. Strategiebepaling is niet een eenmalige exercitie. Het is zinvol na verloop van tijd de strategie te heroverwegen in het licht van de kennis en situatie van dat moment. Zouden nu dezelfde keuzen worden gemaakt als destijds? Moeten ambities worden bijgesteld, of aanvullende acties worden ondernomen om de oorspronkelijke doelen te realiseren?

3 Investeringsplan

De strategische verkenningen die beschreven zijn in hoofdstuk 2 vormen de basis voor, en monden uit in een concreet investeringsplan. Dit 'businessplan' staat centraal in dit hoofdstuk. Vanwege het meer concrete en kwantitatieve karakter biedt het investeringsplan meer aanknopingspunten voor risicoanalyse, hoewel ook hier niet zelden sprake is van kwalitatieve en subjectieve elementen. In een businessplan voor een investering van aanzienlijke omvang dient in elk geval aandacht geschonken te worden aan de volgende clusters van factoren: de financiële haalbaarheid, de toekomstige flexibiliteit en bouwkundige en logistieke aspecten. In de volgende paragrafen wordt dit toegelicht. Vervolgens wordt stilgestaan bij de belangrijkste risico's.

3.1 Financiële haalbaarheid

Wensen zijn er altijd te over, maar zijn ze ook te betalen op de korte en lange termijn? Hoe efficiënt wordt de ruimte benut? Scenarioanalyses met betrekking tot onder meer productieomvang, prijs- en kostenontwikkelingen zijn onmisbaar om enig zicht te krijgen op de kwetsbaarheid voor eventuele tegenvallers en de robuustheid van de financiële 'plaatjes'. Met betrekking tot de financiële aspecten dienen de volgende punten daarom in het ondernemingsplan niet te ontbreken:

- Meerjaren exploitatiebegroting.
- Meerjaren liquiditeitsbegroting.
- Investeringsbegroting.
- Meerjaren balansbegroting.
- Scenario- en gevoeligheidsanalyses (met betrekking tot prijsmutaties - waaronder rentekosten - en volumemutaties).
- Rendementsberekeningen.

10

3.2 Flexibiliteit

Leegstand kan een organisatie financieel zwaar belasten. De kapitaalkosten lopen immers door. Niet alleen vanuit zorginhoudelijk perspectief, maar ook met het oog op mogelijk tegenvallende afzet- of marktontwikkelingen is flexibiliteit van groot belang. Het gaat hierbij niet alleen om bouwkundige, maar ook om juridische en organisatorische flexibiliteit. De vraag of er gebouwd of gehuurd moet worden hangt hiermee samen. Aandachtpunten zijn dus:

- Toekomstige flexibiliteit (zijn capaciteitsaanpassingen mogelijk zonder hoge kosten bij toekomstige veranderingen in vraag?). Hierbij past een genuanceerde benadering. Een OK-complex (de 'hot floor') is doorgaans niet eenvoudig naar believen uit te breiden of in te krimpen. Hierbij zal eventuele flexibiliteit vooral moeten worden gevonden in de juridische en/of organisatorische sfeer (bijvoorbeeld bedrijfstijdverlenging). Voor de kantoorfuncties in een ziekenhuis is fysieke capaciteitsaanpassing eenvoudiger te realiseren.
- De alternatieve aanwendbaarheid voor (een gedeelte) van het vastgoed is ook een aandachtspunt, maar lijkt vooral relevant voor de situatie na sluiting van het gebouw. Vanuit vastgoedperspectief lijkt functieverandering van leegstaande delen van een (specifiek) ziekenhuisgebouw (bijvoorbeeld verhuur als kantoor- of woonruimte) niet altijd een reële optie.
- Huur van niet-specifieke delen van het zorggebouw in plaats van zelf bouwen (zoals restauratieve voorzieningen, kantoorruimte) kan de flexibiliteit vergroten.

Het is van belang het gebouw niet alleen te beoordelen vanuit het gezichtspunt van de organisatie zelf, maar ook 'door de bril' van een belegger of vastgoedexploitant (met name ten aanzien van exploitatiebaarheid, toekomstige alternatieve aanwendbaarheid en waardeontwikkeling).

3.3 Bouwkundige en logistieke toetsing

Een belangrijk aandachtspunt is of de capaciteit en de functionaliteit van het gebouw in overeenstemming zijn met de zorgvraag (dit geldt vooral voor de minder eenvoudig aan te passen delen, de 'hot floor'). Verder is van belang dat de organisatie voldoende aandacht heeft geschonken aan de exploi-

teerbaarheid van het bestaande vastgoed in relatie tot de nieuwe investering (dat wil zeggen: er dient een *integrale* benadering plaats te vinden van de vastgoedportefeuille).

3.4 Risico's

Op elk van de hiervoor onderscheiden deelterreinen ligt een deel van de toetsing in de sfeer van: hoe grondig is er naar gekeken? Verder is een belangrijk aspect hoe 'voorzichtig' of 'ambitueus' de diverse aannamen en uitgangspunten zijn. Dit bepaalt de risico's die inherent zijn aan het investeringsplan. Doorslaggevend hierbij zijn het 'risicobesef', de risicoperceptie en de 'risk-appetite' van het management van de organisatie (is er wellicht sprake van een prestigeproject voor het management?). Enkele belangrijke risico's/toetspunten zijn hierna opgesomd en kort toegelicht.

3.4.1 EENZIJDIG OPTIMISME

Het belangrijkste toetspunt is het realiteitsgehalte van de uitgangspunten en aannamen die aan de financiële haalbaarheidanalyse ten grondslag liggen.

- Hoe reëel zijn de groeiveronderstellingen, mede gelet op de externe ontwikkelingen (Budgettaire kader Zorg, concurrentie, demografische groei, enzovoorts) en de interne mogelijkheden?
- Is de productiegroei tegen integrale 'prijzen' doorgerekend? Verzekeraars contracteren meerproductie nu al niet vanzelfsprekend tegen integrale vergoeding, maar hanteren een 'afslag'. Als de risicodragendheid van verzekeraars volgens plan wordt vergroot mag worden aangenomen dat de druk op de prijzen toeneemt. Ongelimiterde (over)dekking van vaste kosten bij productietoename lijkt niet waarschijnlijk. Een afslag op de vergoeding van meerproductie (afnemende marginale meeropbrengsten) is een meer reële aanname.
- In welke mate is op voorhand rekening gehouden met eventuele financiële tegenvallers? Bijvoorbeeld: budgetkortingen en taakstellingen door de overheid.
- De factor arbeid is in het zorgproces inhoudelijk en financieel dominant. Specifieke aandacht is geboden voor ramingen van de arbeidskosten (en eventuele exploitatietekorten die hier uit voortvloeien), en de vraag of groeiscenario's wel realiseerbaar zijn gelet op de kwantiteit en kwaliteit van het beschikbare personeel. Alle voorspellingen wijzen op toekomstige (landelijke) personeeltekorten.
- De kosten van geneesmiddelen vertonen door de tijd heen voortdurende stijgingen. Ook dit dient meegenomen te worden in de meerjaren exploitatieramingen.
- Met welke bezettingsgraad wordt gerekend? Bij ziekenhuizen ook: welke gemiddelde verpleegduur wordt als uitgangspunt genomen? Is dit realistisch, gelet op de huidige prestaties van de instelling en landelijke of internationale referentiegetallen?
- Is er een marge ingebouwd voor overschrijding van bouwkosten, vanwege meerwerk, doorberekende kostenstijgingen enzovoorts? Zeker bij spanning op de bouwmarkt en stijgende grondstofprijzen (materialen, vervoer) zijn kostenoverschrijdingen meer regel dan uitzondering. Een marge van 5% op voorhand inbouwen is volgens ervaringsdeskundigen verstandig. Bij gefaseerde bouwplannen speelt dit risico wellicht minder.

3.4.2 INVERDIENEFFECTEN OP VOORHAND INBOEKEN

In cijfermatige onderbouwingen wordt er vaak van uitgegaan dat het investeringsproject financiële voordelen zal opleveren. Bijvoorbeeld als gevolg van de betere logistiek van het nieuwe gebouw, of efficiencybesparingen als resultaat van investeringen in ICT. Naarmate het realiteitsgehalte van dergelijke aannames geringer is, nemen de risico's toe. Gaat het om ICT projecten, dan leert de ervaring dat:

- ICT projecten meestal duurder uitvallen dan vooraf wordt aangenomen;
- ICT projecten meestal langer duren dan vooraf wordt aangenomen;
- De besparingen meestal achterblijven bij de hooggespannen verwachtingen;
- Er in de tijd gezien een faseverschil optreedt: de (zekere) kosten komen 'vandaag', de (onzekere) inverdieneffecten pas 'morgen' of 'overmorgen'.

Soms staan de opbrengsten van voorgenomen bezuinigingsoperaties al (volledig) ingeboekt. Bij de beoordeling hiervan is het volgende relevant:

- Het overheidsbeleid is gebaseerd op het uitgangspunt dat er omvangrijke efficiencywinsten in de zorgsector te realiseren zijn. Meer/betere zorg voor hetzelfde geld dus. Via specifieke kortingen en prijsbeleid zal dit worden geëffectueerd. Als er al besparingen op voorhand worden ingeboekt

mag het alleen de besparingen betreffen die nog te realiseren zijn 'bovenop' wat de overheid al van bovenaf (expliciet of impliciet) afroemt.

- Het 'trackrecord' van het management is eveneens relevant. Ambitieuze taakstellingen die moeten worden uitgevoerd door een management dat in het verleden niet is staat is gebleken voorgenomen taakstellingen te realiseren, zijn niet erg geloofwaardig.

Naarmate het 'financiële plaatje' meer is gebaseerd op nog te realiseren taakstellingen, neemt het risico toe.

3.4.3 OMVANGRIJKE VERHUUR

Naarmate in een bouwproject een omvangrijker deel van de investeringen bedoeld is voor verhuur, is het belangrijker dat er op voorhand zekerheid kan worden geboden over de afname na realisatie. Dit impliceert dat er (principe)contracten aanwezig dienen te zijn. Onverhuurde ruimte is een financiële ballast voor de organisatie. De kapitaalkosten lopen door, terwijl de inkomsten ontbreken.

3.4.4 ONDUIDELIJKE JURIDISCHE STRUCTUUR

Voorwaarde voor een financiering- of garantiebeslissing is dat duidelijkheid moet bestaan over de juridische structuur van de zorgaanbieder. Anders is onduidelijk met wie of wat financiële relaties worden aangegaan. Waar zitten de activa, de financiële verplichtingen en de inkomsten? Ligt dit in één hand, dan is de situatie helder. Is er een hele 'kerstboom' opgetuigd, waarbij de duidelijkheid over de juridische, financiële en bestuurlijke verhoudingen ver te zoeken is, dan is verantwoord zakendoen onmogelijk. Minder transparantie betekent meer risico.

3.4.5 GEBREK AAN COMMITMENT VAN 'STAKEHOLDERS'

Bij ingrijpende investeringsprojecten is een breed draagvlak noodzakelijk, binnen en buiten de organisatie. Hoe staat de OR tegenover het plan? En de zorgverzekeraar(s)? Specifiek voor ziekenhuizen is van doorslaggevende betekenis in hoeverre de medische staf zich gecommitteerd heeft aan het project. Bestuur en specialisten moeten overeenstemming hebben over de doelstellingen en de toekomstige koers van het ziekenhuis.

- Is het noodzakelijke commitment aanwezig?
- Is de positieve opstelling in het voorbereidingsfase nog steeds van kracht bij de aanvang van het project (vaak jaren later)?
- Liggen er afspraken vast over langjarige afname van de te bouwen ruimte? Of worden er dure voorzieningen gecreëerd voor medisch specialisten die de optie openhouden om in een ZBC 'voor zichzelf te beginnen'?
- NB: hier ligt een relatie met eerder genoemde thema's. Hoe 'generieker' een ziekenhuis is gebouwd (bijvoorbeeld polikliniekruimtes) hoe groter het aanpassingsvermogen bij toekomstige veranderingen in zorgvraag (extern) of aanbod (intern).

3.4.6 FASERING BOUWPROJECT

Is het gehele project opgeknipt in delen, met in de tijd gefaseerde 'go - no go' beslismomenten? Met een gefaseerde aanpak blijft een grootschalig bouwproces beter beheersbaar en kan tussentijds nog worden bijgestuurd. De risico's die verscholen liggen in de onzekere marktontwikkelingen en het overheidsbeleid nemen hierdoor af. IJkpunt blijft natuurlijk dat er uiteindelijk een adequate voorziening tot stand moet komen.

3.4.7 FUSIES

Als de organisatie met investeringsvoornemens nog in een ingrijpend fusieproces verwickeld is, of aan de vooravond daarvan staat, is extra voorzichtigheid geboden. De praktijk leert immers dat het 'in elkaar schuiven' van financiële, administratieve en automatiseringssystemen doorgaans schromelijk wordt onderschat door het management van zorginstellingen. De kwaliteit en betrouwbaarheid van de managementinformatie en de sturing en beheersing kan daardoor gedurende een zekere periode onvoldoende zijn. In combinatie met het opstarten van een veeleisend en veelomvattend project kan dit extra risico opleveren.

4 Bouw

Ook gedurende de fase van het bouw kan de organisatie te maken krijgen met een veelheid aan risico's. In het navolgende worden hierbij de volgende categorieën onderscheiden: *organisatie, financiering en bouwproces*. Waar nodig wordt een en ander toegelicht. Het gemaakte onderscheid in risicocategorieën betekent vanzelfsprekend niet dat er geen samenhang tussen deze risicofactoren zou bestaan. Integendeel: juist de samenloop van fouten in de organisatorische, financiële en technisch-uitvoerende sfeer maakt dat problemen crisisachtige proporties kunnen aannemen. Een recent en uitvoerig beschreven voorbeeld hiervan is te vinden in het rapport van de Onderzoekscmissie Vlietland Ziekenhuis ('Slappe lagen, hard gelag'; november 2007; rapport en samenvatting zijn te downloaden via de website van het College Bouw).

Wat de organisatorische aspecten betreft gaat het voor een deel om factoren die het risicoprofiel van het bouwproject beïnvloeden, maar die binnen de invloedssfeer liggen van het management. Een voorbeeld is de wijze waarop het bouwmanagement wordt opgezet. Verder zijn sommige risicofactoren op voorhand vast te stellen, bijvoorbeeld een eventueel tekort aan kennis en ervaring op bepaalde terreinen. Wanneer dergelijke risico's worden onderkend, zijn deze op voorhand door gerichte maatregelen (zoals inschakelen van externe deskundigheid) te beperken of te elimineren. Van andere orde zijn de onzekere externe gebeurtenissen die de organisatie (wellicht) overkomen, zoals vertraging door weersomstandigheden of stijging van rente. De kans dat een bepaalde gebeurtenis zich manifesteert is dan vaak moeilijk in te schatten. Dit laat onverlet dat het zinvol is om op voorhand na te denken over hoe ernstig de gevolgen zouden (kunnen) zijn voor de organisatie, en vervolgens stil te staan bij de wenselijkheid en mogelijkheid om maatregelen te treffen.

4.1 Organisatie

Belangrijke aandachtspunten zijn:

- De algemene kwaliteit van de Planning en Control cyclus, het managementcontrolesysteem en het managementinformatiesysteem. Hoe betrouwbaar en bruikbaar is de beschikbare informatie binnen de organisatie als stuurinformatie?
(Dit is een relevant thema voor alle organisaties, niet alleen de zorginstellingen met investeringsplannen. Voor een goede projectsturing en -bewaking is dit echter cruciaal).
- Is de bewaking van het bouwtraject adequaat opgezet? (Is er bijvoorbeeld een audit commissie ingesteld? Hoe is de betrokkenheid van de Raad van Toezicht?). Hoe is/wordt het bouwmanagement ingericht?
- Is er voldoende deskundigheid en ervaring met complexe financieringsstructuren en derivaten bij respectievelijk de financiële functionarissen, de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht? Is er een treasury statuut aanwezig? Staan hierin bepalingen over rentederivaten?
(Zorgvuldig omgaan met renterisico's wordt voor zorginstellingen de komende jaren een 'must'. Met enige inspanning en gezond verstand komt men overigens doorgaans al een heel eind. Eerst dient de bestaande leningportefeuille goed doorgelicht te worden. Pas als de basis op orde is, komen rentederivaten en gestructureerde producten wellicht aan de orde. In sommige situaties kunnen deze instrumenten een toegevoegde waarde hebben boven een standaard lening. Onoordeelkundig gebruik kan echter grote schade opleveren. Voorzichtigheid en een weloverwogen besluitvorming zijn op dit terrein dus geboden.

Renteproducten zijn vaak technisch complex en moeilijk te doorgronden. Bovendien ontbreekt binnen zorginstellingen vaak de kennis en ervaring met deze producten. Dit brengt het risico met zich mee dat de instelling 'een poot wordt uitgedraaid' door een minder integere gesprekspartner. Om deze reden is het aan te bevelen dat zorginstellingen alleen in zee gaan met deskundige financiële partijen 'van naam en faam' (zoals grote banken) die gehouden zijn aan een zorgplicht en die een reputatie te verspelen hebben, en niet met allerlei zelfbenoemde experts. Verder is aan te bevelen dat een gespecialiseerd bureau wordt ingeschakeld om een 'contra-expertise' uit te voeren met betrekking tot de prijsstelling. Ook gecompliceerde samengestelde producten kunnen immers weer worden ontleed in hun basiselementen, die elk weer op prijsstelling kunnen worden beoordeeld. De kosten hiervan kunnen zeker bij grotere bedragen al snel een goede investering blijken.

Nog belangrijker is dat de organisatie ook zelf tot in detail doorgrondt hoe een dergelijk renteproduct in de praktijk uitpakt (of kan uitpakken in verschillende toekomstige situaties). Doorgrondt men waar de organisatie zich op vastlegt? Dat is zonder aanvullende toelichting op contracten niet altijd duidelijk.

Aan derivaten hangt altijd een prijskaartje. Gestructureerde producten kunnen duurder zijn dan een rechttoe rechtaan lening, ook al zijn die kosten niet altijd zichtbaar (bijvoorbeeld door impliciete saldering). Zeker in de financiële wereld geldt: 'There is no such thing as a free lunch'. Cadeautjes worden niet uitgedeeld. Als een leningarrangement te mooi klinkt om waar te zijn, kan er van worden uitgegaan dat het ook niet waar zal zijn).

- Hoe ligt de verantwoordelijkheid voor financieringsbeslissingen verdeeld in de organisatie? (De verantwoordelijkheid voor financiering en leningenbeheer is in veel zorgorganisaties in de afgelopen jaren 'naar beneden' gedelegeerd. Begrijpelijk, gelet op het tot op heden relatief risicoloze kader waarbinnen de besluiten plaatsvinden. In de komende periode, als de financiering meer vrijheidsgraden zal kennen en de toepassing van allerlei rente-instrumenten meer gebruikelijk zal worden dan nu het geval is, is een grotere en meer directe betrokkenheid van het bestuurlijke en toezichtbouwende niveau vereist. Daar dient men immers, in het kader van een meer algemeen risicomangement, volledig op de hoogte te zijn van de financiële arrangementen die de organisatie aangaat en de eventuele risico's die daaraan inherent zijn).
- Is er een draaiboek met risico inventarisatie?
- In welke mate is er binnen de organisatie kennis en ervaring ter zake van bouwkundige, logistieke en juridische aangelegenheden? (Dit laatste in verband met zaken als: gemeentelijke bouwverordeningen, provinciale wetgeving op terrein van bouw, subsidieregels, fiscale wetgeving, enzovoorts).
- Is er voldoende aandacht voor communicatie met de omgeving en andere stakeholders (voorlichting, inspraakprocedures). Is er een adequaat communicatieplan?

14

4.2 Financiering

Met betrekking tot de financiering van het investeringsproject zijn de volgende aandachtspunten te onderkennen:

- Is de beschikbaarheid en de prijs financiering al op voorhand vastgelegd/veiliggesteld? (De beschikbaarheid van financiering is tot op heden in de zorgsector nauwelijks een probleem geweest. Het aanbod van kapitaal is voor de zorgsector steeds ruim geweest. Dat kwam ook terug in een relatief lage rente. Zowel de (risicoverhogende) stelselwijzigingen als de kredietcrisis van het laatste jaar kunnen hierin verandering teweegbrengen. Enerzijds kan worden vastgesteld dat banken 'hard knokken' om behoud van marktaandeel in de zorgsector, met het wenkende perspectief van de marktwerking voor ogen. Aan de andere kant is kapitaal schaarser geworden. Wat de kredietcrisis ook heeft teweeggebracht in de financiële wereld, is een hernieuwd 'risicobesef', een fundamentele herbezinning op risico en de prijs die daaraan hangt, dan wel zou moeten hangen. Financiële partijen staan weer met beide benen op de grond. Het inzicht dat bomen niet altijd tot in de bemel groeien is weer terug. Ook wordt onderkend dat in de afgelopen jaren de ingecalculerde prijs voor risico door misplaatst optimisme en kortzichtigheid wel heel erg laag is geweest. In de marktsector lopen de rentemarges dan ook sterk op. Het is heel goed denkbaar dat dit ook in de zorgsector gaat gebeuren. De beschikbaarheid van financiering tegen lage prijzen mag niet langer als vanzelfsprekend worden aangenomen.

NB: grootschalige 'prestigeprojecten' in de zorg mogen zich doorgaans verbeugen in grote belangstelling van financiers en daardoor lage tarieven op leningen. De scherpe rente wordt hierbij niet zelden ingezet als 'binnenkoper'. Met de aan financiering verbonden 'cross-selling' (uitvoeren huisbankierschap, derivaten enzovoorts) wordt dan marge teruggehaald).

- Afhankelijk van de eventuele opeisingsclausules in het leningcontract kunnen de risico's aanwezig zijn van het tussentijds opvragen van leningen en het verhogen van risico-opslagen door banken. (Onder het systeem van 'Basel 2' wordt de solvabiliteitsverplichting van banken afgestemd op de individuele debiteur. Verslechtert de financiële positie van de instelling, dan kan dit resulteren in een forse toename van de rentekosten).
- Financieringsrisico door renteontwikkeling tijdens de bouwperiode. (Nu wordt een bouwproject door zorginstellingen doorgaans voorgefinancierd met kasgeldleningen. Na oplevering van de bouw worden de kasgeldleningen vaak in één keer geconsolideerd. Dit is niet meer verantwoord in het nieuwe vergoe-

dingensysteem. Met het oog op renterisico en flexibiliteit is een goede spreiding van rentebeziening- en aflossingsdata van leningen noodzakelijk. Het renteniveau op de kapitaalmarkt kan door de jaren heen immers sterk schommelen. Woningcorporaties hanteren daarom de regel dat per jaar niet meer dan 15% van de leningenportefeuille aan herfinancieringsrisico mag blootstaan. Ook voor zorginstellingen is een soortgelijk uitgangspunt in het treasury statuut wenselijk).

- Herfinancieringsrisico.

(Lopen contracten af die moeten worden geberfinancierd, dan kan dit - afhankelijk van de kapitaalmarktsituatie op dat moment - leiden tot stijgende rentekosten. Voor het aflopen van een garantieperiode van het WFZ geldt hetzelfde. Ook bij contractueel vastgelegde tussentijdse rentebeziening kan een kostenstijging optreden, als gevolg van marktontwikkelingen of een veranderde risicoperceptie door de bank. Toets de offerte dus op marktconformiteit. Wellicht ten overvloede: bij WFZ-geborgde leningen loopt de garantie gewoon door bij rentebeziening. Dit vrijwaart u van tussentijdse risico-opslagen door financiers; de gevoeligheid voor renteschommelingen op de kapitaalmarkt blijft echter ook hier aanwezig).

- Overfinancieringsrisico.

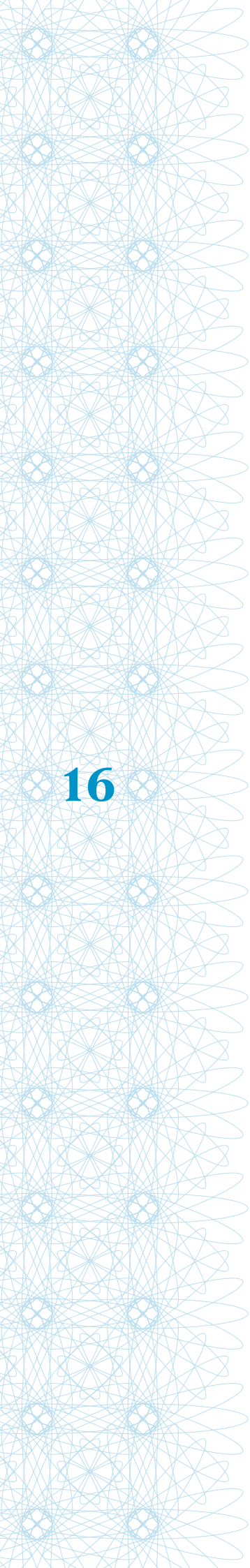
(Dit kan optreden als - om renterisico's uit te sluiten - al op voorhand langlopende contracten zijn afgesloten met vaste stortingsdata. Loopt de uitvoering van de bouwactiviteiten achter op schema, dan is er 'geld over').

4.3 Bouw

Gedurende het bouwproces kunnen zich naast de eerder genoemde aspecten nog tal van tegenvallers en problemen voordoen. Per situatie kunnen deze vanzelfsprekend uiteenlopen. Een 'staalkaart' van mogelijke risico's (overigens niet limitatief) wordt hieronder gepresenteerd. Doel hiervan is allereerst om een vertrekpunt te bieden voor een bezinning 'vooraf' op mogelijke problemen, en de ernst van de eventuele gevolgen voor het proces en de organisatie. Verder biedt deze inventarisatie aanknopingspunten voor de vervolgvraag 'hoe kan dit risico worden vermeden / beperkt? Een deel van de risico's ligt in de sfeer van 'professioneel opdrachtgeverschap' en is door middel van adequate juridische contracten en het inschakelen van externe expertise vooraf wellicht te vermijden of te beperken. Verder is het wellicht mogelijk bepaalde risico's te verzekeren of op andere wijze te verplaatsen buiten de organisatie.

Relevante risico's kunnen zijn:

- Het niet tijdig verkrijgen van vergunningen en toestemming.
- Verandering van regelgeving gedurende de planvorming.
- Tempo planontwikkeling blijft achter bij doelstelling.
- Problemen rond de nadere invulling van het programma van eisen
(bijvoorbeeld: hogere renovatiekosten, delen van het werkconcept die alsnog worden afgewezen).
- Stagnatie bouwproces tengevolge van milieubezwaren
(beschermde planten of dieren, archeologische vondsten, bodemverontreiniging, fijnstof).
- Vertraging door bouwproces door bijzondere klimaatomstandigheden
(langdurige vorst, stormschade, wateroverlast).
- Problemen als gevolg van geplande sloop of verkoop van de oudbouw voordat de nieuwbouw gereed is (door vertraging).
- Bezwaren brandweer
(kan zowel bij de opstelling van de plannen als vlak voor de daadwerkelijke ingebruikname).
- Onduidelijkheid over projectgrenzen of verantwoordelijkheidafbakening tussen diverse uitvoerende partijen. Wie is waarvoor verantwoordelijk?
- Afhankelijkheid van contractanten tijdens de bouw: architect, aannemers en onderaannemers.
- Fouten door de aannemer met betrekking tot regelgeving, voorbereiding of uitvoering.
- Uitvoeringsproblemen, bijvoorbeeld het niet beschikbaar zijn / te late levering van materialen.
- Constructiefouten.
- Tussentijdse wijzigingen in ontwerp en (constructie-)berekeningen.
- Faillissement van aannemer.
- Financiële claims van de gemeente voor het niet nakomen van afspraken of schade aan omgeving.
- Financiële claims van omwonenden in verband met schade aan woningen of bedrijfspanden.
- Onvoldoende kwaliteit of kwantiteit interim-voorzieningen.
- Aanloopproblemen bij de ingebruikname van de bouw.

- 
- Problemen vanwege verhuizing (tijdelijke productiedaling).
 - Bij (ver)bouw op bestaande locatie: overlast, (tijdelijke) capaciteitsbeperking of onderproductie, slechte bereikbaarheid voor ambulances. Veiligheid personeel en patiënten tijdens de uitvoering van de bouw gewaarborgd?