



De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Datum 27 juni 2005 Kenmerk Kq
Afdeling Economie

Betreft Strategische Positie Vastgoed

Recent hebt u de nota "Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg" aan de voorzitter van de Tweede Kamer gezonden. Daarin maakt u uw voornemen bekend voor de gezondheidszorg prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking te introduceren. Dit voornemen sluit aan bij uw beslissing de instellingen in de gezondheidszorg meer vrijheden en verantwoordelijkheden te geven, mede door middel van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Voor de bouw in de gezondheidszorg betekenen deze ontwikkelingen dat het steeds belangrijker wordt op een strategische manier om te gaan met gebouwen en locaties. Instellingen moeten hun vastgoed met andere ogen gaan bekijken. Sommige instellingen zijn hier al helemaal klaar voor, vele andere zijn geneigd een afwachtende houding aan te nemen vanwege de grote onzekerheid voor de nabije toekomst. Om die reden wil het Bouwcollege instellingen, met name de laatstgenoemde categorie, instrumenten in handen geven om het vastgoed op een andere wijze te bezien en er als het ware mee te 'spelen'. Met het oog daarop heeft het Bouwcollege een signaleringsrapport opgesteld, dat u hierbij wordt aangeboden.

Goed nadenken over de ontwikkeling van het zorgproces is een absolute voorwaarde voor een toekomstgericht gebouw. Als het gebouw er eenmaal staat, vormt het voor de instelling voor lange tijd een gegeven dat mede de vormgeving van het zorgproces bepaalt. Doordenkend vanuit logistiek, zorgpaden, disease management en de gevolgen voor vastgoed, kan verondersteld worden dat substantiële verschuivingen aannemelijk zijn. Daarbij is de vraag aan de orde of toekomstige groei nog wel in de tweede lijn opgevangen moet worden. Waarom zou niet voor het ontwikkelen van voorzieningen op het grensvlak van eerste en tweede lijn gekozen worden, met nieuwe gezondheidscentra-achtige voorzieningen, die nog dichterbij de vergrijzende doelgroepen staan? Zorgvastgoed zal hiermee kleinschaliger, pluriformer en 'gewoner' worden.



Door de dynamiek in de zorg hebben de instellingen veel baat bij een hoge graad van flexibiliteit. Flexibiliteit is onder te verdelen in verschillende hoofdvormen. In het signaleringsrapport wordt de nadruk gelegd op productflexibiliteit, die nauw samenhangt met de bouwkundige uitwerking van het vastgoed. Deze vorm van flexibiliteit kan de waarde van het vastgoed voor lange tijd garanderen, zodat geen kostbare ingrepen noodzakelijk zijn voor wijzigingen in het gebruik. Voorkomen moet worden dat de situatie dat een gebouw met een nog hoge boekwaarde (mede als gevolg van te lange afschrijvingstermijnen) gesloopt en door middel van nieuwbouw vervangen moet worden, zich in de toekomst veelvuldig blijft voordoen.

Verder zullen onder andere met het oog op cliënteneisen op het gebied van kwaliteit gesteld moeten worden, bijvoorbeeld ten aanzien van toegankelijkheid, loopafstanden en herkenbaarheid van voorzieningen. Ook deze eisen en wensen moeten meegewogen worden bij de opzet van nieuwe voorzieningen.

In het rapport wordt een beeld geschetst van toekomstige ontwikkelingen voor de ziekenhuizen en de AWBZ. Allereerst wordt een beschrijving gegeven van de kenmerken van de huidige vastgoed situatie, bij veel organisaties zal het vastgoedbeleid voor een groot deel worden bepaald door aanwezige gebouwen, organisatie en patiënten. Het volgende deel biedt een verkenning van ontwikkelingen in de zorg en de vertaling hiervan naar het toekomstige vastgoed. Vervolgens wordt een uitwerking gegeven aan een samenhangend vastgoedbeleid door een modelmatige analyse voor nieuwbouw en een casus van een bestaande organisatie. Door daarbij nog de vraag te betrekken welke functies wel of niet gewenst zijn op de diverse locaties, ontstaan mogelijkheden om ontwikkelingen in overeenstemming met het vastgoed te brengen.

Door het Bouwcollege is bijvoorbeeld een modelmatige analyse gemaakt van de functies van een basisziekenhuis die kunnen worden geclusterd. Uit de analyse komt naar voren dat het ziekenhuis kan worden onderverdeeld in drie schillen: ten eerste de *hot floor* met alle kapitaalintensieve functies die uniek zijn voor de ziekenhuisfunctie. Dit zijn onder meer de operatiekamers, de beeldvormende diagnostiek en de intensive care. Ten tweede de *low care*-verpleegafdelingen, waar, naast verzorging, de hotelfunctie voorop staat. De vraag is in hoeverre dit afwijkt van hotelachtige voorzieningen. Ten slotte alle kantoorvoorzieningen, administratie, stafafdelingen en de polikliniek. Het is namelijk zeer de vraag of veel polikliniekfuncties niet in gewone kantoorvoorzieningen zouden kunnen worden ondergebracht. In Amerika en Australië komt dit veel voor.

Voor de AWBZ is een vergelijkbare modelmatige analyse gemaakt. De AWBZ wordt evenwel gekenmerkt door een grote verscheidenheid aan doelgroepen/zorgvragers met uiteenlopende zorgbehoeften, waardoor verschillen ontstaan in ruimtebehoefte, afwerkingsniveau en vormgeving. In de AWBZ-sector is sprake van een grotere verscheidenheid aan eigendom en huursituaties. In sommige deelsectoren is meer ervaring met externe vastgoedpartijen (woningcorporaties, projectontwikkelaars) aanwezig. Een niet onbelangrijk gegeven in de AWBZ is dat wonen, naast zorg, een voornaam onderdeel van het primaire proces vormt.



De voorstellen inzake prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking hebben voor instellingen in de gezondheidszorg verstrekking financiële implicaties en betekenen dat deze hun strategie ten aanzien van het vastgoed moeten (her)overwegen. Belangrijke vraagstukken daarbij zijn eigendomsverhoudingen, functies zelf aanbieden of van anderen betrekken, de spreiding van functies over locaties en flexibiliteit met het oog op de onzekere toekomst. De Raad van Toezicht van een instelling heeft in deze een bijzondere verantwoordelijkheid bij het toezien op de keuzes die door de Raad van Bestuur gemaakt worden.

Het Bouwcollege is voornemens zorginstellingen bij deze vraagstukken op diverse manieren en met verschillende producten terzijde te staan.

Hoogachtend,

de algemeen secretaris,

de voorzitter,

mr. T. Vroon

drs. R.L.J.M. Scheerder



**College bouw
ziekenhuisvoorzieningen**

Postbus 3056

3502 GB Utrecht

T (030) 298 31 00

F (030) 298 32 99

E cbz@bouwcollege.nl

I www.bouwcollege.nl

STRATEGISCHE POSITIE VASTGOED

Signaleringsrapport

Uitgebracht

aan de Minister van Volksgezond, Welzijn en Sport

Vastgesteld

door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen op 27 juni 2005

Rapportnummer 584

ISBN



INHOUDSOPGAVE	1
SAMENVATTING	2
1. INLEIDING	6
2. BREDERE CONTEXT VAN STRATEGISCH VASTGOEDBELEID	8
2.1 Beleidsvoornemens van VWS en kenmerken van instellingen	8
2.2 Aanpalende onderwerpen	11
3. UITGANGSPUNTEN VOOR HET VASTGOEDBELEID	14
3.1 Inleiding	14
3.2 Vastgoed in de algemene en categorale ziekenhuizen	17
3.3 Vastgoed in de AWBZ	24
4. CONCLUSIES	32

0. Samenvatting

Recent heeft de Minister van VWS de nota "Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg" aan de voorzitter van de Tweede Kamer gezonden. Daarin maakt de Minister zijn voornemen bekend voor de gezondheidszorg prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking te introduceren. Dit voornemen sluit aan bij de beslissing van de Minister de instellingen in de gezondheidszorg meer vrijheden en verantwoordelijkheden te geven, mede door middel van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Voor de bouw in de gezondheidszorg betekenen deze ontwikkelingen dat het steeds belangrijker wordt op een strategische manier om te gaan met gebouwen en locaties. Instellingen moeten hun vastgoed met andere ogen gaan bekijken. Sommige instellingen zijn hier al helemaal klaar voor, vele andere zijn geneigd een afwachtende houding aan te nemen vanwege de grote onzekerheid voor de nabije toekomst. Om die reden wil het Bouwcollege instellingen, met name de laatstgenoemde categorie, instrumenten in handen geven om het vastgoed op een andere wijze te bezien en er als het ware mee te 'spelen'.

Instellingen denken ook steeds meer na over de effectiviteit van functies voor het primaire proces. De situering van een functie op een locatie is mede van belang in verband met de toegevoegde waarde. Omgekeerd kan van locaties of bouwdelen worden bepaald wat hun waarde is in termen van hun situering door het vastgoed te kwalificeren met een A, B of C. Door deze koppeling tussen situering en effectiviteit voor het primaire proces ontstaat een hulpmiddel voor het ontdekken van de mogelijkheden tot spreiding of clustering van functies.

Met het toenemen van de dynamiek in de zorg stijgt ook het belang van flexibiliteit, dat in vier hoofdvormen zou kunnen worden onderscheiden: financieel, organisatorisch, proces en product. Flexibiliteit moet doelgericht worden gecreëerd, reagerend op de ontwikkelingen die de zorginstelling en het vastgoed mogelijk gaan beïnvloeden. Na een afweging van de kosten en baten tegen de inschatting van de kans dat de flexibiliteit benut gaat worden, wordt flexibiliteit juist daar aangebracht waar in de toekomst veranderingen zijn te verwachten.

Met de introductie door het kabinet van prestatiebekostiging inclusief de bijbehorende kapitaallasten ontstaat een prikkel tot rationalisatie en optimalisatie van het gebruik van het vastgoed. In de literatuur over strategisch vastgoedbeleid komt een aantal elementen steevast naar voren: het betreft activiteiten, gebaseerd op een visie, waarbij het vastgoed optimaal moet bijdragen aan het op korte en lange termijn functioneren van de instelling in overeenstemming met de bedrijfsdoelstellingen. Vastgoed wordt daarmee in de gezondheidszorg, veel meer dan voorheen, een van de bedrijfsmiddelen van een instelling. Tot nu toe werd het vastgoed met name als een gegeven beschouwd, maar beslissingen over het vastgoed hebben verstrekkende en langlopende gevolgen.

Ziekenhuizen

Hoe zou het voorgaande voor ziekenhuizen concreet gemaakt kunnen worden? Het is te verwachten dat de afname van het aantal instellingen, als gevolg van fusies, niet gepaard gaat met een even grote daling van het aantal locaties. Mede vanwege de gewenste spreiding van de zorg neemt het aantal poliklinische locaties naar verwachting toe. Het aanbod op de verschillende locaties wordt gedifferentieerder: specifieke functies worden bijvoorbeeld op één locatie geconcentreerd. Ziekenhuizen krijgen uiteenlopende verschijningsvormen.



Deze veranderende visie op zorgverlening is in drie kernpunten samen te vatten: het zorgproces wordt centraal gesteld, niet de voorzieningen; er komt een betere aansluiting tussen de door het ziekenhuis geleverde zorg en de zorg die voorafgaand en aansluitend plaatsvindt; de zorg wordt zo dicht mogelijk bij de patiënt thuis gebracht.

Voor de infrastructuur betekent deze ontwikkeling de keuze voor een netwerkorganisatie. Er ontstaat een hoofdlocatie, met een concentratie van acute en high tech zorg, met daaromheen kleinere centra voor electieve zorg, preventie en beperkte behandeling. Deze kleinere centra worden gecombineerd met eerstelijnsvoorzieningen. ICT vormt een belangrijk onderdeel van het concept van een netwerkorganisatie.

Daarnaast en samenhangend met deze visie zijn organisaties bezig met het opzetten van één logistiek centrum dat functioneert voor verschillende ziekenhuizen in de regio. Op de hoofdlocaties van die instellingen ontstaat daardoor meer bewegingsvrijheid om een logisch, compact gebouwencomplex te ontwikkelen.

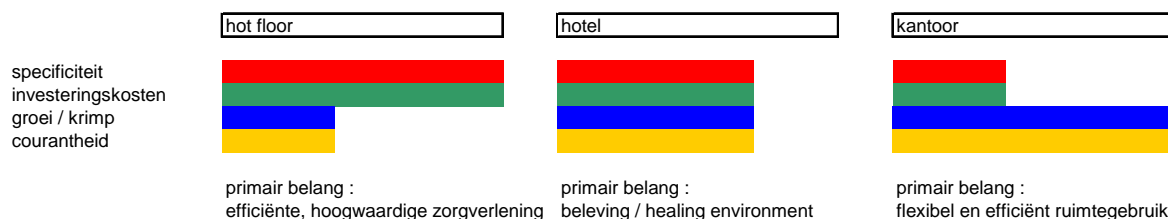
Het Bouwcollege heeft een modelmatige analyse gemaakt van de functies van een basisziekenhuis die kunnen worden geclusterd. Uit de analyse blijkt dat het ziekenhuis kan worden onderverdeeld in drie schillen: de zogenaamde hot floor (kapitaalintensieve functies die uniek zijn voor het ziekenhuis), de low care-verpleegafdelingen waar de hotelfunctie voorop staat en, als derde, alle kantoorvoorzieningen en onder andere de polikliniek.

De gebouwdifferentiatie is weergegeven in de volgende tabel (waarbij de functies die kunnen worden uitbested of elders gehuisvest (de resterende 20%) niet zijn meegenomen).

hot floor (ca. 30%)	hotel (ca. 30%)	kantoor (ca. 20%)
OK-complex beeldvormende en nucleaire technieken intensive care en specials Dagverpleging spoedeisende hulp (meestal) event. Specifieke poli's event. Spoedlabs	algemene verpleging low care event. medium care herstel en reactivering aanvullende voorzieningen (zotel, naastenverblijf)	Poliklinieken Stafaccommodatie beheer en administratie event. Opleidingen

Met name in de poliklinische sfeer zal naar de huidige inzichten flexibiliteit beschikbaar moeten zijn. Vooral de derde schil moet dus kunnen groeien (of krimpen). De vraag is daarbij aan de orde of dit, gelet op de toename van het aantal chronisch zieken, wel op de klassieke manier in ziekenhuisbouw moet worden vormgegeven.

Wanneer in termen van specificiteit, investeringskosten, groei/krimp en courantheid naar de drie schillen wordt gekeken, ontstaat een samenhang met de gebouwdifferentiatie. Deze samenhang is in de volgende tabel weergegeven.



De oppervlakte van de hot floor betreft specifieke m²'s, waarvan de investeringskosten hoog zijn. Bij de kantoorfuncties zijn de specificiteit en de investeringskosten relatief laag, maar zijn de mogelijkheden om te kunnen groeien of krimpen belangrijk, evenals de courantheid van deze oppervlakte.

Als uitwerking van de gebouwdifferentiatie zal het Bouwcollege in 2005 een modelstudie uitvoeren naar de opzet van het compacte ziekenhuis. Hierin zal ook aandacht worden besteed aan spreiding van functies over de locaties in relatie tot effectiviteit voor het primaire proces (A-, B- en C-locaties). Overigens is een uitwerking van gebouwdifferentiatie ook mogelijk in bestaande bouw.

De AWBZ-sectoren

De AWBZ kenmerkt zich, in tegenstelling tot ziekenhuizen, door een grote verscheidenheid aan doelgroepen en zorgvragers met uiteenlopende zorgbehoeften, waardoor verschillen ontstaan in ruimtebehoefte, afwerkingsniveau en vormgeving. Verder is sprake van een grotere verscheidenheid aan eigendom en huursituaties en bestaat in sommige sectoren meer ervaring met externe vastgoedpartijen (woningcorporaties, projectontwikkelaars) dan in andere. Ook niet onbelangrijk is dat in de AWBZ wonen, naast zorg, een belangrijk onderdeel van het primaire proces is.

De bouw voor de AWBZ is te onderscheiden in de categorieën licht, zwaar en beveiligd. Voor de categorie licht wordt de bouw gekenmerkt door voorzieningen voor specifieke generieke woningbouw, waarbij de gebouwen uitwisselbaar zijn. Circa 55% van de gebruikers van intramurale AWBZ-zorg verblijft in dergelijke gebouwen, waarvan de helft in eigendom van de zorginstelling is. In de categorie zwaar wordt het woongebouw afgestemd op de specifieke doelgroep en ligt het accent meer op de combinatie van verblijf en behandeling. Hier verblijft zo'n 45% van de gebruikers van intramurale AWBZ-zorg, waarbij 90% van de gebouwen eigendom van de zorginstelling is. Voor de zeer kleine categorie beveiligd (minder dan 1% van de totale intramurale AWBZ-populatie) worden zeer specifieke gebouwen neergezet, die geen relatie met woningbouw vertonen en niet uitwisselbaar zijn. Deze gebouwen zijn allemaal in eigendom bij de zorginstellingen.

De mogelijkheden voor strategisch vastgoedbeleid lijken het grootst in de categorie licht. Het harmonisatiecriterium is daar als uitgangspunt genomen voor de te realiseren bouw en de specificiteit van de voorziening is laag.

Ook in de AWBZ kunnen drie functies worden onderscheiden: het verblijf (de woonfunctie), activiteiten (onder andere dagbesteding) en de kantoorfunctie. Doordat het spectrum aan soorten voorzieningen



binnen de AWBZ breed is, kan een vergelijking in percentages zoals bij de ziekenhuizen gepresenteerd hier niet worden aangegeven.

Overigens is voor een deel van de intramurale AWBZ-sectoren het scheiden van wonen en dagbesteding een basiskwaliteitseis. Voor andere doelgroepen kunnen de verblijfs- en zorgfuncties juist niet worden gescheiden. De opzet en structuur (en daarmee de courantheid) van gebouwen worden mede bepaalde door de vraag of binnen een gebouw meer dan één functie moet worden aangeboden of dat deze functies gescheiden moeten worden.

Ook in de AWBZ kan een combinatie worden gemaakt van de functies enerzijds en aspecten als specificiteit, investeringskosten, flexibiliteit en courantheid anderzijds. Dit leidt tot de volgende tabel.

	Wonen	Activiteiten	kantoren
specificiteit			
investeringskosten			
flexibiliteit			
courantheid			
	primair belang :	primair belang :	primair belang :
	a-specifieke woningbouw	multifunctioneel bruikbaar	flexibel en efficiënt ruimtegebruik

Voor zowel de functie wonen als voor de kantoren is de courantheid van groot belang, terwijl flexibiliteit een grote rol speelt voor de oppervlakte van de activiteitenfunctie en de kantoren.

Met deze benadering kan worden gezien welke functies minimaal nodig zijn en op welke manier deze functies kunnen worden gerealiseerd. De 'compacte' voorziening kan zo worden bepaald, waaraan elementen die (strategische) meerwaarde kunnen leveren voor de locatie kunnen worden toegevoegd.

Conclusie

Huisvestingsbeleid zal, als gevolg van de veranderende (wettelijke) omgeving hoger op de agenda van de Raad van Bestuur van een zorginstelling komen te staan en kan niet (langer) worden gedelegeerd aan het hoofd van de facilitaire dienst. De Raad van Bestuur zal dit zelf in portefeuille moeten nemen. Belangrijke vraagstukken daarbij zijn eigendomsverhoudingen, functies zelf aanbieden of van anderen betrekken, de spreiding van functies over locaties en flexibiliteit met het oog op de onzekere toekomst. Het Bouwcollege is voornemens zorginstellingen bij deze vraagstukken op diverse manieren en met verschillende producten terzijde te staan.



1. Inleiding

Recent heeft de Minister van VWS de nota "Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg" aan de voorzitter van de Tweede Kamer gezonden. Daarin maakt de Minister zijn voornemen bekend voor de gezondheidszorg prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking te introduceren. Dit voornemen sluit aan bij de beslissing van de Minister de instellingen in de gezondheidszorg meer vrijheden en verantwoordelijkheden te geven, mede door middel van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). In de ogen van het kabinet betekent dit: meer vrijheid om toe te treden tot de markt, meer vrijheid om de juiste beslissingen te nemen over investeringen en desinvesteringen, meer vrijheid om de gewenste rechtsvorm te kiezen en meer vrijheid om de verkoopprijzen vast te stellen. De patiënt/cliënt profiteert hiervan, omdat meer rekening zal worden gehouden met zijn of haar wensen. Daar waar terreinen en gebouwen van instellingen tot nu toe een gegeven vormden, vanwege de automatische nacalculatie na een afgegeven vergunning in het kader van de WZV, zullen de kosten hiervan straks als onderdeel van de integrale kostprijs van verrichtingen door de instelling een rol gaan spelen in de onderlinge concurrentie tussen instellingen die in essentie hetzelfde product aanbieden.

De eerste contouren van de beoogde verandering beginnen de laatste jaren zichtbaar te worden. Op dit moment nemen ze tevens de eerste concrete vormen aan: diagnosebehandelcombinaties (DBC's) voor de sector ziekenhuizen (voor alle verrichtingen bepaald, waarbij voorlopig voor 10% van de verrichtingen, het zogenaamde B-segment, de prijsvorming is vrijgelaten en een vaste opslag van 12,5% voor de kapitaallasten is afgesproken), het afschaffen van de contracteerplicht (thans nog alleen voor de extramurale zorg en het genoemde B-segment), het toelaten van op winst gerichte zorgaanbieders (onder de WTZi).

Instellingen worden daarom gedwongen, of ze dat nu leuk vinden of niet, op een strategische manier naar hun vastgoed (terreinen en gebouwen) te kijken en er als het ware mee te 'spelen'. Voor sommige instellingen vooral een uitdaging, voor anderen een afschrikwekkend toekomstbeeld dat niet past in hun opvattingen over op een goede manier zorg verlenen. Maar beide soorten instellingen, of liever de leidinggevendenden daarvan, worden geconfronteerd met deze ontwikkelingen.

Tegen deze achtergrond heeft het Bouwcollege besloten strategisch vastgoedbeleid een belangrijk onderdeel van zijn werkprogramma 2005 te laten zijn. Het Bouwcollege is voornemens te komen met aanbevelingen en uitgangspunten waarmee instellingen in staat worden gesteld verder zelf inhoud te geven aan hun huisvestingsbeleid.

Bij de beschouwingen over het strategisch huisvestingsbeleid zal onder meer aandacht worden besteed aan de strategische keuzes die ten aanzien van de huisvesting zijn te maken. Daarbij zal gebruik moeten worden gemaakt van langere planningshorizonten dan tot heden in het kader van de langetermijn huisvestingsplannen (LTHP's) gebruikelijk is. Ook zal aandacht worden besteed aan de zogeheten 'portefeuillegedachte', waarbij onder andere de vraag aan de orde komt in hoeverre de instelling het onroerend goed in eigendom moet hebben.

Verder zal, als voortzetting van de in 2004 uitgevoerde studie 'Relatie tussen investeringen versus exploitatiekosten', aandacht worden besteed aan de aanpasbaarheid, de uitbreidbaarheid en de afstootbaarheid van voorzieningen. Het strategisch huisvestingsbeleid zal immers ook gericht moeten zijn op het behoud van de waarde van het vastgoed.



In dit signaleringsrapport wordt allereerst de bredere context van strategisch vastgoedbeleid geschetst. Vervolgens worden de mogelijkheden om te 'spelen' met het vastgoed nader verkend. Daarbij wordt onder meer aandacht besteed aan mogelijke verschillen tussen cure en care en aan de specificiteit van gebouwen en functies. De notitie wordt afgerond met enkele conclusies.

In vervolgnottities die later dit jaar zullen verschijnen zal een viertal deelonderwerpen die onder het hoofdonderwerp vallen nader worden uitgewerkt: de relatie tussen investeringskosten en exploitatiekosten, de kapitaallastenproblematiek ten gevolge van de overgang van aanbod- naar vraagsturing, nieuwe modellen/concepten voor ziekenhuizen en nieuwe ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg en de gevolgen voor de infrastructuur.



2. Breder context van strategisch vastgoedbeleid

In de definities in de literatuur over strategisch vastgoedbeleid komt een aantal elementen steevast naar voren: het betreft activiteiten, gebaseerd op een visie, waarbij het vastgoed optimaal moet bijdragen aan het op korte en lange termijn functioneren van de instelling in overeenstemming met de bedrijfsdoelstellingen.

Vastgoed wordt daarmee in de gezondheidszorg, veel meer dan voorheen, een van de bedrijfsmiddelen van een instelling. Tot nu toe werd vastgoed met name als een gegeven beschouwd in de gezondheidszorg. Beslissingen over het vastgoed hebben evenwel verstrekende en langlopende gevolgen.

Gezien de veranderende omgeving van instellingen in de gezondheidszorg, onder andere blijkend uit beleidsvoornemens van het ministerie van VWS, wordt strategisch vastgoedbeleid de komende jaren steeds belangrijker. Allereerst wordt in dit hoofdstuk een beeld geschetst van de componenten van de veranderingen en van een aantal relevante gegevens van instellingen die van belang zijn voor het al dan niet eenvoudig kunnen inspelen op deze omgevingswijzigingen.

2.1 Beleidsvoornemens van VWS en kenmerken van instellingen

Marktwerking en prestatiebekostiging

Naar de mening van het ministerie van VWS is gereguleerde marktwerking het middel om de instellingen een prikkel te geven de klant als koning te zien. De centrale aanbodsturing wordt vervangen door gereguleerde concurrentie (decentrale vraagsturing). Om dit te bereiken worden bestaande wetten (Zfw, AWBZ, WTG, WZV) aangepast en deels vervangen (Zorgverzekeringswet, WTG-Expres, WTZi) en meer van elkaar losgekoppeld.

De toelating van een instelling is geregeld in de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), waarbij een toelating nu nog recht geeft op een overeenkomst met een ziekenfonds. Daar waar sprake is van bouw kan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de toelating instantie, geen instelling toelaten die niet over een vergunning ex Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) beschikt. Via de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) worden vervolgens de kapitaallasten die voortvloeien uit de vergunning nagecalculeerd, onafhankelijk van de geleverde productie.

Met de inwerkingtreding van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) verdwijnt de automatische koppeling tussen toelating en vergunning. Alle instellingen moeten over een toelating beschikken, maar een vergunning is alleen vereist voor zover het bouwregime van toepassing is. Het bouwregime is nog slechts van toepassing voor grootschalige intramurale instellingen. Verder verdwijnen de toelatingbepalingen voor zorgaanbieders uit de Zfw en de AWBZ en maken deze evenmin onderdeel meer uit van de nieuwe Zorgverzekeringswet.



Vanaf 1 januari 2005 zijn in de Zfw, voor bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) nader te bepalen vormen van zorg, uitzonderingen mogelijk op de wederzijdse contracteerplicht van instellingen en ziekenfondsen. In de AWBZ bestond die mogelijkheid bij AMvB al. In de Zorgverzekeringswet, waarvan de beoogde ingangsdatum 1 januari 2006 is, wordt een verdere beweging gemaakt: er is geen contracteerplicht, tenzij die voor bij AMvB nader aan te wijzen vormen van zorg wordt opgelegd. Daarbij wordt nog onderscheid gemaakt tussen lichte en zware contracteerplicht.

Daarnaast biedt de WTZi de mogelijkheid, via AMvB, om ondernemingen met winstoogmerk toe te laten tot de markt van de gezondheidszorg.

De WTG-Expres verandert op zich niets in het principe van het toekennen van vergoedingen voor huisvestingslasten van instellingen, voor zover de bouw onder het bouwregime valt.

Al deze wijzigingen zijn noodzakelijk, aldus het kabinet, om de overgang van budgettoewijzing naar prestatiebekostiging mogelijk te maken. De stappen die daarvoor nodig zijn, zijn de volgende: het definiëren van een producten- of dienstenstructuur, het toerekenen van alle bedrijfskosten aan die producten en diensten, het door de overheid vaststellen van efficiënte prijzen van de producten en diensten dan wel het vrij laten van de prijzen en, ten slotte, het risicodragend maken van instellingen door ze zelf verantwoordelijk te laten zijn voor de gevolgen van afzet- en/of prijschommelingen.

“Kapitaallastenbrief” over transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg

De Tweede Kamer heeft het ministerie van VWS verzocht aan te geven hoe zal worden omgegaan met de risico's voor instellingen voor gezondheidszorg die samenhangen met eigen verantwoordelijkheid van die instellingen voor investeringsbeslissingen op het gebied van bouw. Ook het punt van de eigendomsverhoudingen en het al dan niet toestaan van uitkeerbare winst is daarbij in beeld gekomen. Met de zogeheten kapitaallastenbrief tracht het ministerie op de vragen die in de Kamer leven antwoord te geven.

In de nieuwe situatie vindt de afrekening van kapitaallasten plaats op basis van geleverde prestaties. Kapitaallasten worden terugverdiend via de prijzen van de afgezette producten en diensten. Er wordt onderscheid gemaakt naar deelmarkten: sommige deelmarkten zijn toe aan een systeem van vrije prijsvorming, de kapitaallasten zijn dan niet langer separaat zichtbaar. Andere deelmarkten zijn nog niet zover, hier vindt efficiënte prijsvorming plaats via overheidsregulering. Een genormeerd deel van de prijs dient dan ter dekking van de kapitaallasten.

In de cure wordt het huidige stelsel van bekostiging vervangen door de dbc-systematiek, in de care door de functiegerichte bekostiging. In de kapitaallastenbrief wordt aangegeven dat prestatiebekostiging ook impliceert dat instellingen baat krijgen bij een hogere productie. Met name voor de AWBZ is het van belang, zo schrijft de minister, dat een adequate tegenkracht wordt ontwikkeld via een versterking van de vraagkant.

Het ministerie is voornemens bij de verdere uitwerking en het tempo van implementatie een aantal criteria te hanteren. Deze criteria zijn deels onderling strijdig. Beleidsmatige afwegingen zijn derhalve onontkoombaar. Het ministerie noemt de volgende criteria:

- Waarborgen van de continuïteit van zorg.
- Tarieven en budgetten die het transitieproces het best ondersteunen.
- De veranderingen van de bekostigingsmodellen en de eindmodellen zijn eenvoudig te doorzien en in de praktijk uitvoerbaar.
- Beperkte administratieve lasten.

- Macro-budgettair inpasbaar.
- Bevorderen van gelijk speelveld, voorstellen mogen bijvoorbeeld niet belemmerend zijn voor nieuwe toetreders.
- Weinig belastend voor andere deelmarkten. Daarbij wordt vooral aan de verzekeringsmarkt gedacht.
- Voldoende draagvlak bij alle partijen.

Aparte aandacht wordt in de kapitaallastenbrief besteed aan “onderbekostiging” en “overbekostiging”. Dit betreft een financieringsprobleem. In het nieuwe systeem heeft de uniforme vergoeding van de kapitaallasten (de normatieve huisvestingscomponent) over de jaren heen een constant verloop. De werkelijke huisvestingslasten worden bepaald door de investeringen die worden gepleegd door de zorginstelling. Omdat instellingen in de transitiefase van het oude naar het nieuwe systeem nog geen overliquiditeit hebben kunnen opbouwen, kan onderliquiditeit in deze fase een probleem vormen. In het model dat voor de sector ziekenhuizen is ontwikkeld is inderdaad in de eerste jaren sprake van onderliquiditeit.

De Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) geeft in een brief aan de minister van VWS als reactie op de kapitaallastenbrief aan dat de NVB niet goed kan inschatten wat de risico's zijn die uit de gewijzigde wet- en regelgeving op dit punt voortvloeien. Totdat meer helderheid is geschapen over de nadere invulling van de WTZi behouden de leden van de NVB zich alle rechten voor om de stelselwijzigingsclausule, die in hun leningscontracten aan instellingen is opgenomen, in te roepen als de betreffende bank van mening is dat de situatie dat rechtvaardigt.

Boekwaardeproblematiek

De waarde van de gebouwen en terreinen van instellingen in de gezondheidszorg, zoals die in de boeken tot uitdrukking komt, wijkt in de meeste gevallen sterk af van de waarde van diezelfde gebouwen en terreinen in het economisch verkeer.

De waarde in het economisch verkeer van gebouwen in de gezondheidszorg is, evenals die van andere gebouwen, aan verandering onderhevig. Veelal is de marktwaarde van de gebouwen zelf laag, vanwege de specifieke bouw en de incurantheid, en wordt de waarde vooral bepaald door de locatie waarop de gebouwen zijn gelegen. Die waarde hangt in sterke mate af van de bestemming die aan de grond (en opstallen) gegeven kan worden. Om die bestemming te optimaliseren is het proactief benaderen van de lokale overheid van essentieel belang, al dan niet in samenwerking met een of meerdere partners, bijvoorbeeld woningcorporaties.

De boekwaarde kan ook in relatie worden gezien met de functionele kwaliteit van een gebouw. In de gezondheidszorg wordt doorgaans lineair afgeschreven op basis van historische kosten, waarbij de gemiddelde afschrijvingsduur van de gehele investering circa 33 jaar bedraagt. Op grond wordt niet afgeschreven. In de sector verzorgingshuizen wordt dikwijls annuïtair afgeschreven, waardoor de boekwaarde slechts langzaam daalt in de eerste jaren van de totale afschrijvingstermijn. Het gebouw veroudert functioneel veel sterker dan in de daling van de boekwaarde tot uiting komt. Dit heeft onder meer te maken met het gegeven dat gebouwen in de gezondheidszorg niet of niet eenvoudig voor andere doelen zijn in te zetten en de vaak geringe aanpasbaarheid van de gebouwen aan nieuwe inzichten in de gezondheidszorg.

De grond is na bijvoorbeeld 20 jaar evenwel in de meeste gevallen veel meer waard dan de oorspronkelijke aanschafprijs.

In de kapitaallastenbrief wordt aangegeven dat opbrengsten van verkoop van grond door een locatie die eventueel vrijkomt kunnen worden aangewend om boekwaardeproblematiek op te lossen. In de praktijk zal de marktwaarde van een instelling, uitgaande van een gunstige locatie, wellicht voldoende zijn om de boekwaardeproblematiek van het gebouw op te lossen. Dikwijls zal de opbrengst echter onvoldoende zijn om de boekwaarde (inclusief overigens boekwaarde van grond) weg te kunnen werken.

De bestaande eigendomsverhoudingen spelen hierbij ook een rol. In de vigerende circulaire omtrent eigendomsverhoudingen, van 4 april 1997 en 1 april 1999, wordt de voorkeur uitgesproken voor bouw in eigen beheer en volledig eigendom van de zorgvoorziening. Voor bepaalde situaties, bijvoorbeeld daar waar het om woningen gaat, verdient huur volgens de circulaire van 1 april 1999 evenwel de voorkeur. In latere stukken naar de Tweede Kamer heeft de toenmalige staatssecretaris aangegeven indifferente te staan ten opzichte van eigendom of huur in de AWBZ. Dit heeft evenwel niet in een herziene of aanvullende circulaire geresulteerd.

In de sectoren ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn de instellingen van oudsher meestal eigenaar van de gebouwen (en de terreinen). In de sectoren geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg worden veel kleinschalige voorzieningen al sinds jaar en dag gehuurd. Wel zijn in die laatste twee sectoren nog vaak grootschalige instellingsterreinen in gebruik in de vorm van eigendom. Een aanzienlijk deel van de verzorgingshuizen wordt al gehuurd van woningcorporaties. Verkoop en het benutten van de eventuele opbrengst voor de gezondheidszorg is daar sowieso niet aan de orde. Wel brengt deze eigendomsverhouding andere vraagstukken mee. De vraag is of bestaande contracten en de gegroeide praktijk het mogelijk maken het functionele verouderingsrisico af te wentelen op de verhuurder. De lopende huurcontracten zullen getoetst moeten worden op hun waarde bij de voorgenomen wijzigingen in wet- en regelgeving, en op de strategische waarde die zij hebben voor de zorgaanbieder. Een ander vraagstuk betreft de situatie waarin de verhuurder onvoldoende in het vastgoed investeert, waardoor de zorgaanbieder niet meer kan concurreren.

In antwoord op kamervragen heeft het departement inmiddels aangegeven dat, om instellingen te prikkelen de waarde van de gronden die niet benut worden (met name in de caresectoren) efficiënter te benutten, wordt overwogen een deel van de verkoopopbrengst ter vrije bestemming bij de instelling te laten. Deze mogelijkheid zal verder worden onderzocht.

Een tweede bron die in de kapitaallastenbrief wordt genoemd voor het wegwerken van boekwaarde is de vrijval van middelen in het AWBZ-bouwkader. Zorginstellingen krijgen dan een prikkel voor het maken van de juiste afweging tussen het aanbieden van extramurale zorgverlening met zelfstandig wonen of het aanbieden van intramurale zorgverlening. De verdergaande extramuralisering levert een besparing op voor de AWBZ. Bovendien is volgens de kapitaallastenbrief extramurale zorg goedkoper dan intramurale, hetgeen een derde bron oplevert voor het doen verdwijnen van boekwaarde.

2.2 Aanpalende onderwerpen

In de tweede plaats wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan eerdere publicaties over aanpalende onderwerpen.

Zorgpaden en zorginfrastructuur

In oktober 2004 heeft het Bouwcollege een signaleringsrapport over zorgpaden en zorginfrastructuur aan de Minister van VWS uitgebracht.

Zorgpaden beschrijven voor een patiënt met een bepaalde zorgvraag de opeenvolgende stappen in het zorgproces. Het is een methode die tot doel heeft het zorgproces transparant te maken en de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te optimaliseren op basis van praktijkervaring en onderzoek. Zorgpaden zijn een essentiële input bij het ontwerpen van modellen voor het zorgaanbod en daarop gebaseerde strategische beslissingen over investeringen in vastgoed.

Voor strategische investeringsbeslissingen heeft de methode het grootste effect bij toepassing boven het niveau van de individuele instelling. Om meer inzicht in de betekenis van de methode voor strategische besluitvorming te krijgen heeft het Bouwcollege het EU Health Property Network (EUHPN) een rapport laten opstellen, dat onderdeel van het signaleringsrapport is geworden.

Relatie tussen investeringen en exploitatiekosten

In 2004 is door Van Zanten raadgevende ingenieurs in opdracht van het Bouwcollege een onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen investeringen en exploitatiekosten. De vraag was aan de orde of sprake is van een eenduidige relatie tussen investerings- en exploitatiekosten. Het onderzoek is beperkt gebleven tot investeringen die exploitatievoordeel opleveren voor het gebouw en de technische installaties. De bestudeerde literatuur en de partijen uit het veld waarmee gesproken is leveren geen informatie op over een eenduidige relatie tussen de hoogte van de investering en de hoogte van de exploitatiekosten. Uit de geraadpleegde literatuur blijkt dat vooral ontwerpbeslissingen invloed hebben op de hoogte van de exploitatiekosten. De partijen waarmee gesproken is geven aan dat de gefragmenteerde bouwwereld en de traditionele aanbestedingsmethoden in hun ogen de voornaamste oorzaken van het gebrek aan aandacht voor het onderwerp vormen.

In de ontwerp- en realisatiefase zal moeten worden nagedacht over het beoogde gebruik van het gebouw en de mogelijke veranderingen in dat gebruik.

Effecten van bedrijfstijdverlenging in ziekenhuizen

Op verzoek van het Bouwcollege heeft de Universiteit van Maastricht in 2004 onderzoek gedaan naar een aantal effecten van bedrijfstijdverlenging in de curatieve zorg. Het Bouwcollege heeft tot het onderzoek besloten omdat het de indruk had dat de benutting van onderzoeks- en behandelcapaciteiten in ziekenhuizen uitgebreid zou kunnen worden. Dit zou gevolgen kunnen hebben voor de bouwmaatschappijen, maar voor ziekenhuizen zelf is het eveneens belangrijk, omdat deze in een meer concurrerende omgeving over passende, maar vooral niet te grote en te kostbare infrastructuur moeten beschikken.

Met behulp van simulatietechnieken is het logistieke proces in kaart gebracht en vervolgens met alternatieven vergeleken. Op deze wijze is niet slechts geanalyseerd wat het effect van bedrijfstijdverlenging is, maar is tevens gekeken of het te onderzoeken bedrijfsproces verder geoptimaliseerd kan worden. Twee processen zijn nader onderzocht, de activiteiten in de polikliniek traumatologie en de processen voor liesbreuk en darmpatiënten op de operatiekamer (OK). De simulaties leiden tot de conclusie dat bedrijfstijdverlenging op de polikliniek niet nodig is, omdat een verbetering van de efficiency door processen te standaardiseren al tot voldoende toename van de behandelcapaciteit leidt om verlenging van de bedrijfstijd overbodig te maken. Op de OK leverde een verlenging van de bedrijfstijd wel duidelijke voordelen op. Overigens zijn mogelijkheden voor het verlengen van bedrijfstijd in sterke mate afhankelijk van arbeidsrechtelijke aspecten, met name de maximum arbeidstijd en wettelijke rustpauzes. Deze aspecten zijn in het onderzoek niet verder uitgewerkt.



Publiek Private Samenwerking (PPS)

Het Bouwcollege heeft in 2004 een rapport laten opstellen door het EUHPN, in samenwerking met de universiteiten van Durham (Engeland) en New South Wales (Australië) over de ervaringen in de genoemde landen met PPS, de twee landen ook die de meeste ervaring hebben opgedaan met PPS in de zorg.

In de zorgsector wordt op diverse manieren samengewerkt door de publieke en de private sector. In het rapport wordt een aantal vormen van PPS beschouwd, waarbij altijd een zodanige inbreng van de private partner wordt gevraagd dat deze risicodragend kapitaal inbrengt en vrijwel altijd ook de regie op zich neemt met betrekking tot de exploitatie van onderdelen van de zorginstelling (doorgaans een ziekenhuis) en daar risico op loopt.

De vergelijking met Engeland en Australië gaat in zoverre niet op dat investeringen in de gezondheidszorg daar gebruikelijk door de overheid gefinancierd werden. In Nederland zijn zorginstellingen vanouds private niet op winst gerichte instellingen, die weliswaar goedkeuring nodig hebben voor een deel van hun investeringen, maar deze zelf financieren. Als een PPS-constructie in de Nederlandse situatie aantrekkelijk zou blijken te zijn, moet het voordeel dus met name voortkomen uit de efficiëntere opzet van het bouwproces, het exploiteren van het gebouw en de daaraan gerelateerde diensten.

De grootste uitdaging voor PPS in de zorg lijkt daarin gelegen te zijn dat de ontwikkelingen in de zorg, in vergelijking met die sectoren waar PPS zich bewezen heeft, veel dynamischer zijn. Bovendien geldt als bijzonderheid voor de Nederlandse situatie dat feitelijk sprake zou zijn van privaat-private samenwerking in een vorm die door de overheid wordt voorgeschreven. Bij gelijktijdige introductie van meer marktwerking in de zorgsector gaan de instellingen dus meer risico lopen.

Het Bouwcollege heeft kennis genomen van dit onderzoek en bij een op dat moment (zomer 2004) in een concrete casus uitgevoerde vergelijking (Publieke Private Comparator) ten aanzien van de haalbaarheid van PPS mede aan de hand van dit onderzoek een aantal kanttekeningen geplaatst. Deze hebben betrekking op het effect op de rentekosten, de hogere afschrijvingskosten, belastingen, een te realiseren winstmarge en het tussentijds openbreken van een langjarig PPS-contract. Ten slotte is door het Bouwcollege aandacht gevraagd voor de verhouding tussen een dergelijk experiment en de bestaande wet- en regelgeving.

3. Uitgangspunten voor het vastgoedbeleid

3.1 Inleiding

Een samenhangend vastgoedbeleid wordt belangrijker. Met de vele discussies over marktwerking in de zorg dient zich ook daar een andere visie op de kosten van het vastgoed aan. In andere sectoren van de samenleving is de prijs van het vastgoed altijd al een integraal onderdeel van de productprijs geweest. Het verwerken van de kosten van het vastgoed in de prijs geeft een prikkel tot rationalisatie en optimalisatie van het gebruik¹. Zorgaanbieders gaan in de nieuwe situatie (deels) risico lopen op hun kapitaallasten. Het gaat dan niet meer om het grootste maatpak, maar om het best passende maatpak. Een zorginstelling met een teveel aan (inflexibele) vierkante meters kan in een nadelige concurrentiepositie komen. Ideaal is een optimaal gebruik te kunnen maken van beschikbare capaciteit in combinatie met 'krimp en groei'-flexibiliteit om schommelingen in de vraag op te vangen.

In het Corporate Real Estate Management, dat zich vanaf 1990 sterk heeft ontwikkeld, staat de vraag centraal hoe een organisatie het best kan omgaan met haar onroerend goed. Het vastgoed wordt belicht vanuit de optiek van de eigenaar/gebruiker. Een andere benadering is vanuit beleggen en beheren, met inzicht in rendement en risico's van investeringen. De zorgorganisaties volgen in verhoogd tempo deze ontwikkelingen uit de marktsector.

Een samenhangend vastgoedbeleid wordt geformuleerd vanuit onder meer de aspecten langetermijn-huisvestingsplanning, locatiekeuzen, portefeuillemanagement, onderhoudsmanagement, prioritering en management van huisvestingsprojecten.

Goed nadenken over de ontwikkeling van het zorgproces is een absolute voorwaarde voor een toekomstgericht gebouw. En als het gebouw er eenmaal staat, zit de instelling er lange tijd aan vast en bepaalt het mede de vormgeving van het zorgproces.

Doordenkend vanuit logistiek, zorgpaden, disease management en de gevolgen voor vastgoed, kunnen we veronderstellen dat substantiële verschuivingen aannemelijk zijn. Daarbij kan verder de vraag gesteld worden of toekomstige groei nog wel in de tweede lijn opgevangen moet worden. Waarom zou er niet voor gekozen worden voorzieningen op het grensvlak van eerste en tweede lijn te ontwikkelen, met nieuwe gezondheidscentra-achtige voorzieningen, die nog dichterbij de vergrijzende doelgroepen staan? Zorgvastgoed zal hiermee kleinschaliger, pluriformer en 'gewoner' worden.

Door de instellingen wordt steeds uitdrukkelijker nagedacht over effectiviteit van functies voor het primaire proces. De situering van een functie op een locatie is mede van belang in verband met die toegevoegde waarde. Omgekeerd kan van locaties of bouwdelen worden bepaald wat hun waarde is in termen van situering door het vastgoed te kwalificeren met een A, B of C. Door op deze manier om te gaan met een koppeling tussen de situering en effectiviteit voor het primaire proces ontstaat een hulpmiddel voor het ontdekken van de mogelijkheden tot spreiding of clustering van functies.

¹ College bouw ziekenhuisvoorzieningen: *For profit ziekenhuizen in het buitenland*. Utrecht 2004 (Cbz rapportnummer 569).

Door de dynamiek in de zorg hebben de instellingen veel baat bij een hoge graad van flexibiliteit. Flexibiliteit is onder te verdelen in vier hoofdvormen. In de tabel op de volgende pagina staat een kort overzicht van de verschillende vormen van flexibiliteit, de drijfveer erachter en mogelijke oplossingen.

soort flexibiliteit	Drijfveer	mogelijke oplossingen
<i>financiële flexibiliteit</i>		
	een instelling wil de kosten reduceren en de opbrengsten verhogen	Kortdurende huurcontracten; sturen op waardeontwikkeling marktconformiteit (courantheid) van de gebouwen; beter en meervoudig benutten van gronden; afstemming van investeringsbeslissingen in gebouwen, ICT en medische inventaris
<i>organisatieflexibiliteit</i>		
	een organisatie wil betere bezetting en benutting van de gebouwen	efficiënter ruimtegebruik door clustering van voorzieningen uit oogpunt van ruimtegebruik, dagindeling en integratie
<i>procesflexibiliteit</i>		
	een organisatie wil de mogelijkheid om bepaalde beslissingen in een later stadium definitief vast te leggen of te wijzigen	fasering van bouw- en investeringsplannen; vastgoedstrategie met een lange termijn
<i>productflexibiliteit</i>		
onderscheid in externe en interne flexibiliteit; daarnaast bestaan gebruiksflexibiliteit en afstotingsflexibiliteit ²	een gebouw moet de mogelijkheden hebben om uit te breiden (verticaal en horizontaal), maar de bouwplattegrond, de draagconstructie en de installaties moeten dit toelaten	in ontwerp (gevel, indeling) rekening houden met bij-, aan of opbouw mogelijkheden; draagconstructie zwaarder dimensioneren om bouwlagen te kunnen toevoegen; demontabel uitvoeren van constructie, afbouw, installaties en afwerkingen; open draagconstructie: grote overspanningen, geen obstakels; compartimentering van technische functies, stijpunten en infrastructuur (leidingen enz.); verwijderbare en verplaatsbare wanden; diverse stijpunten en entrees (opdeelbaarheid)

Flexibiliteit moet doelgericht worden gecreëerd, reagerend op de ontwikkelingen die de zorginstelling en het vastgoed (mogelijk gaan) beïnvloeden. Bij het creëren van flexibiliteit moet daarom sprake zijn van een afweging van de kosten en baten tegen de inschatting van de kans dat de flexibiliteit benut gaat worden. Het creëren van flexibiliteit is geen doel op zich, als deze voor een deel niet benut gaat worden. Flexibiliteit moet worden aangebracht op die plaatsen (en in die gebouwen) waar in de toekomst veranderingen zijn te verwachten. Tegelijk zou er naar gestreefd moeten worden dit niet ten koste te laten gaan van de architectonische kwaliteit van het gebouw. Verder zullen ook met het oog op cliënten eisen op het gebied van kwaliteit gesteld moeten worden, bijvoorbeeld ten aanzien van toegankelijkheid, loopafstanden en herkenbaarheid van voorzieningen. Ook deze eisen en wensen moeten meegewogen worden bij de opzet van nieuwe voorzieningen. Deze afwegingen zullen derhalve niet eenvoudig zijn.

² Nicolai, ir. R., en ing K.H. Dekker: *Flexibiliteit als bouwstrategie voor een veranderende gezondheidszorg*. Utrecht 1991.

De productflexibiliteit hangt nauw samen met de bouwkundige uitwerking van het vastgoed. Deze vorm van flexibiliteit kan de waarde van het vastgoed voor lange tijd garanderen, zodat geen kostbare ingrepen noodzakelijk zijn voor wijzigingen in het gebruik. Voorkomen moet worden dat de situatie die zich nu vaak voordoet dat een gebouw met een nog hoge boekwaarde (mede als gevolg van te lange afschrijvingstermijnen) gesloopt en door middel van nieuwbouw vervangen moet worden, zich in de toekomst veelvuldig blijft voordoen. Een andere vorm van productflexibiliteit dan een gebouw ontwerpen dat qua bouwkundige uitwerking flexibel is, bestaat uit het creëren van een gebouw dat na een kortere periode (bijvoorbeeld 20 jaar) geheel is afgeschreven en vervangen kan worden door een voorziening waar op dat moment behoefte aan is ontstaan.

Voor meer achtergrondinformatie over dit onderwerp wordt verwezen naar de cahiers "Flexibel bouwen in de zorg"³ en "Qind"⁴ van het Bouwcollege. In het Werkprogramma 2005 van het Bouwcollege is een praktijkstudie naar flexibiliteit in de zorgbouw opgenomen.

In deze notitie wordt met name ingegaan op de productflexibiliteit, hetgeen onverlet laat dat een zorginstelling een integrale afweging van flexibiliteit moet maken. In de volgende paragrafen wordt een beeld geschetst van toekomstige ontwikkelingen voor de ziekenhuizen en de AWBZ. Het eerste deel van de twee volgende paragrafen bevat een beschrijving van de kenmerken van de huidige vastgoed situatie, bij veel organisaties zal het vastgoedbeleid voor een groot deel worden bepaald door aanwezige gebouwen, organisatie en patiënten. Het volgende deel biedt een verkenning van ontwikkelingen in de zorg en de vertaling hiervan naar het toekomstige vastgoed. In het laatste deel van de paragrafen wordt een uitwerking gegeven aan een samenhangend vastgoedbeleid door een modelmatige analyse voor nieuwbouw en een casus van een bestaande organisatie. Door daarbij nog de vraag te betrekken welke functies wel of niet gewenst zijn op de diverse locaties, ontstaan mogelijkheden om ontwikkelingen in overeenstemming met het vastgoed te brengen.

Casus Symfora groep (inwendige en uitwendige flexibiliteit)

In het kader van strategisch vastgoed kunnen volgens Dhr. Van der Veer (manager vastgoedontwikkeling Symfora groep) twee recent uitgevoerde projecten worden bekeken. Het betreft de ontwikkeling van twee RGC's, één in Hilversum en één in Almere. Beide RGC's (regionale gezondheid centrum) zijn op een verschillende wijze tot stand gekomen, maar dragen allebei op hun eigen manier bij aan vastgoedbeleid van de Symfora groep.

Achtergrond

Bij beide initiatieven speelden twee redenen een rol om op een strategische wijze met het bouwproces om te gaan. In de eerste plaats is er bij relatief jonge gebouwen (opgeleverd eind jaren '70-'80) veel frustratie ontstaan ten aanzien van de functionele kwaliteiten van het gebouw. De gebouwen blijken niet meer te voldoen aan de minimumeisen voor bestaande bouw, blijken niet flexibel in opzet te zijn en alleen tegen hoge kosten aanpasbaar. Dit terwijl juist de oudere gebouwen van de Symfora groep wel meer mogelijkheden bieden om flexibel met ruimten om te gaan.

Een tweede reden is dat gedurende het ontwikkeltraject van het gebouw, de uiteindelijke klinische capaciteiten en behoeften niet vastlagen. Een uitgangspunt werd door dhr. Van der Veer gevonden door de RGC's zowel voor te bereiden op een aantal klinische plaatsen en/of deeltijdbehandelingen. Dit werd

³ Publicatie www.bouwcollege.nl : cahier "Flexibel bouwen".

⁴ Publicatie www.bouwcollege.nl : cahier "Qind".

vervolgens vertaald in het programma van eisen, zodat bij gebruik deze ruimten uitwisselbaar worden gerealiseerd.

Uitwerking

Het RGC in Hilversum is na een lange periode van overleg tussen de lokale ziekenhuizen (waarvan één eigenaar was van de grond), de Symfora groep en de gemeente gerealiseerd binnen een stedelijke omgeving. De contouren van het gebouw lagen min of meer vast door de locatie, waardoor mogelijkheden op het gebied van externe flexibiliteit beperkt waren. Op de locatie zelf is tevens woningbouw door een externe partij gerealiseerd. De voorziening is zodanig ontworpen dat veel inwendige flexibiliteit in de voorziening aanwezig is. Dit werkt toekomstgericht volgens dhr. Van der Veer. Met eenvoudige middelen is een vleugel met klinische verblijfsplaatsen om te bouwen tot spreek- en behandelruimten. De dragende structuur is verwerkt in de gevel, zodat de verdieping vrij indeelbaar wordt. Bij de installaties is ook rekening gehouden met het door het gebouw aanbrengen van voldoende kabelgoten en aansluitpunten voor telefonie en andere ICT-toepassingen.

In Almere is in samenwerking met de gemeente een locatie gevonden die voldoet aan de wensen en eisen van de Symfora groep. Er is door de instelling meer grond verkregen dan strikt noodzakelijk was. De oorzaak hiervan is dat er in dit vroege stadium al is stilgestaan bij de toekomstige ontwikkeling van de gemeente Almere (aangewezen als groeigemeente) en de verwachte vraag aan capaciteit voor het RGC in de toekomst. De funderingen zijn destijds zwaarder uitgevoerd om eventueel de voorziening uit te kunnen breiden en een extra verdieping aan te brengen. Op dit moment heeft de Symfora groep van deze beslissing veel profijt. Er is thans een aanvraag ingediend bij het Bouwcollege om de voorziening in capaciteit te verdubbelen, door middel van een extra verdieping en een uitbouw. Dat kan in dit geval doordat in een vroeg stadium is rekening gehouden met de externe flexibiliteit van de voorziening relatief eenvoudig op de eigen locatie worden gerealiseerd.

3.2 Vastgoed in de algemene en categorale ziekenhuizen

Kenmerken huidige vastgoed ziekenhuizen

In Nederland zijn 140 ziekenhuislocaties en 38 buitenpoliklinieken. Op termijn wordt een daling van het aantal instellingen verwacht, deels als gevolg van fusies. De afname van het aantal instellingen leidt niet tot een even grote afname van het aantal locaties. Onder andere om de spreiding van de zorg te waarborgen, neemt het aantal poliklinische locaties naar verwachting toe. Het aanbod van ziekenhuiszorg wordt gedifferentieerder. Gefuseerde ziekenhuizen kiezen er dikwijls voor om specifieke functies op één locatie te concentreren. Dat betekent dat sommige meer en uitgebreidere functies krijgen en andere juist minder. Tegelijkertijd wordt zorg steeds vaker poliklinisch en in dagbehandeling verleend; het aantal ziekenhuisopnamen en het aantal verpleegdagen daalt al jaren. Hierdoor krijgt het ziekenhuis uiteenlopende verschijningsvormen.

Categorale ziekenhuizen bieden, net als academische en algemene ziekenhuizen, medisch-specialistische behandelingen en de daarbij noodzakelijke verpleging, met dit verschil dat de behandeling en verzorging zich beperken tot slechts één of enkele specialismen. Het merendeel van de categorale ziekenhuizen die Nederland telt, zijn revalidatiecentra, waar patiënten vaak voor langere tijd verblijven. Op 1 januari 2005 waren er 87 zelfstandige behandelcentra (ZBC's). De meeste ZBC's zijn in of rondom de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht gevestigd; elders komen niet zoveel ZBC's voor. Het zijn kleinschalige voorzieningen die voornamelijk worden gehuurd.

De kenmerken van het vastgoed van algemene ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen zijn als volgt samen te vatten:

categorie	kenmerk bouw	Specificiteit bouw	oppervlakte t.o.v. het totaal	eigendomssituatie
algemene ziekenhuizen	Grootschalig monoliet met veel kleinschalige ruimten voor diverse doeleinden. Gebouw is ontworpen als 'maatpak' waarvan de ruimten niet uniform of multifunctioneel worden gebruikt. Het bijzondere is dat de technische eisen aan de huisvesting variëren per activiteit, doorgaans zijn ze complex. Door de vele aanpassingen bestaan de complexen vaak uit een verzameling van gebouwen van uiteenlopende leeftijd en bouwstijlen.	uitwisselbaar zijn de hotel- en kantoorfuncties; overige functies zijn specialistisch, niet uitwisselbaar	ca. 90%	ca. 100% eigendom
categorale ziekenhuizen	Grootschalige locaties met een karakter van verblijf en behandeling. Een minderheid van de locaties is specifiek gericht op behandeling en onderzoek.	kenmerken hotel afgestemd op specifieke doelgroep	ca. 10%	ca. 100% eigendom

Kenmerken toekomstig vastgoed

Tot voor kort werd de organisatie van de zorg hoofdzakelijk benaderd vanuit het perspectief van de in een ziekenhuis aanwezige medisch specialismen en het aanbod van onderzoek- en behandelvoorzieningen. Dit leidde veelal tot een 'alles in één'-ziekenhuis op één locatie. Vanwege de overwegend monodisciplinaire benadering van de zorgvraag van de patiënt beschikte elk specialisme over eigen bedden op de verpleegafdeling en onderzoek- en behandelvoorzieningen in de polikliniek.

De laatste jaren hebben nieuwe zorgmodellen ten grondslag gelegen aan de bouw van nieuwe ziekenhuizen in Nederland, met een groeiende aandacht voor een meer geïntegreerde organisatie van zorgverlening, gezien vanuit het perspectief van de patiënt. Deze visie op zorgverlening laat zich in drie kernpunten samenvatten:

- het zorgproces in plaats van de voorzieningen zo veel mogelijk centraal stellen;
- een betere aansluiting in het zorgproces bereiken tussen de door het ziekenhuis geleverde zorg en de zorg die daarvoor en daarna plaatsvindt;
- het verschuiven van het verlenen van de zorg naar een zo laag mogelijk niveau en zo dicht mogelijk bij de patiënt thuis.

Door de medisch-technologische vooruitgang is de verpleegfunctie van het ziekenhuis naar de achtergrond verschoven ten gunste van behandeling en diagnostiek van patiënten. Ook is de patiënt mondiger geworden en zich meer gaan opstellen als een kritisch consument van ziekenhuiszorg, die verwacht dat zijn zorgvraag op een adequate, snelle manier wordt beantwoord. De moderne zorgconsument wil niet alleen technisch en professioneel goed worden behandeld, maar wil ook dat er zo veel mogelijk rekening wordt gehouden met zijn leefomgeving en dat er goede begeleiding en voorlichting wordt gegeven.



Deze ontwikkelingen vertalen zich in de keuze om het ziekenhuis in infrastructureel opzicht als netwerkorganisatie vorm te geven. Dit concept kan worden uitgewerkt in de vorm van een hoofdlocatie (waar de acute en *high tech* zorg zijn geconcentreerd) met kleinere centra eromheen, waar vooral de electieve (poliklinische) zorg, preventie en (beperkte) behandeling plaatsvinden. In een stedelijk gebied worden deze kleinschalige centra in verschillende wijken van een stad gesitueerd. In de plattelandsgebieden gebeurt dit in de kleinere gemeenten. Door deze kleinschalige centra te integreren met eerstelijnsvoorzieningen, dan wel in de nabijheid hiervan te situeren, kan dicht bij huis een groot deel van de dagelijkse zorg worden geleverd. Voor (complexe) behandelingen die niet binnen het eigen netwerk van de ziekenhuisorganisatie kunnen worden uitgevoerd, wordt aangesloten op een andere organisatie in het binnen-, maar eventueel ook het buitenland.

ICT (Informatie- en CommunicatieTechnologie) vormt een belangrijk onderdeel van het concept van een netwerkorganisatie. Tele- en videoconferentie bieden zorgverleners op verschillende locaties (eventueel in verschillende landen of werelddelen) de mogelijkheid patiënten gezamenlijk te bespreken dan wel op afstand een operatie of behandeling te volgen. De patiënt staat thuis via internet in contact met de verschillende zorgvoorzieningen en hulpverleners. Het kunnen inzien van elektronische patiëntendossiers, afspraken maken en consultatie via e-mail c.q. breedband zijn ontwikkelingen die over enkele jaren nadrukkelijk hun intrede zullen doen. Dat dit geen irreëel toekomstbeeld hoeft te zijn, bewijst het feit dat in de Verenigde Staten momenteel wordt gewerkt aan computersystemen (in eerste instantie voor ambulances) waarbij de dokter de patiënt op afstand kan monitoren (fysiek in beeld en via apparatuur) en aanwijzingen kan geven aan gespecialiseerd personeel.

Het denken over deconcentratie beperkt zich overigens niet alleen tot de zorgvoorzieningen. Ook zorgondersteunende (CSA, laboratoria) en facilitaire voorzieningen (keuken, magazijn en dergelijke) hoeven niet meer vanzelfsprekend onderdeel uit te maken van het 'alles in één'-ziekenhuis op één locatie. Organisaties zijn bezig met het oprichten van één logistiek centrum dat functioneert voor verschillende ziekenhuizen in de regio. Het logistiek centrum is gesitueerd buiten de hoofdlocatie van de betreffende ziekenhuizen, in een centraal liggende gemeente in de regio. Hierdoor ontstaat op de verschillende hoofdlocaties meer bewegingsvrijheid om een logisch, compact gebouwencomplex te ontwikkelen.

Mogelijke uitwerking nieuwbouw

Door het Bouwcollege is een modelmatige analyse gemaakt van de functies van een basisziekenhuis die kunnen worden geclusterd. Uit de analyse komt naar voren dat het ziekenhuis kan worden onderverdeeld in drie schillen:

1. de *hot floor* met alle kapitaalintensieve functies die uniek zijn voor de ziekenhuisfunctie. Dit zijn onder meer de operatiekamers, de beeldvormende diagnostiek en de intensive care;
2. de *low care*-verpleegafdelingen, waar, naast verzorging, de hotelfunctie voorop staat. De vraag is in hoeverre dit afwijkt van hotelachtige voorzieningen;
3. alle kantoorvoorzieningen, administratie, stafafdelingen en de polikliniek. Het is namelijk zeer de vraag of veel polikliniekfuncties niet in gewone kantoorvoorzieningen zouden kunnen worden ondergebracht. In Amerika en Australië komt dit veel voor.



Deze schillen omvatten substantiële delen van de ziekenhuisoppervlakte. Het denken langs deze lijnen kan nieuwe openingen bieden voor toekomstige flexibiliteit. Deze vastgoedbenadering kan ook openingen bieden voor de portefeuillegedachte. Zeker voor de derde schil, de kantoorachtige voorzieningen, biedt dit in beginsel veel mogelijkheden.

Door het 'uitpellen' van de kerncompetenties van het ziekenhuis kan reductie worden bereikt van de vloeroppervlakte op de hoofdlocatie. De hoofdlocatie kan dan overwegend worden bestemd voor de zorgfuncties die tot de kerncompetenties van een ziekenhuis behoren.

De levensduur van een ziekenhuis kan door een flexibele opzet van de constructie worden verlengd. De verschillende onderdelen van een ziekenhuis stellen elk hun eigen technische eisen aan de huisvesting. Het bijzondere van een ziekenhuis is dat die eisen het gehele scala van laagcomplex tot hoogcomplex beslaan. Het van voldoende flexibiliteit voorzien van een monoliet waarin alle functies worden ondergebracht, houdt in dat vrijwel het gehele gebouw geschikt moet zijn om hoogcomplex onderdelen te huisvesten. Dat heeft echter als gevolg dat de afstootbaarheid van het ziekenhuisgebouw ernstig wordt beperkt. Ook wordt een hoge bouwinvestering gevraagd.

Deze gevolgen zijn vermijdbaar: voor hoogcomplex functies bestaat over het algemeen geen behoefte aan het niveau van uitbreidbaarheid dat in een monoliet voorhanden is. Het toepassen van gebouwdifferentiatie is in veel gevallen een reëel alternatief. Dat wil zeggen dat de functionele structuur van het ziekenhuis wordt ontrafeld tot enkele clusters van gelijksoortige functies. Elk cluster wordt in een gebouw of gebouwdeel ondergebracht. Elk gebouw of gebouwdeel kan hierdoor specifiek afgestemd worden op de eisen van de te huisvesten functies. Spreekuurfaciliteiten vereisen bijvoorbeeld niet of nauwelijks bijzondere voorzieningen en kunnen grosso modo als kantoorfuncties worden beschouwd. Deze differentiatie kan op verschillende wijzen worden uitgewerkt. Een denkbare variant zijn enkele specifieke gebouwen op één locatie. Een andere mogelijkheid is het spreiden van functies over meer dan één locatie.

Als voorbeelden van gebouwdifferentiatie kunnen worden genoemd een facilitair en logistiek centrum, laboratoria en apotheek in samenwerking met andere zorgverleners buiten de hoofdlocatie. Ook patiëntgebonden functies met eenvoudige bouwtechnische eisen, zoals eenvoudige poliklinische diagnostiek, kunnen worden uitgeplaatst.

Zo blijft een kernziekenhuis over, dat in hoofdzaak functies met bouwtechnisch zware eisen huisvest. Voorwaarde is dat moderne communicatietechnieken deze fysieke spreiding van een ziekenhuis mogelijk maken. Het verdelen van een ziekenhuis over verschillende locaties en gebouwen levert de noodzakelijke flexibiliteit in de vastgoedstrategie van een ziekenhuis.

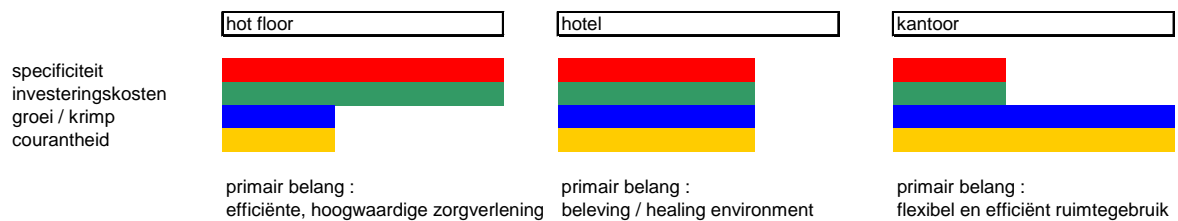
De gebouwdifferentiatie, verdeeld naar schillen en functies, is weergegeven in de volgende tabel. De functies van het ziekenhuis die kunnen worden uitbesteed of elders gehuisvest, zijn niet opgenomen in de verdeling.

hot floor (ca. 30%)	hotel (ca. 30%)	kantoor (ca. 20%)
OK-complex beeldvormende en nucleaire technieken intensive care en specials Dagverpleging spoedeisende hulp (meestal) event. Specifieke poli's event. Spoedlabs	algemene verpleging low care event. medium care herstel en reactivering aanvullende voorzieningen (zotel, naastenverblijf)	Poliklinieken Stafaccommodatie beheer en administratie event. Opleidingen

Uitgaande van de veronderstelling dat flexibiliteit vooral in de poliklinische sfeer nodig zal zijn, betekent dit dat vooral de derde schil met kantoorachtige functies moet kunnen groeien en krimpen. Het is echter de vraag of dit, gelet op de groei van het aantal chronisch zieken, wel op de klassieke manier in ziekenhuisbouw moet worden vorm gegeven.

Zorgboulevards, vooral als deze aan poliklinische voorzieningen zijn gekoppeld, zijn voorbeelden van het zoeken naar deze nieuwe vorm van flexibiliteit. Een combinatie van interne en externe flexibiliteit kan worden gerealiseerd door bij de bouw van de voorziening een relatief grote oppervlakte aan verhuurbare ruimten op te nemen. Hiermee wordt, zonder dat dit op de exploitatie drukt, in feite flink wat uitbreidingsflexibiliteit ingebouwd. De verhuurbare ruimten kunnen (deels) worden herbestemd voor ziekenhuisfuncties, wanneer dat nodig mocht blijken. Uiteraard zal hierbij wel rekening worden gehouden met de resterende looptijd van huurovereenkomsten met derden. De verhuurbare ruimten zouden ook door een derde partij op de markt gebracht kunnen worden, met een contractuele claim vanuit het ziekenhuis op (een deel van) die oppervlakte.

Als men in termen van specificiteit, investeringskosten, groei/krimp en courantheid naar de drie schillen kijkt, ontstaat een samenhang met de gebouwdifferentiatie. In de onderstaande tabel is deze samenhang weergegeven.



Er is een verband tussen de specificiteit en de investeringskosten enerzijds en de mogelijkheden voor groei/krimp en courantheid anderzijds. Van het ziekenhuis zijn de functies in de schillen 'hotel' en met name 'kantoor' geschikt om te huisvesten in meer courante gebouwen, door bij het ontwerp rekening te houden met de mogelijkheden tot hergebruik.

Als uitwerking van de gebouwdifferentiatie zal het Bouwcollege in 2005 een modelstudie uitvoeren naar de opzet van het compacte ziekenhuis. Hierin zal ook aandacht worden besteed aan spreiding van functies over de locaties in relatie tot effectiviteit voor het primaire proces (A-B-C locaties). Een uitwerking van gebouwdifferentiatie is niet alleen mogelijk in nieuwbouw, maar kan, zoals uit de volgende casus blijkt, nu al worden gerealiseerd in bestaande bouw. Voor samenhangend vastgoedbeleid is het een instrument tot optimalisering van investeringsbeslissingen en het vermijden van onnodige kosten voor interimhuisvesting.

Casus Ziekenhuis Rijnstate (mogelijke uitwerking bestaande bouw)

In deze concrete casus is uitwerking gegeven aan een samenhangend vastgoedbeleid.

In een regio ontwikkelt zich een samenwerkingsverband, waarvan drie ziekenhuizen de kern vormen. Op alle locaties zijn problemen met de huisvesting. Het toekomstbeeld is dat door herschikking van functies en taken een topklinisch ziekenhuis, een basisziekenhuis en een profielziekenhuis (dagverpleging, polikliniek) zullen ontstaan.

In de eerste fase zijn alle ondersteunende functies uit de drie ziekenhuizen gehaald en op één eigen locatie ondergebracht. Personeelszaken, financiële administratie, beveiliging, automatisering en de technische en logistieke functies, waaronder de maaltijdvoorziening, zijn gebundeld. Alleen uitvoerende taken, zoals schoonmaak en technisch onderhoud, worden op de locaties gehandhaafd. Door betere afstemming en samenwerking wordt een besparing verwacht op de vaste lasten.

Op de korte termijn is, wat de back-office activiteiten betreft, een volledige 'outsourcing' van de logistiek en voeding voorzien. Er is een ontwikkeling gaande waarbij voor de maaltijdvoorziening van industriële leveranciers halfproducten worden betrokken, die op enkele locaties in een assemblage- of satellietkeuken worden afgemaakt. Door van verschillende industriële aanbieders de halfproducten te betrekken, wordt het risico gespreid. Deze markt is aan het groeien, men heeft hierover ook al contacten met instellingen in de AWBZ-sector, terwijl ook 'tafeltje-dek-je' belangstelling heeft. Wel is de dieetvoeding nog een aandachtspunt, al is hier wel een markt voor. Verder wordt onderzocht of de magazijnen kunnen worden gecentraliseerd buiten de locaties.

Door de ziekenhuizen wordt steeds meer gesproken over het benutten van de voordelen van schaalgrootte door het opzetten van 'shared service centers'. Flexibiliteit, ook in kosten, gaat steeds sterker spelen in de organisatie. Ook is een strategische ligging van de voorzieningen steeds belangrijker, en dat gaat ook gelden voor de bedrijfstijden. De financiële benadering van vastgoed krijgt meer en meer aandacht, het rendement van de investering wordt belangrijker, maar ook de 'spin-off' wordt bekeken.



Deze operatie heeft 'lucht' opgeleverd op de locaties, ongeveer 8% van de totale vloeroppervlakte is vrijgekomen. De ruimte wordt in eerste instantie benut om knelpunten op te lossen; met name op de poliklinische functies is druk ontstaan, terwijl in het topklinische ziekenhuis sprake is van een sterke groei in de opleiding. Overigens leidt de ontwikkeling van DBC's tot discussie over de invulling van de vrijgekomen ruimte, men is extra voorzichtig.

De ziekenhuizen zijn deze operatie begonnen door eerst de buitenste organisatorische 'schil' (kantoorfuncties) buiten de ziekenhuisgebouwen te huisvesten. Er is een centraal kantoor voor het facilitair bedrijf opgezet, waarbij huur is overwogen, maar uiteindelijk is gekozen voor het opknappen van een leegstaand gebouw bij het profielziekenhuis. De tweede 'schil' wordt nu bezien; de laboratoria worden zoveel mogelijk geconcentreerd op vrijkomende C-locaties. Groot voordeel van deze volgorde is dat gebruik van interimvoorzieningen wordt voorkomen door temporisering van de wijzigingen in de gebouwen, waardoor ruimten leeg komen te staan die tijdelijk voor iets anders kunnen worden gebruikt. Ook de inzet van medische apparatuur wordt over de regio bekeken.

Het voornemen bestaat om in het profielziekenhuis een oogheelkundig en een dermatologisch behandelcentrum onder te brengen. Deze functies gaan dan weg uit het topklinische ziekenhuis, waar de vrijgekomen ruimte wordt bestemd voor poliklinische, opleidings- en 'innovatieve' activiteiten. Laatstgenoemde activiteiten worden mogelijk na de innovatiefase op de beide andere locaties geïmplementeerd.

In het profielziekenhuis, waar de veranderingen aanzienlijk zijn, vormt het gebrek aan flexibiliteit in het vrijgekomen beddenhuis een probleem, behalve voor de dagverpleging en interimhuisvesting voor een verpleegcapaciteit.

Dit ziekenhuis zal zich richten op de planbare zorg; er is verder een huisartsenpost. Welke zorgfaciliterende functies, zoals fysio- en ergotherapie, nog in of bij het ziekenhuis aanwezig moeten zijn, is ook hier een discussiepunt. Bezien wordt in hoeverre de zorg en uitstraling van het ziekenhuis moeten worden verbeterd om op het gebied van service en faciliteiten de concurrentie met privéklinieken in de buurt te kunnen aangaan.

Gesprek met W. Griffioen, MFM, Facility Manager Regionaal Facilitair Centrum Alysis Zorggroep

3.3 Vastgoed in de AWBZ

De AWBZ is een wezenlijk andere sector dan de ziekenhuizen. De verschillen zijn niet alleen te vinden in de verschillende soorten van zorgvraag, maar de AWBZ-sector onderscheidt zich ook door andere verschijningsvormen van het vastgoed. De mogelijkheden voor strategisch vastgoedbeleid moeten dan ook op een andere manier worden opgevat. De verschillen met ziekenhuizen kunnen grofweg als volgt worden samengevat:

- de AWBZ kenmerkt zich door een grote verscheidenheid aan doelgroepen/zorgvragers met uiteenlopende zorgbehoeften, waardoor verschillen ontstaan in ruimtebehoefte, afwerkingsniveau en vormgeving;
- in de AWBZ-sector is sprake van een grotere verscheidenheid aan eigendom en huursituaties;
- in sommige AWBZ-sectoren is meer ervaring met externe vastgoedpartijen (woningcorporaties, projectontwikkelaars) aanwezig;
- wonen is naast zorg een belangrijk onderdeel van het primaire proces.

In deze paragraaf zal eerst worden stilgestaan bij de kenmerken van deze sector, vervolgens worden de verschillende soorten functies en hun onderlinge verwevenheid uiteengezet en wordt getracht deze te plaatsen binnen het kader van strategisch vastgoed. Dit kader zal worden ontrafeld aan de hand van drie hoofdfuncties, te weten woon-, activiteiten-, en kantoorfuncties, en zal vervolgens uitgewerkt worden volgens een benadering waarin de mogelijkheden voor strategisch vastgoedbeleid worden uiteengezet.

Kenmerken huidig vastgoed per AWBZ-categorie

Bij de harmonisatie van de voormalige AWBZ-sectoren (verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg) is gekozen voor drie categorieën verblijf (licht, zwaar en beveiligd), waarbij de bouw van een verblijf gekoppeld wordt aan de zorgbehoefte van de zorgvragers.

Voor deze drie categorieën kunnen grofweg de volgende kenmerken worden gehanteerd:

categorie	kenmerk bouw	specificiteit bouw	% patiënten in categorie*	eigendomssituatie (% in eigendom)*
licht	aspecifieke woningbouw, generiek	kenmerken woningbouw, harmonisatiecriterium (80%), uitwisselbaar	ca. 55%	ca. 50%
zwaar	karakter van verblijf en behandeling	wonen afgestemd op specifieke doelgroep	ca. 45%	ca. 90%
beveiligd	geen relatie met woningbouw	zeer specifiek, niet uitwisselbaar	< 1%	100%

* Bron: gegevens monitoring GHZ/GGZ en V&V.

Instellingen kunnen zorg aanbieden in meer dan één categorie en per gebouw een combinatie van categorieën huisvesten. De mogelijkheden lopen erg uiteen, van kleinschalige verblijfsvoorzieningen en appartementen tot grootschalige gecombineerde instellingen. Ook de eigendomssituaties van gebouw en grond kunnen divers zijn. Naast deze categorieën kunnen instellingen zorg aanbieden in vastgoed dat in de semi- of extramurale sfeer valt (bijvoorbeeld in RIBW's, TVWMD-voorzieningen) of functies aanbieden zoals dagbehandeling. De ogen sluiten voor deze soorten vastgoed waarvan een instelling gebruik maakt, geeft een incompleet beeld van de mogelijkheden voor een instelling. Een eenduidige

omschrijving van de instellingen binnen de AWBZ-sector is moeilijk, er blijken in de praktijk veel verschillende soorten voorzieningen te zijn.

De verschillen met betrekking tot de karakteristieken van het huidige vastgoed binnen een AWBZ-sector zijn groot. De oorzaken hiervoor zijn deels historisch, omdat gebouwen van instellingen op basis van maatschappelijke wensen en eisen worden vormgegeven. Het verschil in geldende bouwstijlen, vormgeving en zorgvisies heeft vandaag de dag een gedifferentieerd aanbod van voorzieningen opgeleverd. Toch hangt de mogelijkheid om op basis van dit gedifferentieerde aanbod van voorzieningen strategisch met het vastgoed om te gaan hier nauw mee samen. Iedere voorziening beschikt over zijn eigen sterke en zwakke punten, die de mogelijkheden tot strategisch omgaan met dit vastgoed kunnen beïnvloeden. Zelfs binnen een sector zijn de verschillen soms erg groot. In de volgende tabel worden in grote lijnen de verschillen tussen de voormalige sectoren uiteengezet.

Kenmerken per 'voormalige' AWBZ-sector (bron: rapport RIGO: *Vastgoed op eigen benen/ monitoring GHZ/GGZ*)

sector	categorie	huisvesting en trends	Locatie
VZH	licht	Grootschalige locaties, eventueel in combinatie met extramurale woningen. Ontwikkeling naar scheiden wonen en zorg. Voorzieningen worden veelal omgebouwd tot verpleeghuis.	Gelijkmatig verspreid over het land.
VH	zwaar	Grootschalig locaties, tevens afdelingen in ziekenhuizen of afdelingen in verzorgingshuizen. Ontwikkelt zich naar kleinschaliger, genormaliseerd wonen. Voormalige verzorgingshuizen worden voor deze doelgroep steeds meer ingezet.	Gelijkmatig verspreid over het land, concentratie in grotere gemeenschappen.
GGZ	licht zwaar beveiligd	Groot instellingsterrein, met veel soorten (kleinere) gebouwen, (PAAZ/APZ) naast/bij ziekenhuizen. Weinig kleinschalige bouw, circa 25% 'reguliere woningbouw'. Ontwikkeling naar zware zorg op instellingsterrein, kleinschalig lichtere zorg (RIBW) genormaliseerd.	Grootschalig 'buiten de samenleving', kleinschaliger in grote steden. Bij ziekenhuizen. Veel gebouwen binnen de bebouwde kom
GHZ	licht zwaar beveiligd	Grote instellingen hebben het karakter van een gemeenschap of dorp. Weinig zelfstandig functionerende gebouwen, veel 'soorten' gebouwen. Veel combinaties van intra- en semimurale instellingen. Licht scheiden wonen en zorg. Integratie in samenleving, omgekeerde integratie op instellingsterrein.	Intramuraal veelal buiten de bebouwde kom (groot) en binnen de bebouwde kom; semimuraal binnen de bebouwde kom

Kenmerken toekomstig vastgoed

Een trend op het gebied van strategisch vastgoed is de samenwerking met externe partijen. De externe partij beschikt in termen van grondposities en financiering in de meeste gevallen over meer mogelijkheden dan de zorginstelling. Daarnaast is overigens de rol van gemeenten cruciaal, omdat deze over mogelijke bouwlocaties beschikken. Binnen de gemeente leven ideeën over de toekomstige ontwikkeling van deze locaties en eventuele bestemmingswijzigingen.

Woningcorporaties ontwikkelen samen met zorginstellingen vastgoed, in een samenhangend geheel van woningen (deels voor de zorg), de bijbehorende zorginfrastructuur en huisvesting voor specifieke groepen (bijvoorbeeld voor psychogeriatric). De kennis en kunde vanuit beide partijen op het gebied van wonen en zorg worden steeds meer gecombineerd. De trend is dat het eigendom van grond en opstallen verschuift naar de externe partij. Deze verschuiving vindt vooral plaats in de categorie licht, waar de gebouwen veelal 'gewone' woningen betreffen. Naarmate de bouw specifiek wordt (zwaardere categorie), wordt steeds minder met externe partijen samengewerkt en steeds meer in eigendom ontwikkeld. Samenwerking met externe partijen wordt hier minder aangetroffen, doordat deze partijen de kennis voor deze doelgroepen ontberen of omdat bouw voor deze doelgroepen niet als een strategisch interessant project wordt ervaren. Dit neemt niet weg dat veel initiatieven (ook in de

zwaardere categorieën) worden ontwikkeld waarbij naast of bij de zorgvoorziening een externe partij vastgoed ontwikkelt. De voorziening zelf wordt door de instelling gerealiseerd, terwijl de omliggende terreinen door een externe partij worden ontwikkeld (een voorbeeld hiervan is omgekeerde integratie, waarbij op een terrein van een GGZ-instelling bijvoorbeeld reguliere woningbouw plaatsvindt door een woningcorporatie).

De mogelijkheden om strategisch vastgoedbeleid te kunnen voeren, zijn sterk afhankelijk van de categorie en de doelgroep waarvoor de voorziening wordt gerealiseerd. De categorie licht lijkt hiervoor de meeste kansen te bieden. Aangezien in de categorie licht het harmonisatiecriterium als uitgangspunt is genomen voor de te realiseren bouw en de specificiteit van de voorziening laag is, zijn de mogelijkheden voor het op een strategische manier omgaan met vastgoed groter dan bijvoorbeeld bij huisvesting voor de categorie zwaar. Voor de categorie zwaar is voornamelijk de doelgroep bepalend voor de vormgeving en de opzet van de voorziening. Voor bepaalde doelgroepen (ouderenzorg, kortdurende GGZ of reactivering) kan worden nagedacht over het strategisch opzetten van voorzieningen, terwijl huisvesting voor andere doelgroepen zich hier minder voor leent door andere eisen ten aanzien van de voorziening. Voor de categorie beveiligd (zeer specifieke bouw) zijn de mogelijkheden beperkt. Er kan worden gekeken of een voorziening voor de doelgroep FPK kan worden gebruikt als een kliniek voor cliënten met een juridische maatregel (TBS-voorziening).

Een essentieel onderscheid tussen de verschillende soorten vastgoed in de AWBZ-sector is het scheiden van de verblijfsfunctie van de zorg- en behandelfuncties. In de AWBZ-sectoren geldt het principe van scheiding van AWBZ-functies. Het is in de GHZ sector (categorie licht) een basiskwaliteitseis dat dagbesteding in een ander gebouw plaatsvindt dan waar het verblijfsareaal is ondergebracht. Sommige doelgroepen komen echter niet altijd voor scheiding van functies in aanmerking. Het omslagpunt voor deze beslissing ligt in het verlengde van de zorgbehoefte. Voor bepaalde doelgroepen, zoals specifieke groepen in de gehandicaptenzorg (SGLVG, LVGj en MFC) en de geestelijke gezondheidszorg (forensische cliënten, delen van de verslavingszorg, autisten) kunnen de verblijfsfunctie en de zorgfuncties niet altijd worden gescheiden. De behandelfunctie is in deze voorbeelden gekoppeld aan het verblijf (bijvoorbeeld twee bouwdelen die aan elkaar grenzen en verbonden zijn). In het forensische circuit is een koppeling van verblijf en behandeling onontbeerlijk. De opzet en structuur (en daarmee samenhangend de courantheid) van gebouwen worden mede bepaald door de vraag of binnen een gebouw meer dan één functie moet worden aangeboden of dat deze functies gescheiden moeten worden.

Geconstateerd moet worden dat voor de zwaardere categorieën (vooral in de sector GGZ en GHZ) de mogelijkheden beperkter zijn om strategisch met vastgoed om te gaan. De mogelijkheden voor de categorieën licht en zwaar (behoudens specifieke doelgroepen) om strategisch met vastgoed om te gaan en vastgoed op een andere wijze te benaderen, zullen worden uiteengezet. Er wordt hierbij gekeken naar de verschillende functies die daadwerkelijk op één locatie moeten worden aangeboden.

Binnen het vastgoed van de AWBZ sector zal ICT en met name domotica een steeds belangrijker invloed krijgen. Doordat ICT steeds meer wordt toegepast binnen de verschillende AWBZ-sectoren biedt dit ook mogelijkheden om op een gewijzigde manier naar vastgoed te kijken. Doordat ICT-middelen kunnen worden ingezet in situaties waarbij toezicht en overzicht gewenst is, kan het begrip 'nabijheid van zorg' anders worden gedefinieerd. Kleinschalige verblijfsvoorzieningen in de wijk kunnen in een nachtsituatie centraal worden aangestuurd vanuit een meldpost. ICT kan als hulpmiddel dienen om

kleinschaliger verblijfsvoorzieningen gemakkelijker en met minder personeel te realiseren. Het institutionele karakter van verblijfsvoorzieningen verdwijnt, doordat deconcentratie steeds meer kan worden ondersteund door ICT-hulpmiddelen en deze voorzieningen een genormaliseerd karakter krijgen, wat vanuit een strategische gedachte een couranter stuk vastgoed oplevert.

In de sectoren verzorging (VZH) en verpleging (VH) zal vanwege de vraag van de cliënt het zelfstandig thuis blijven wonen naar het zich laat aanzien sterk toenemen. Verbinding met een meldcentrale (een zogenaamd virtueel verzorgings- en verpleeghuis) via spreek/luister verbindingen en videocommunicatie en het plaatsen van draadloze of bedrade sensoren, zoals valdetectie, brandmeld- en inbraak-alarmering stellen de bewoner tot deze langere zelfstandigheid in staat. Alleen als er meerdere keren per dag zorg noodzakelijk is of de kans op acute zorg aanwezig is (binnen enkele minuten) zullen centrale voorzieningen noodzakelijk blijven.

In de sectoren geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en gehandicaptenzorg (GHZ) zullen naast de voornoemde beveiligings-, bewakings- en alarmerings- functies met name de mogelijkheden van plaatsbepaling met ICT (GPS) tot wijzigingen in de woonsituatie kunnen leiden. De overheid experimenteert reeds met gestraften die hun straf thuis moeten uitzitten. Het verlaten van het huis leidt tot alarmering op een meldpost. Maar ook voor TBS-ers heeft de overheid plannen om deze in de wijk te laten wonen. Een GPS systeem aangebracht in een arm- of enkelband geeft altijd hun positie weer.

Ook voor verschillende categorieën in de GGZ en GHZ zijn deze toepassingen mogelijk. Verder zullen ook in de AWBZ sector de ontwikkelingen zoals het kunnen inzien van elektronische patiënten dossiers, afspraken maken en consultaties via e-mail en webcam hun intrede doen.

Scheiden in functies

De verschillende AWBZ-functies kunnen grofweg in drie hoofdfuncties worden onderverdeeld: woon-, activiteiten- en kantoorfuncties. De AWBZ-functies kunnen dan als volgt worden onderverdeeld:

Woonfunctie	Activiteitenfunctie	Kantoorfunctie
appartementen, groepswoningen, afdelingen binnen zelfstandige instellingen, reactiveringsafdelingen binnen/ annex ziekenhuizen	recreatiezalen, multifunctionele ruimten, ruimten voor dagactiviteiten en dagbesteding, inloopcentrum, ruimten voor fysiotherapie, psychomotorische therapie, ergotherapie, psychosociale zorg, enz.	spreek- en werkkamers artsen en paramedici, onderzoek- en behandelkamers, ruimten voor personeel

Het uitgangspunt hierbij is dat functies in ruimten worden uitgeoefend en dat een ruimte meer dan één functie kan vervullen. Zo zijn spreek- en werkkamers voor artsen behandelgerichte ruimten, maar kunnen deze ruimten worden uitgevoerd op een kantoorachtige wijze. De driedeling in functies vormt (afhankelijk van de doelgroep) de basisfuncties waaruit een voorziening moet bestaan en alledrie kunnen als zogenaamde 'core' functies worden bestempeld.

Doordat het spectrum aan soorten voorzieningen binnen de AWBZ breed is, kan een vergelijking in percentages (zoals bij de cure-sector) niet worden aangegeven. Wel kan worden geconcludeerd dat het aandeel van de woonfunctie in de AWBZ-sector veelal groot is. Afhankelijk van de doelgroep

(langdurend of kortdurend verblijf) en de mate waarin behandeling deel uitmaakt van de functionele eisen van de voorziening, kunnen de verhoudingen tussen de drie groepen uiteenlopen. Zo kan kortdurend verblijf voor revalidatie of geestelijke gezondheidszorg overeenkomsten vertonen met een zorghotel of ziekenhuisbouw, terwijl voor andere doelgroepen de activiteitenfunctie en de woonfunctie in gelijke verhouding tot elkaar staan.

Opvallend is de afwezigheid van kantoorfuncties voor beheer en administratie, keukenvoorzieningen en ruimten voor andere ondersteunende (civiele en technische) diensten. Het weglaten van deze functies is mede ingegeven door de trend van kleinschaliger voorzieningen. Door deze functies op andere locaties te concentreren, kunnen voor de instelling onder andere schaalvoordelen worden behaald. Het Bouwcollege signaleert dan ook een toename van het aantal centrale kantoren, centrale keukens en andersoortige gedeelde voorzieningen, zowel voor individuele instellingen als voor meerdere instellingen samen. Vrijvallende ruimten kunnen bij een dergelijke verschuiving worden ingezet voor verhuur, semi- of extramurale zorgfuncties of andere doeleinden. De ruimten die eventueel los van de voorziening kunnen worden gerealiseerd, kunnen dan ook worden opgemerkt als niet per se noodzakelijk te realiseren binnen de voorziening. Deze ruimten kunnen desgewenst op een andere locatie worden gerealiseerd en kunnen worden beschouwd als 'non-core' functies.

Ondernemerschap

De opbouw van De Vitalis Zorg Groep te Eindhoven startte in de zeventiger jaren. "Het startte met de sloop van een fietsenhok dat op een mooie locatie stond." Na de sloop van het fietsenhok is door de bouw en verhuur van seniorenwoningen het eerste geld verdiend. Hiermee kon vervolgens geld worden geleend om meer huurappartementen gaan bouwen. De bij De Zorg Groep betrokken woningcorporatie heeft zich in dezelfde tijd sterk gemaakt voor het bouwen van verzorgingsappartementen met twee kamers. Deze woningcorporatie liep vooruit op de standaarden uit die tijd (eenkamerappartementen), maar bleek wel goed de behoefte van de markt te hebben voorzien.

Vitalis maakt zich nu nog steeds sterk voor ondernemerschap. De organisatie biedt alle personeelsleden leergangen aan in ondernemerschap. Hierdoor leren bijvoorbeeld de koks om hun aanbod met catering te vergroten. Medewerkers letten meer op de mogelijkheden om bijvoorbeeld tegen extra betaling een cliënt te vergezellen naar een familielid in Nederland of eventueel in een ver buitenland. Vitalis werkt met balanced score cards. De honorering voor directeuren is hiervan deels afhankelijk. Gekeken wordt onder meer naar het ziekteverzuim, tevredenheid onder de bewoners en medewerkers en het verwerven van derde geldstromen.

Gesprek met J.M. Bergs, Voorzitter Raad van Bestuur, De Vitalis Zorg Groep Eindhoven, 16 februari 2005

Mogelijke uitwerking nieuwbouw

Welk type voorziening in de AWBZ-sector hoort nu plaats te bieden aan welke functie?

Er is reeds onderscheid gemaakt tussen drie hoofdfuncties: de woonfunctie, de activiteitenfunctie en de kantoorfunctie. Tevens is aan het licht gekomen dat voor verschillende doelgroepen en categorieën deze verdelingen sterk uiteen lopen. Er kan nu worden bekeken op welke manier deze verdeling in hoofdfuncties een bijdrage kan leveren aan de analyse van de voorziening. Ook kan op een andere wijze tegen het bestaande en nieuw te realiseren vastgoed worden aangekeken. Het uitgangspunt hierbij is een voorziening in de categorie licht of zwaar zonder specifieke eisen die vanwege de doelgroep worden gesteld.



De eerste functie, de woonfunctie, kan in het kader van vastgoedbeleid het best worden weergegeven door een vergelijking met reguliere woningbouw. Door de woonfunctie te spiegelen aan woningbouw en daar waar nodig aanpassingen ten behoeve van de doelgroep te realiseren, wordt getracht de courantheid van deze functie waar nodig te verhogen. Deze courantheid hangt mede af van het verblijfsconcept (individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf of afdelingsverblijf) en de mate waarin deze voorzieningen voor externe partijen aan te wenden vallen. Zoals al eerder is aangegeven, geldt dit vooral voor de categorie licht en in mindere mate voor de zwaardere categorieën. De courantheid van deze functie is van groot belang; minder, maar nog steeds vrij belangrijk zijn aspecten als flexibiliteit en specificiteit. De investeringskosten zijn in vergelijking met de andere hoofdfuncties lager.

Activiteiten kunnen in principe plaatsvinden in ruimten die inzetbaar zijn voor meer dan één functie. De meeste vormen van activiteiten, zowel individueel als in kleine en in grote groepen, moeten gegeven kunnen worden binnen een bepaalde hoeveelheid gegeven ruimten. Deze ruimten kunnen bij voorkeur worden gekoppeld, zodat een variëteit aan activiteiten kan plaatsvinden. De bezettingsgraad van dergelijke ruimten behoort hoog te zijn. In de bouwmaatstaven zijn hiervoor de multifunctionele ruimten aangewezen. Bij gebruik van deze ruimten speelt (indelings-)flexibiliteit een belangrijke rol. Het uitrustingsniveau van dergelijke ruimten zal iets hoger zijn dan een 'standaardruimte', door gewijzigde eisen aan de afwerking en inzetbaarheid. De courantheid van dergelijke ruimten is laag, hoewel (ver)huur van deze ruimten mogelijk is. De specificiteit van de ruimte is laag, idealiter wordt deze ruimte voor zoveel mogelijk functies gebruikt, waardoor de inzetbaarheid en de gebruiksflexibiliteit hoog zijn.

Alleen zeer specifieke ruimten (therapiebaden, separeer-/afzonderingsruimten) passen niet in bovenstaande omschrijving. Het betreft dan ook ruimten die niet tot de standaardruimten worden gerekend (zogenaamde p.m.-posten) en slechts in enkele gevallen voorkomen. Het aandeel van deze functies in de gehele voorziening is over het algemeen gering. Bij deze ruimten staan de gebruikspercentages en de overwegingen om dergelijke ruimten zelf te exploiteren ter discussie.

Een groot deel van de ruimten voor personeel en de spreek-/werkkamers kan tot de kantoorfunctie worden gerekend. Net als in de cure-sector zijn hier de groei- en krimpmogelijkheden van belang en is de courantheid belangrijk voor externe partijen. Het betreft ruimte die veelal iets specifiekere zijn dan ruimten voor activiteiten, doordat een andere uitstraling en een ander uitrustingsniveau worden gerealiseerd.

	Wonen	Activiteiten	kantoren
specificiteit			
investeringskosten			
flexibiliteit			
courantheid			
	primair belang :	primair belang :	primair belang :
	a-specifieke woningbouw	multifunctioneel bruikbaar	flexibel en efficiënt ruimtegebruik

Minimale opzet; de compacte voorziening

Met de voorgaande benadering kan worden gezien welke functies minimaal nodig zijn en op welke manier deze functies kunnen worden gerealiseerd. De 'compacte' voorziening kan op deze wijze worden bepaald. Het uitgangspunt hierbij is het op een zodanige manier bepalen van de benodigde minimale ruimtebehoefte, dat aan de compacte voorziening elementen die (strategische) meerwaarde kunnen

leveren voor de locatie, kunnen worden toegevoegd. De 'non-core' functies en/of de niet waardetoevoegende ruimten kunnen elders worden ondergebracht. De uitwerking is gebaseerd op een lichte doelgroep.

De eerste vraag is of het volledig loskoppelen van de woonfunctie en de ruimten voor activiteiten (ondersteunende ruimten) kan worden gerealiseerd. In de meeste gevallen is een minimum aan ondersteunende diensten noodzakelijk (basiskwaliteitseis). De vraag is echter welke ruimten hiervoor daadwerkelijk nodig zijn en welke op andere wijze te realiseren zijn. De mate van verwevenheid van deze hoofdfuncties hangt, zoals eerder aangeduid, af van de specifieke doelgroep.

In het geval van het verblijfsconcept kleinschalig groepsverblijf wordt een minimum aan ondersteunende ruimten gerealiseerd. Groepswoningen kunnen vanuit een centraal punt worden ondersteund. Daarentegen beschikt een afdeling in het concept afdelingsverblijf over een heel scala aan ondersteunende voorzieningen. De keuze van verblijfsconcept blijkt van grote invloed te zijn op de minimale behoefte aan ondersteunende voorzieningen. Voor individueel verblijf geldt dat de appartementen met een minimum aan ondersteunende voorzieningen in de directe nabijheid kunnen worden gerealiseerd.

Voor instellingen maken keuzen voor locaties, (een mix van) verblijfsconcepten en de behoefte om bepaalde ruimten voor activiteiten of kantoren te centraliseren deel uit van de vraag op welke manier strategisch kan worden omgegaan met de voorziening. Wordt gekozen voor het extern onderbrengen van kantoren in aparte gebouwen of locaties, of wordt dit op één en dezelfde locatie of hetzelfde bouwdeel gerealiseerd? Welke (externe) functies kunnen worden opgenomen in de planvorming en welke functies móéten worden opgenomen? In sommige situaties is namelijk het koppelen van functies aan de woonfunctie juist gewenst of zelfs nodig (basiskwaliteitseis), overigens vooral voor doelgroepen in de categorieën zwaar en beveiligd. Uitgaande van de minimaal benodigde ruimten kan de compacte voorziening worden vastgesteld.

Op het moment dat de functionele compacte voorziening is gedefinieerd, kan worden gekeken naar de mogelijke functies die de locaties meerwaarde kunnen geven. Meerwaarde kan in dat verband worden gedefinieerd als een functie die de voorziening niet belemmert in haar (toekomstige) doelstelling en op een positieve manier kan bijdragen aan de voorziening (d.w.z. financieel, functioneel) of bijvoorbeeld de voorziening fraaier of aantrekkelijker kan maken. Het draait hierbij dus om zaken die tot de 'non-core' functies worden gerekend. In deze fase kunnen ook eventuele externe partners een bijdrage aan de voorziening leveren.

Een analyse op functieniveau van de benodigde functies/diensten per locatie maakt het mogelijk kritisch te bezien welke diensten het beste zelf kunnen worden uitgevoerd dan wel door externe partijen kunnen worden geleverd. Een instelling moet als het ware kiezen welke 'non-core' functies zij zelf aanbiedt dan wel door anderen worden aangeboden in de voorziening. Het door externe partijen leveren van voorzieningen op het gebied van ondersteunende diensten (keuken, schoonmaak, onderhoud) kan leiden tot een drastisch gewijzigd beeld van de behoefte aan voorzieningen op de locatie. Andere gerelateerde vraagstukken (levenscyclus, externe flexibiliteit, PPS) met betrekking tot het strategisch vastgoedbeleid kunnen vervolgens worden betrokken bij de verdere ontwikkeling van de voorziening.

Resumerend kan gesteld worden dat het door de grote verscheidenheid in voorzieningen en doelgroepen moeilijk is om aan te geven wat exact de mogelijkheden zijn op het gebied van strategisch

vastgoed in de AWBZ-sector. Tevens moet worden geconcludeerd dat het strategisch omgaan met vastgoed voor de zwaardere doelgroepen moeilijker zal zijn. De courantheid van dergelijke voorzieningen is laag en het betreft veelal zeer specifieke voorzieningen. Het is dan ook niet vreemd dat het overgrote deel van de huidige voorzieningen in eigendom is gerealiseerd. Toch worden met enige regelmaat projecten met externe partijen opgepakt. Aan de andere kant kan voor de lichtere categorie geconstateerd worden dat meer verwevenheid tussen externe partijen en zorginstellingen optreedt. De mogelijkheden om op een strategische wijze om te gaan met vastgoed kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de planvorming voor een nieuw te realiseren instelling. Door uit te gaan van een compacte voorziening, en te selecteren welke 'non-core' voorzieningen de hoogste toegevoegde waarde voor de voorziening als geheel leveren en een aantrekkelijk aanbod voor potentiële afnemers vormen, kan een belangrijke stap voorwaarts gezet worden in de analyse van het strategisch vastgoedbeleid van een instelling voor de toekomst, waarin een aantrekkelijke marktpositie van een instelling ten opzichte van de klant van steeds groter belang wordt. Ook voor bestaande situaties kan de gevolgde benaderingswijze een nieuw licht laten schijnen op de mogelijkheden voor strategische samenwerking tussen instellingen en externe partijen.

Eigendom en uitbesteding

De Vitalis Zorg Groep te Eindhoven bouwt alles in eigendom en wil dat beleid ook voortzetten. Inmiddels heeft De Vitalis Zorg Groep een dermate groot vermogen opgebouwd dat gemakkelijk geleend kan worden bij banken. Daarbij helpt ook de lage rentestand van dit moment. Alvorens gebouwd wordt, oriënteert Vitalis zich op de markt. Hierbij wordt vooral gebruik gemaakt van de rapporten van het Sociaal en Cultureel Planbureau over demografische en inkomensontwikkelingen.

De Vitalis Zorg Groep besteedt in principe geen diensten uit. In de meeste gevallen blijkt het goedkoper te zijn de diensten zelf te doen dan uit te besteden. Een commerciële partij moet 20% BTW rekenen en 10% winst maken: deze 30% valt voor Vitalis zo te verdienen. Vitalis blijft wel zoeken naar innovatie van de diensten. Zo is de keuken goedkoper geworden door halffabrikaten die op locatie in een satellietkeuken worden afgemaakt.

Gesprek met J.M. Bergs, Voorzitter Raad van Bestuur, De Vitalis Zorg Groep Eindhoven, 16 februari 2005



4. Conclusies

We staan aan de vooravond van een systeemwijziging inzake de bekostiging van de infrastructuur. De automatische nacalculatie van afgegeven vergunningen zal plaats maken voor een systeem, waarbij instellingen de kapitaallasten via integrale productprijzen moeten terugverdienen. Instellingen gaan daarbij risico lopen op de kosten van de huisvesting.

De voorstellen inzake prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking hebben derhalve voor instellingen in de gezondheidszorg verstrekende financiële implicaties en betekenen dat deze hun strategie ten aanzien van het vastgoed moeten (her)overwegen.

In plaats van een beleid gericht op oppervlakte- en kostenmaximalisatie zal de nadruk komen te liggen op oppervlakte- en kostenbesparing. Door de toegenomen risico's zal, veel meer dan thans het geval is, een strategisch vastgoedbeleid moeten worden gevoerd. Dit beleid zal ook gevolgen hebben voor het takenpakket van de Raad van Bestuur. Het huisvestingsbeleid stond voorheen over het algemeen niet hoog op de agenda van de Raad van Bestuur, vaak werd het gedelegeerd aan een hoofd van de facilitaire dienst. In de nabije toekomst zal de Raad van Bestuur dit beleid zelf in portefeuille moeten nemen. Speciale aandacht is ook nodig voor de positie van de Raad van Toezicht van een instelling, die in deze een bijzondere verantwoordelijkheid heeft bij het toezien op de keuzes die door de Raad van Bestuur gemaakt worden.

Daarbij spelen nadrukkelijk vragen een rol als:

Moet ik huren, kopen of zelf bouwen?

Moet ik alle functies zelf aanbieden of kan ik wellicht bepaalde functies van derden betrekken?

Flexibiliteit zal in de toekomst van essentieel belang zijn.

In dit verband is het van belang te weten dat in de ziekenhuissector een ander bouwkundig concept, uitgaande van drie afzonderlijke schillen, kapitaalintensieve ziekenhuisfuncties, hotelfunctie en kantoorfuncties, mogelijkheden kan bieden voor toekomstige flexibiliteit.

Een dergelijke benadering is in principe ook mogelijk binnen de carevoorzieningen. De mogelijkheden hiervoor zijn het grootst bij voorzieningen in de categorie licht.

Een verdere uitwerking van het strategisch vastgoedbeleid zal dit jaar in verschillende producties van het Bouwcollege aan de orde komen.