



**College bouw
zorginstellingen**

Postbus 3056

3502 GB Utrecht

T (030) 298 31 00

F (030) 298 32 99

E cbz@bouwcollege.nl

I www.bouwcollege.nl

JAARBEELD BOUWKOSTEN 2008

Vastgesteld

door het College bouw zorginstellingen op 21 juli 2008

© College bouw zorginstellingen 2008

Rapportnummer 616

ISBN/EAN: 978-90-8517-104-1

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord

1.	Inleiding	1
2.	Wat de bouwmanager moet weten	2
	1. Beschouwing van beleidsontwikkelingen	3
	2. Wijzigingen in de bouwregelgeving	9
	3. Rekenhulpmiddelen	12
	4. Opdrachtgeverschap	15
	5. Contractvorming en alternatieven	17
	6. Productiegericht programmeren	22
	7. Brandveiligheid	27
	8. Technische thema's	31
3.	Bouwkosten en kapitaallasten in de jeugdzorg	37
4.	Bouwkosten van algemene ziekenhuizen	47





Voorwoord

In de voorgaande jaren heeft het Bouwcollege jaarlijks een *Bouwkostennota* uitgebracht die de stand van zaken op het betreffende terrein voor de zorgsector in kaart bracht. Tevens werden in deze nota de kostennormen voor de bouw in de zorg vastgesteld, die vervolgens de goedkeuring behoeften van de minister van VWS. Dat allemaal ingevolge het wettelijke bouwregime dat gedurende ruim 35 jaar door het Bouwcollege is uitgevoerd. Tezamen met deze kostennota bracht het Bouwcollege tevens een rapport uit, waarin verschillende *Capita Selecta* uit de praktijk van zorg en bouw werden behandeld.

Dit jaar brengt het Bouwcollege voor het laatst een "klassieke" *Bouwkostennota* uit met de daarbij behorende normkosten voorzover deze nog aan de orde zijn. Het rapport met de zogenaamde *Capita Selecta* is dit jaar vervangen door het Jaarbeeld *Bouwkosten* 2008. Dit jaarbeeld behandelt een reeks van actuele thema's vanuit de centrale vraagstelling: "Wat moet een bouwmanager c.q. een opdrachtgever in de zorg anno 2008 weten?" Daarbij ligt het voor de hand dat in dit jaarbeeld met name aandacht wordt geschonken aan een reeks aspecten die samenhangen met de transitieperiode die het bouwbeleid in de zorg anno 2008 kenmerkt. Een transitie op vele terreinen: van regulering naar deregulering, van centrale bevoegdheden naar decentrale verantwoordelijkheden, van normen naar liberalisatie, van gegarandeerde financiering naar zelfstandige financiering. Kortom de transitie van een door de overheid gereguleerd kapitaallastenbeleid naar een eigen vrijheid op basis van een ondernemingswijze benadering van integrale kosten en opbrengsten.

Daarnaast worden onderwerpen behandeld die in nauw verband staan met de modernisering van het bouwregime. Nieuwe en innovatieve concepten van opdrachtgeverschap, contractvormen en aanbestedingen, maar ook beleidsarme onderwerpen die, ongeacht welk beleid er wordt gevoerd, altijd van belang blijven, zoals brandveiligheid, installatietechnieken, domotica en praktijksituaties uit de bouw.

Zoals u in de tekst kunt lezen wordt er bij vele onderwerpen een relatie gelegd tussen het huidige Bouwcollege en het nieuwe Centrum Zorg en Bouw. Een groot aantal niet wettelijke activiteiten, die het Bouwcollege in het recente verleden heeft opgestart ter wille van allen die betrokken zijn bij de bouw in de zorg, zal blijvend worden opgepakt en nader worden uitgewerkt door het Centrum Zorg en Bouw. Het Bouwcollege is bijzonder verheugd dat het door de goede samenwerking met het ministerie van VWS en met de TNO-organisatie gelukt is een dergelijk centrum van de grond te krijgen. Op deze manier gaan de in de ruim 35 jaar opgebouwde kennis, expertise en ervaring met betrekking tot de bouw in de zorg, niet verloren en kunnen deze kwaliteiten, ook na de opheffing van het Bouwcollege, blijvend worden ingezet voor de gehele zorgsector en, naar het zich laat aanzien, ook voor verwante sectoren zoals jeugd en welzijn.

Drs. R.L.J.M. Scheerder
voorzitter College bouw zorginstellingen



1. Inleiding

In het kader van de marktwerking trekt de overheid zich geleidelijk terug in haar bemoeienis bij de bouw voor de zorg. De rol van het College bouw zorginstellingen (verder aan te duiden als 'het Bouwcollege') als beoordelaar van bouwplannen, vergunningverleners en toezichthouder -bij elkaar het bestaansrecht van het Bouwcollege- houdt op te bestaan. Voor de sector ziekenhuizen is dit reeds per 1 januari 2008 ingegaan. Voor de 'care' sector (AWBZ zorg) loopt het bouwregime per 1 januari 2009 af. Zorginstellingen worden zelf verantwoordelijk voor beheer en financiering van de bouw. Hun zorgbouwinvesteringen worden niet meer afgedekt door de WTZi, maar moeten worden terugverdiend met de activiteiten en de productie van diverse zorgproducten.

In de publicatie 'Het Bouwcollege nu en straks', van juli 2007, is een uitvoerig beeld geschetst van de veranderingen in de zorgbouw en de gevolgen die deze veranderingen hebben voor de rol en positie van het Bouwcollege. De werkzaamheden van het Bouwcollege worden in de periode tot 1 januari 2010 afgebouwd als gevolg van de afschaffing van het bouwregime. De kennis- en expertisefunctie van het Bouwcollege wordt ondergebracht bij TNO, in het daartoe inmiddels opgerichte en deels met publieke middelen gefinancierde Centrum Zorg en Bouw.

In het Centrum Zorg en Bouw zal onder meer de kostendeskundigheid van het Bouwcollege behouden blijven én verder worden uitgebreid. Het onderzoek naar de ontwikkelingen van de bouwkosten en alle daarop van invloed zijnde factoren zal in dat kader dan ook worden voortgezet.

Jarenlang, tot 2007, publiceerde het Bouwcollege de uitkomsten van de kostenonderzoeken in de jaarlijks verschijnende *Bouwkostennota*. In dat kader werden jaarlijks de bouwkostennormen, grondkostennormen en financiële toeslagen als prestatie-eisen in de zin van de WTZi vastgesteld. Dit jaar, 2008, zal de *Bouwkostennota* zich beperken tot de nog steeds onder het bouwregime vallende sectoren.

Naast de *Bouwkostennota* publiceerde het Bouwcollege gelijktijdig de *Capita Selecta* als bijlage bij de *Bouwkostennota*. De *Capita Selecta* behandelden jaarlijks een diversiteit aan thema's gericht op het verbeteren van het opdrachtgeverschap in de zorgbouw. Naast tal van financiële en bouw- en installatietechnische aspecten werd ook ingegaan op de bouw in juridisch perspectief.

Dit voorliggende Jaarbeeld *Bouwkosten* 2008 beoogt de informatieve functie van de *Capita Selecta* voort te zetten én uit te breiden. Het Jaarbeeld behandelt een reeks van actuele thema's vanuit de centrale vraagstelling: 'Wat moet een bouwmanager/opdrachtgever in de zorgbouw weten?'

Door de wijziging van het bekostigingssysteem zullen investeringsbeslissingen, maar ook het meer algemene vastgoedbeleid, en de risico's van dien, een nog belangrijker rol gaan spelen.

De opgenomen beschrijvingen beogen informatief, maar niet uitputtend te zijn. Meer diepgaande artikelen over deze onderwerpen kunt u aantreffen op het 'Kennisplein' van de website van het Bouwcollege (zie www.bouwcollege.nl).

Het Jaarbeeld *Bouwkosten* gaat in dit kader allereerst in op de beleidsontwikkelingen op het gebied van de zorgbouw. Verder wordt onder meer aandacht besteed aan de wijzigingen in de bouwregelgeving, de vele aspecten van de contractvorming en aanbesteding, de programmatische aspecten en de strategische overwegingen die daarbij een rol kunnen spelen. Met betrekking tot de technische aspecten wordt aandacht besteed aan de onderwerpen brandveiligheid, koeling en domotica en de problematiek van de bouwfouten en faalkosten.



Evenals vorig jaar wordt ingegaan op richtlijnen voor bouwkosten en kapitaallasten binnen de jeugdzorg, een sector die altijd buiten het bouwregime ex WTZi is gebleven. Dit jaar wordt specifieke aandacht besteed aan gesloten jeugdzorg, een doelgroep die per 1 januari 2008 onder verantwoordelijkheid van het programmaministerie Jeugd en Gezin valt en waarvoor het Bouwcollege in 2008 een referentiekader voor de huisvesting heeft ontwikkeld.

Daarnaast gaat het Jaarbeeld *Bouwkosten* in op de kostenontwikkeling van de niet langer onder het bouwregime vallende sector ziekenhuizen. Nu de actualisatie van de bouwkostennormen voor deze sector niet langer vereist is bieden de beschouwingen een referentie voor die partijen die zich met de voorbereiding van een ziekenhuisplan bezighouden.

2. WAT DE BOUWMANAGER MOET WETEN

2.1 Beschouwing van beleidsontwikkelingen

Bekostiging kapitaallasten Cure

Op 1 januari 2008 is het bouwregime ex WTZi voor de ziekenhuizen beëindigd. Dat betekent dat er geen toelatingen met bouw en vergunning op grond van de WTZi meer aan ziekenhuizen worden afgegeven. In het oude systeem waren de vergunningen en de eindafrekeningen een titel om kapitaallasten die uit goedgekeurde investeringen voortvloeiden aanvullend op het FB-budget (functiegerichte budgettering) vergoed te krijgen. Deze nacalculatie past niet in het toekomstige stelsel. De komende jaren bevinden we ons nog in de overgang naar het toekomstige stelsel. Hoe ziet precies de bekostiging van het nieuwe stelsel er uit in de overgangsjaren waarin we ons nu bevinden?

In de overgangsperiode is de bekostiging een mix van het oude FB-budget (inclusief de nacalculatie van kapitaallasten) en een vergoeding voor DBC's waarvoor vrije prijsvorming bestaat, de zogenaamde B-DBC's. Hoewel het bouwregime is afgeschaft gelden in 2008 alleen voor de zogenaamde B-DBC's vrije prijzen. Dit zijn integrale prijzen, dat wil zeggen dat het ziekenhuis hiermee al zijn kosten moet zien te dekken, ook de kapitaallasten (rente en afschrijvingen) die aan deze productie toe te rekenen zijn.

Het B-segment omvat momenteel ongeveer 20% van de totale ziekenhuiszorg. Voor de overige 80% (het A-segment) geldt nog een zogeheten FB-budget¹. In dit deel zit een aantal vaste componenten (het A0-segment) alsmede de topklinische zorg (het A1-segment). Voor individuele ziekenhuizen kan de verhouding A/B afwijken van 80/20.

In het FB-budget voor het A-segment zitten ook de bestaande kapitaallasten. De bestaande kapitaallasten zijn geschoond voor het aandeel van de vrije DBC's (20%), zodat alleen de 80% kapitaallasten resteert die aan dit deel van de productie zijn toe te rekenen.

De omvang van het B-segment zal in de toekomst verder worden uitgebreid. In een brief van 11 juni 2008 aan de Tweede Kamer geeft de minister van VWS aan dat onder voorwaarden een verdere uitbreiding kan plaatsvinden. Deze zou een verruiming van 20 naar 34% behelzen. Hiermee wordt afgestapt van het eerdere voornemen om voor een deel van de ziekenhuisproductie integrale prestatiebekostiging met maatstafconcurrentie in te voeren. Eind maart heeft de NZa in een brief aan de minister laten weten dat invoering van prestatiebekostiging met maatstafconcurrentie per 1 januari 2009 niet over de volle breedte van de productstructuur verantwoord is. Dit houdt enerzijds verband met het feit dat de huidige DBC-structuur niet voldoende stabiel is en anderzijds met de kwaliteit van de gegevens.

Overigens heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen om pas na de zomer een beslissing te nemen over de uitbreiding van het B-segment, eerst nadat het rapport van de NZa over de effecten van vrije prijzen in de ziekenhuiszorg is uitgekomen en er meer duidelijk is over een mogelijke overschrijding van het budgettair kader zorg.

Met een brief van 18 juli 2008 aan de voorzitter van de Tweede Kamer heeft de minister van VWS de NZa Monitor Ziekenhuiszorg 2008 aan de Tweede Kamer voorgelegd. Dit rapport, d.d. juli 2008, bevat

¹ Overigens wordt dit deel wel via DBC's gedeclareerd, maar ziekenhuizen lopen hierop geen risico. Verschillen tussen budget en opbrengst DBC's worden achteraf verrekend via lumpsumbedragen tussen ziekenhuis en verzekeraars.



een analyse van de marktontwikkeling in het B-segment. De NZa concludeert dat er onvoldoende indicaties zijn om te veronderstellen dat de voorgestelde uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2009 zal leiden tot negatieve effecten op de publieke belangen, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

In de brief van 18 juli 2008 meldt de minister dat, gezien de voorbereidingstijd die voor de vergroting van het B-segment noodzakelijk is, het kabinet definitief besloten heeft voor uitbreiding van het B-segment. Verder stelt de minister van VWS dat voortvarend gewerkt wordt aan het ontwikkelen van een maatstaf/prijsbeheersingsinstrument, zodanig dat dit in 2010 ingevoerd kan worden. De inzet van dit instrument hangt evenwel af van de kostenontwikkeling. Indien de ontwikkelingen in het B-segment in 2009 (voor wat betreft volume en/of prijs) toch minder gunstig zijn en daardoor (mede) oorzaak zijn van een overschrijding van het budgettair kader, dan is de minister voornemens om het volledige B-segment onder een prijsbeheersingsregime te brengen.

Wat betekent het bovenstaande voor de vergoeding van de kapitaallasten van lopende bouwprojecten waar een vergunning ex WZV of WTZi voor is gekregen?

Met het ministerie van VWS was al afgesproken dat in 2008 de voorwaarden uit voorheen afgegeven vergunningen nog van toepassing blijven. Dit houdt in dat het Bouwcollege ook in 2008 aanvragen van ziekenhuizen voor meer- en minderwerken blijft behandelen evenals aanbestedingsresultaten voor die gevallen waarin er geen sprake is van budgettair bouwen en tevens de eindafrekeningen van ziekenhuizen. Met de goedkeuring van de eindafrekening ontstaat vervolgens recht op nacalculatie in de FB-budgetten 2008. De NZa zal dit nog wel in een beleidsregel vastleggen. Overigens is ook voor nieuwe bouwinitiatieven die in 2008 of 2009 in gebruik worden genomen in beginsel de splitsing over A- en B-segment van toepassing, waarbij de budgetaanpassing/nacalculatie alleen voor het A-segment van toepassing is.

Omdat het FB-budget op basis van het bovenstaande ook (deels) in 2009 zal blijven bestaan is recent met het ministerie afgesproken dat bovenbeschreven taken (goedkeuring meer- en minderwerken, aanbestedingsresultaten en eindafrekeningen) voor de ziekenhuissector door het Bouwcollege zullen blijven worden uitgevoerd. Het Bouwcollege blijft deze taken uitvoeren gedurende de periode dat het FB-systeem gehandhaafd blijft. Hierdoor is de nacalculatie van lopende projecten die in 2009 worden afgerekend verzekerd, behalve voor het risico dat gelopen wordt over het B-segment.

Dit betekent dus dat een ziekenhuis dat nog voor 1 januari 2008 een vergunning heeft ontvangen zijn kapitaallasten nagecalculeerd krijgt in het FB-deel van zijn omzet. Het vergunningbedrag kan daarbij nog gecorrigeerd worden indien de eindafrekening van het project daartoe aanleiding geeft. Het aandeel van dit FB-budget in de omzet zal teruglopen van 80% in 2008 naar 66% in 2009. In de jaren daarna zou het B-deel uiteraard nog verder kunnen groeien. Strikt genomen wordt het verband met het B-segment alleen rekenkundig gelegd. Een aparte orthopediestraat voor heupen en knieën wordt ook verdeeld over A en B, en omgekeerd geldt hetzelfde voor een stralingsbunker. Voor de dekking van kapitaallasten die samenhangen met het B-segment geldt dat het ziekenhuis moet proberen zodanige prijzen te onderhandelen met verzekeraars dat daarmee een voldoende dekking van de kosten verkregen wordt. Dit kan door voldoende hoge prijzen af te spreken en door voldoende volume van de desbetreffende DBC's te produceren.

Voor een ziekenhuis dat zonder vergunning bouwt in 2008 ligt de situatie iets anders. Of ook hier in het FB-deel wordt nagecalculeerd is nog niet duidelijk. Voor dergelijke initiatieven is geen beoordelingskader en er is nog niet besloten hoe de NZa hiermee zal omgaan. Voorstel is nu om alles



wat binnen de trekkingsrechten past (inclusief het opgebouwde saldo) te accepteren, voor het meerdere bestaat nog onduidelijkheid. Opties zijn het nacalculeren van de werkelijke kosten of advies vragen aan het Bouwcollege. Het risico dat ziekenhuizen op hun kapitaallasten lopen is daarmee vooralsnog beperkt.

Over de overgangsproblematiek kan worden opgemerkt dat de minister op 7 maart 2008 de Commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime heeft ingesteld.

Deze commissie adviseert over drie onderwerpen. Allereerst over de criteria waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor nadeelcompensatie. Op basis van dit advies stelt de minister een beleid vast op basis waarvan de commissie vervolgens de individuele ziekenhuizen toetst. Voorts buigt de commissie zich over de wijze van berekening ter bepaling van de nadeelcompensatie en tenslotte over de nadeelcompensatie voor individuele ziekenhuizen ten gevolge van de afschaffing van het bouwregime.

De commissie gaat bij het bepalen van de criteria en de omvang van het nadeel uit van het leerstuk van de nadeelcompensatie. Bij nadeelcompensatie gaat het om vergoeding van schade die voortvloeit uit een rechtmatige overheidsdaad waarbij de schade onevenredig groot is. In dit geval het rechtmatig afschaffen van het bouwregime en daarmee de nacalculatie op de gebouwgebonden kapitaallasten. Bij de instelling van de commissie geeft de minister de gevolgen aan voor de ziekenhuizen.

- De ziekenhuizen zullen zelf een causaal verband moeten aantonen tussen de schade en de afschaffing van het bouwregime, waaronder de nacalculatie van de kapitaallasten van ziekenhuizen.
- De ziekenhuizen moeten aantonen dat zij als gevolg van deze maatregel onevenredig zwaar worden getroffen.
- Daarbij kan de schade die kan worden geacht te behoren tot het normale ondernemersrisico niet in de berekening worden betrokken.
- Ook wordt schade waarvoor ziekenhuizen eigen schuld kan worden verweten niet in de berekening betrokken.
- De schade zal op een objectieve wijze worden berekend en geverifieerd.
- Eventuele voordelen die voor ziekenhuizen voortvloeien uit de afschaffing van het bouwregime waaronder de nacalculatie op gebouwgebonden kapitaallasten, worden verdisconteerd in het schadebedrag.
- De compensatie zal de onevenredigheid van de schade wegnemen maar zal in ieder geval niet hoger zijn dan de schade.

De commissie zal advies uitbrengen aan de minister over de algemene criteria voor nadeelcompensatie en uiterlijk 1 oktober 2008 advies uitbrengen over de wijze van berekening van de nadeelcompensatie voor individuele ziekenhuizen. De minister zal op basis van deze adviezen de NZa verzoeken de compensatie via het FB-budget te regelen.

Bekostiging kapitaallasten Care

Op 13 juni 2008 heeft de staatssecretaris van VWS de brief "Zeker van zorg, nu en straks" aan de Tweede Kamer gezonden. In deze brief schetst het kabinet hoe het de komende jaren met de AWBZ verder wil gaan. Een van de maatregelen die wordt genoemd is het afschaffen van het bouwregime voor de care met ingang van 1 januari 2009.

De staatssecretaris wil instellingen die verblijf aanbieden verder prikkelen tot een verhoogde cliëntoriëntatie, ruimte bieden voor ondernemerschap en meer (financieel) risico laten dragen. Omdat het kabinet in deze kabinetsperiode daartoe een onomkeerbare stap wil zetten, worden in 2011 integrale tarieven inclusief kapitaallasten ingevoerd.

Vooruitlopend daarop wordt 1 januari 2009 het bouwregime voor de langdurige zorg (care inclusief de langer durende GGZ) afgeschaft. Toelatingen met bouw noch vergunningen zijn daarna meer nodig. Het bouwprogramma dat onlangs is vastgesteld door de staatssecretaris kan zonder verdere inmenging van het ministerie en het Bouwcollege worden uitgevoerd.

Ook buiten dat vastgestelde bouwprogramma om kunnen initiatieven worden ontwikkeld, want met de kosten die daaruit voortvloeien zal in het bekostigingssysteem rekening worden gehouden. De nacalculatie van kapitaallasten blijft in de jaren 2009 en 2010 namelijk nog in stand. Dat is ook het geval wanneer geen sprake is van een volledige bezetting van nieuw gerealiseerde of al bestaande plaatsen. De staatssecretaris heeft niet de verwachting dat dit zal leiden tot onnodige nieuwe bouwplannen. Want het afschaffen van het bouwregime is een eerste stap in de richting van risicodragend bouwen door instellingen. Indien instellingen na de afschaffing van het bouwregime ondoelmatige bouw gaan realiseren, zullen ze bij de invoering van integrale tarieven in 2011 nadelige effecten gaan ondervinden. De staatssecretaris zal de NZa vragen verder te gaan met de werkzaamheden voor het onderbrengen van de kapitaallastenvergoeding in de zorgzwaartepakketten (ZZP's).

Wat betekenen deze maatregelen voor lopende projecten waarvoor al een vergunning onder de WTZI (of de WZV) is afgegeven?

Naar alle waarschijnlijkheid zal de bouwbegeleiding van reeds afgegeven vergunningen na 1 januari 2009 doorlopen. Er zal dus, voorzover geen sprake is van budgettair bouwen, sprake blijven van het goedkeuren van aanbestedingen en van meer- en minderwerken. Ook zullen eindafrekeningen goedgekeurd blijven worden. Met de goedkeuring van de eindafrekening ontstaat het recht op nacalculatie van projecten waarvoor een vergunning is verleend.

Voor projecten waarvoor geen vergunning meer is verleend zal in de jaren 2009 en 2010 eveneens sprake zijn van nacalculatie van kapitaallasten als de projecten in een van die jaren gereed komen. Op welke wijze deze nacalculatie tot stand komt is niet beschreven in de brief van 13 juni. Aangenomen mag worden dat instellingen zich rechtstreeks bij de NZa kunnen vervoegen.

In eerdere documentatie heeft het ministerie aangekondigd dat ook voor de care sprake zal zijn van een "commissie van wijze mensen", zoals voor de cure de Commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime is ingesteld. In de brief die nu naar de Tweede Kamer is gestuurd wordt het instellen van een dergelijke commissie voor de care niet nogmaals genoemd. De focus van de brief is evenwel ook niet de bouw, maar de toekomst van de AWBZ. Nadere verheldering over de consequenties van de afschaffing van het bouwregime voor de langdurige zorg mag in de komende weken en maanden van het ministerie worden verwacht.



Toekomst AWBZ, het kabinetsbeleid

In de brief "Zeker van zorg, nu en straks" stelt de staatssecretaris dat het voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de AWBZ-zorg van essentieel belang is de AWBZ te richten op het zo goed en doelmatig mogelijk leveren van onbetwistbare zorg. Dat vergt een glasheldere polis, een eenduidige en onafhankelijke indicatie, goede en stabiele prijzen op basis van zorgzwaarte en een goede begrenzing tussen de AWBZ en andere domeinen (zoals de Zorgverzekeringswet, Jeugdzorg en WMO).

Diversiteit

Op het gebied van bouw en wonen wil het kabinet meer keuzevrijheid en diversiteit in wonen. Het kabinet kondigt de volgende maatregelen aan.

- Voor mensen met een indicatie voor verblijf wordt de regeling "volledig pakket thuis" vanaf 2009 verder uitgebreid. De mogelijkheden voor zorginstellingen om dit pakket te leveren worden verruimd.
- Om de cliëntoriëntatie bij de bouw te verhogen wil de staatssecretaris zorginstellingen ruimte bieden voor ondernemerschap en meer (financieel) risico laten dragen. Dit betekent, zoals eerder vermeld, de invoering van integrale tarieven, inclusief kapitaallasten, en afschaffing van het bouwregime.
- Op korte termijn wil het kabinet scheiden van wonen en zorg doorvoeren voor de groepen waar het voordeel oplevert, dat wil zeggen voor de cliënten meer keuzemogelijkheden geeft. Dat zijn de mensen met somatische beperkingen en de lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten, aldus het kabinet. De aanspraken van de AWBZ worden zo gewijzigd dat het wonen niet langer deel hoeft uit te maken van de zorg. Dit gaat in vanaf 2010.

Solidariteit

De andere uitgangspunten van de kabinetsvisie op de langdurige zorg en daaraan verbonden aangekondigde maatregelen zijn:

- Versterken positie van de cliënt, onder meer door het persoonsgebonden budget te behouden en stappen richting een persoonsvolgend systeem voor de zorg in natura. Voorlopig blijven de zorgkantoren verantwoordelijk voor de zorginkoop.
- Verbeteren kwaliteit van zorg en bevorderen innovatie, onder andere door meer transparantie, goede veiligheid in de langdurige zorg, meer cliëntgerichtheid en meer professionaliteit van de medewerker. De kwaliteit zal worden beloond aan de hand van een model dat wordt opgesteld door de NZa, de Inspectie (IGZ) en het ministerie. Innovatie en arbeidsmarkt worden bevorderd door innovaties te benoemen, breed te verspreiden en te analyseren waarom systeeminnovaties zo moeilijk hun weg vinden naar een sectorbrede toepassing (het ZorgInnovatiePlatform). De arbeidsmarkt wordt onder andere bevorderd door lager opgeleiden op te leiden voor de zorg en zittend personeel door te laten stromen naar niveau 3. Ketenzorg en eerstelijnszorg dragen ook bij tot betere kwaliteit. Samenwerkingsinitiatieven worden positief ondersteund.
- Bestendigen solidariteit en budgettaire houdbaarheid. De afgelopen jaren zijn steeds meer mensen een beroep gaan doen op de AWBZ. Onder meer de groei van de pgb's voor de functies ondersteunende en activerende begeleiding is groot. Om de groei te beteugelen neemt de staatssecretaris een aantal maatregelen. De huidige drie functies ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling worden samengevoegd tot twee nieuwe functies: begeleiding en behandeling. Een deel van de functie activerende begeleiding gaat naar de functie

behandeling. De doelstelling 'participatie' van beide begeleidingsfuncties valt straks niet meer onder de AWBZ. Tevens zal de staatssecretaris een eigen bijdrage gaan invoeren voor de functie begeleiding. Een andere belangrijke maatregel is het verdwijnen van de grondslag "psychosociaal" uit de AWBZ. Dak- en thuislozen vormen een groot deel van deze doelgroep, maar ook ouderen worden tot deze doelgroep gerekend om aanspraak te kunnen maken op verblijf in een verzorgingshuis. Tenslotte is de staatssecretaris van plan om het gebruik van de AWBZ te beperken voor jongeren met een licht verstandelijke handicap en psychiatrische problematiek. Bij de indicatiestelling zal gebruik gemaakt gaan worden van het in ontwikkeling zijnde protocol Licht Verstandelijk Gehandicapten. Legde de SER de cesuur bij het overhevelen van AWBZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet bij kortdurende en op herstel gerichte zorg; de staatssecretaris ziet meer mogelijkheden van overheveling. Ze begint met de overheveling van reactiveringszorg per 2010 en onderzoekt andere mogelijkheden.

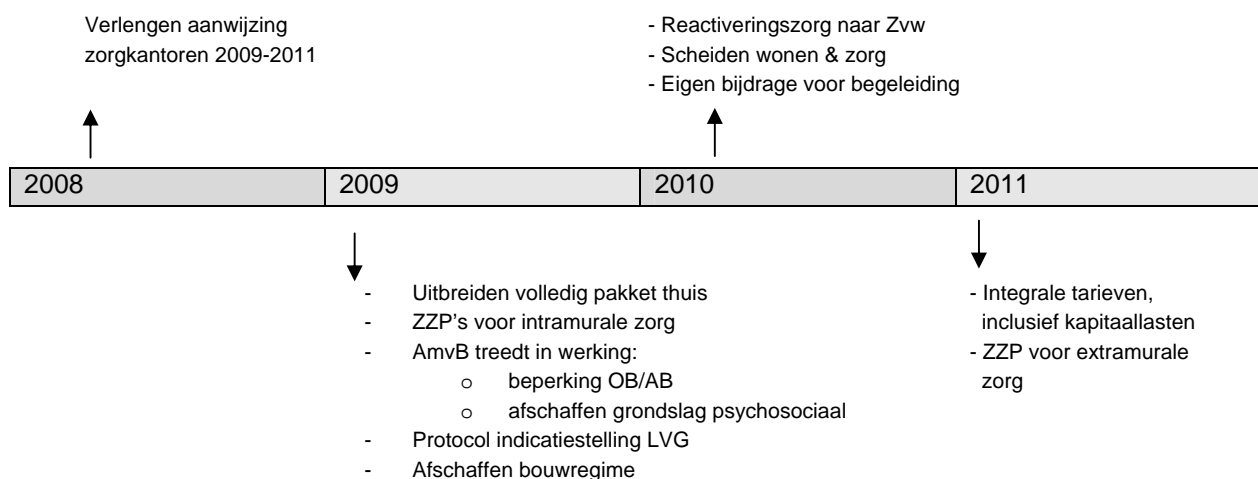
- Verminderen van de bureaucratie is het laatste uitgangspunt. Onder meer door verbetering van de indicatiestelling en verbetering van de uitvoering door de zorgkantoren wil de staatssecretaris dit bevorderen.

Financieel plaatje

Vanaf 2008 is 340 miljoen euro structureel geïnvesteerd in de AWBZ, onder meer voor extra handen aan het bed in verpleeg- en verzorgingshuizen. Daarnaast wordt vanaf 2009 extra geld (42 miljoen euro in 2009 en 72 miljoen euro vanaf 2010) uitgetrokken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren voor gehandicapten met een hoge zorgzwaarte. Voor de volumegroei van de AWBZ-zorg, inclusief pgb's, trekt het kabinet gedurende de kabinetsperiode in totaal circa 2,5 miljard euro uit. De hiervoor genoemde maatregelen leveren in 2009 55 miljoen euro op, oplopend tot 800 miljoen in 2010.

Tijdbalk maatregelen AWBZ 2008 – 2011 (ministerie van VWS)

Tijdsschema maatregelen AWBZ 2008-2011 (ministerie van VWS)



Bouwprogramma voor de langdurige zorg 2008-2010

Met een brief van 26 juni 2008 heeft de staatssecretaris de Tweede Kamer geïnformeerd over de vaststelling van het bouwprogramma voor de langdurige zorg 2008-2010. Het totale bouwprogramma vergt een investering van €2,7 miljard, waarmee uitvoering kan worden gegeven aan 1.100 bouwplannen die nog voor 'bouw binnen het bouwregime' aan VWS zijn voorgelegd.

2.2 Wijzigingen in de bouwregelgeving

Als u gaat bouwen of verbouwen krijgt u te maken met bouwregelgeving. Deze regels zijn grotendeels gebaseerd op de Woningwet. Onder de Woningwet hangen drie Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's), waarvan het Bouwbesluit, waarin de technische voorschriften zijn benoemd, de belangrijkste is. De andere twee vooral procedurele AMvB's zijn het Besluit bouwvergunningstvrije en licht-bouwvergunningplichtige bouwwerken en het Besluit Indieningsvereisten aanvraag bouwvergunning. De gemeente houdt toezicht op de handhaving van de bouwregelgeving. Gemeenten mogen daarbij niet afwijken van de rijksregelgeving. Zij moeten wel in een bouwverordening en een welstandsnota op een aantal punten aanvullende voorschriften vastleggen. Ook moeten gemeenten in een bestemmingsplan aangeven op welke locaties wel of niet gebouwd mag worden.

Bouwbesluit

Na de relatief ingrijpende wijzigingen van het Bouwbesluit in 2005 en de beperkte wijziging in 2006 (aanscherping van de energieprestatiecoëfficiënt (EPC) voor de woningbouw) zijn er geen recente wijzigingen in het Bouwbesluit doorgevoerd die technische of financiële gevolgen hebben voor de bouw van zorgvoorzieningen. Op dit moment wordt door het ministerie van VROM gewerkt aan het dereguleren en vereenvoudigen van het Bouwbesluit. Uiteindelijk zal het Bouwbesluit met het Gebruiksbesluit worden geïntegreerd tot één AMvB, die naar verwachting medio 2009 in het Staatsblad zal worden gepubliceerd².

Bouwverordening en Gebruiksbesluit

De afgelopen jaren is er veel te doen geweest over de introductie van het Gebruiksbesluit Brandveilige Bouwwerken, kortweg het Gebruiksbesluit genoemd. Het Gebruiksbesluit moet een einde maken aan de diversiteit aan brandveiligheidseisen in de verschillende gemeentelijke bouwverordeningen. Met de komst van het Gebruiksbesluit worden de gebruikseisen op het gebied van de brandveiligheid landelijk uniform, net zoals de eisen die in het Bouwbesluit aan de veiligheid van gebouwen en de installaties worden gesteld.

De gebruikseisen zijn overigens gebaseerd op de laatste versie van de Modelbouwverordening en leiden daarmee in principe niet tot een verzwaring van de regelgeving.

Fase 1 van het Gebruiksbesluit zal naar verwachting op 1 oktober 2008 in werking treden. Met fase 1 zijn de voorschriften brandveilig gebruik uit de Modelbouwverordening van de VNG overgeheveld naar landelijke regelgeving. Met fase 2 wordt de afstemming tussen de bouwtechnische, de installatie- en de gebruikstechnische eisen geoptimaliseerd. Dit laat nog circa een jaar op zich wachten.

In hoofdstuk 2.7 zal verder op het onderwerp Brandveiligheid worden ingegaan.

De invoering van het Gebruiksbesluit draagt bij aan de deregulering van de bouwregelgeving, evenwel met behoud van de inhoudelijke eisen. Voor veel voorzieningen komt de huidige verplichte gebruiksvergunning namelijk te vervallen. Voor 80 procent van de huidige gebruiksvergunningplichtige gebouwen kan in de toekomst met een melding worden volstaan.

(Gebruiks-)Vergunningplicht blijft bestaan voor voorzieningen waarin:

- bedrijfsmatig of in het kader van verzorging nachtverblijf wordt verschaft aan meer dan tien personen. Het besluit vermeldt daar overigens bij dat in de bouwverordening (nog steeds) kan worden afgeweken van dit genoemde aantal personen;

² Herziening van het Bouwbesluit 2003. Kamerbrief minister voor Wonen, Wijken en Integratie. Den Haag, publicatiedatum 29 april 2008.



- dagverblijf wordt verschaft aan meer dan tien personen jonger dan twaalf jaar of aan meer dan tien lichamelijk of verstandelijk gehandicapte personen.

Op basis van de voornoemde criteria valt te constateren dat het merendeel van de zorggebouwen gebruiksvergunningplichtig blijft.

De nieuwe Wro

De Wet op de Ruimtelijke Ordening (WRO) regelt de wijze waarop ruimtelijke plannen (waaronder het bestemmingsplan) tot stand komen. Na een lange procedure is er duidelijkheid over de vernieuwing van deze wet.

Met de nieuwe Wet op de ruimtelijke ordening (Wro) die per 1 juli 2008 in werking treedt, krijgen Rijk, provincies en gemeenten meer bevoegdheden én (vooral de laatsten) meer verantwoordelijkheden. Een belangrijke vooruitgang is dat de bestemmingsplanprocedure wordt teruggebracht van ruim één jaar naar 26 weken. Het bestemmingsplan wordt in principe door de gemeente opgesteld. Rijk en provincie stellen in de regel alleen nog algemene kaders. In uitzonderlijke gevallen, indien Rijk en provincie menen zelf verantwoordelijk te zijn voor een bepaald gebied of een bepaalde ontwikkeling op Rijks- of provinciaal niveau, kunnen zij echter ook zelf het bestemmingsplan vaststellen.

Omgevingsvergunning

Veel besproken is ook het wetsvoorstel voor de Wet algemene bepalingen omgevingsrecht (Wabo) en de daarop gebaseerde omgevingsvergunning. Op 11 december 2007 is het wetsvoorstel voor de Wabo aangenomen in de Tweede Kamer. De inwerkingtreding is voorzien per 1 januari 2010 (richtdatum). De Wabo maakt het mogelijk om één omgevingsvergunning aan te vragen voor een 25-tal vergunningen en toestemmingen op het gebied van natuur, milieu, bouwen en ruimte. Ook de bouw- en gebruiksvergunning worden in de omgevingsvergunning geïntegreerd.

Het is de bedoeling dat er één integraal en digitaal aanvraagformulier komt dat bij één loket wordt ingediend. Achter het loket moet binnen en tussen overheden worden samengewerkt om te komen tot één besluit, zonder tegenstrijdige voorschriften. Er is één beroepsgang en één controlerende instantie die verantwoordelijk wordt voor de coördinatie van toezicht en handhaving. De Wabo moet leiden tot betere dienstverlening door de overheid aan burgers en bedrijven.

De Wabo heeft met name tot doel de administratieve lasten voor de aanvragers te beperken. De komende vernieuwing van het vergunningstelsel zal echter niet leiden tot nieuwe of afwijkende toetsingscriteria.

Op de website van het ministerie van VROM (www.VROM.nl) is het Kennisplein Omgevingsvergunning ingericht. Hier is alle overige en actuele informatie over de omgevingsvergunning te vinden.

Legeskosten

Het is de vraag is of de vernieuwing van het vergunningstelsel ook zal leiden tot de beëindiging van de onaanvaardbaar grote verschillen in de legesheffingen. Al jarenlang ageren vele partijen, waaronder VNO-NVW, de Vereniging Eigen Huis, Neprom en het Bouwcollege, tegen de soms onaanvaardbaar hoge heffingen voor de afgifte van de bouwvergunning. In een aan de minister van VWS voorgelegd signaleringsrapport, d.d. 3 juni 2002, heeft het Bouwcollege de minister verzocht te bevorderen dat het wettelijk kader voor de legesheffingen zo spoedig mogelijk wordt aangescherpt. Voor zeer grote bouwplannen, zoals de nieuwbouw van een ziekenhuis, vermeldt het rapport dat het verschil tussen de goedkoopste en de duurste gemeente tot wel een factor 14 oplopen. Vanaf 2002 heeft het Bouwcollege het beleid gevoerd dat waar bij de beoordeling van individuele bouwplannen sprake is van onredelijke



heffingen, deze kosten niet langer zonder meer door het Bouwcollege worden geaccepteerd. Tegen 'onredelijk' hoge heffingen kan bezwaar worden aangetekend.

Op 25 september 2003 berichtte de minister van Binnenlandse Zaken de Tweede Kamer dat het Rijk de gemeenten zal gaan stimuleren op vrijwillige basis meer uniformiteit aan te brengen in de heffingsgrondslagen en de tariefstructuur. Daartoe is onder meer het 'Model transparantie bouwgerelateerde leges' ingevoerd. Indien zou blijken dat het transparant maken van de legesheffing niet op vrijwillige basis is geslaagd, zal worden overwogen om de vormvrijheid voor gemeenten te beperken door het wettelijke kader voor legesheffing op dit punt aan te scherpen.

De afgelopen jaren zijn er geen grote verandering in de verschillen in legesheffingen doorgevoerd. De verschillen zijn echter nog steeds bijzonder groot. Zo blijken de legeskosten voor de nieuwbouw van een ziekenhuis (bouwsom € 150 mln.) in Rotterdam € 599.444,- te bedragen, terwijl het naastgelegen Delft voor eenzelfde project maar liefst € 3.750.000,- aan leges heft.

Dat het aantekenen van bezwaar tegen onredelijke heffingen zin heeft bewijzen de reeks recente uitspraken van diverse rechtbanken. Als voorbeeld is de uitspraak van de rechtbank Zutphen (d.d. 23 april 2007) te noemen. De casus is gebaseerd op de bouw van een Regionaal Opleiding Centrum in Apeldoorn met een bouwsom van € 49,1 mln., waarvoor ruim 1 mln. aan leges werden geheven. De rechter stelde vast dat de tariefstelling geen degressie bevatte en geen begrenzing van het te heffen bedrag kende. De legesheffing zou in een klap ca 24% van de totale gemeentelijke legesheffing van dat jaar uitmaken. De rechter kwam tot het oordeel dat er sprake was van een onredelijke en willekeurige belastingheffing. De rechtbank verklaarde de tariefstelling van de bouwleges onverbindend en verminderde de nota legesheffing tot € 505,-.

De site www.bouwleges.nl biedt veel informatie over de bouwleges. Op deze site is ook een rekenmodule geplaatst waarmee de bouwleges van iedere gemeente in Nederland kan worden berekend. Verder bevat de site actuele onderzoeksrapporten.

De uitgevoerde onderzoeken wijzen onder andere uit dat 39% van alle gemeenten (waaronder Delft) geen degressie in het tarievenstelsel kennen. De kans is dus groot dat deze gemeenten bij een conflict met de aanvrager van een bouwvergunning door de rechterlijke macht dus in het ongelijk worden gesteld.

De Tweede Kamer heeft op 4 februari 2008 een motie aangenomen waarin, gekoppeld aan de Wabo, de regering wordt verzocht om in overleg met de VNG voor 1 januari 2010 te komen tot transparante afspraken over de hoogte van de leges. Daarmee lijkt vooralsnog geen einde te komen aan de huidige diversiteit in de legesheffingen. Daar waar de legesheffingen onredelijk zijn gesteld zijn echter wel degelijk bezwaarmogelijkheden aanwezig.

2.3 Rekenhulpmiddelen

Het Bouwcollege heeft een reeks van strategische al dan niet web-based tools ontwikkeld, waarmee de kwaliteit van het zorgvastgoed en de vastgoedadvisering kan worden verhoogd en een zorginstelling meer grip kan krijgen op profijtelijke scenario's en risico's. Het betreft zowel hulpmiddelen en eenvoudige rekenprogramma's als expertsystemen zoals het LCC-model, de ZVP Vastgoedplanner®, Horizon© en de Flextool.

Het Bouwcollege, en straks het Centrum Zorg en Bouw, zal zich blijven bezig houden met de ontwikkeling van nieuwe en de verbetering van de bestaande rekenmodellen.

Levensduurkosten

Het door het Bouwcollege ontwikkelde LCC- (Life cycle costing) of levensduurkostenmodel brengt de kosten in beeld die uit een investering voortvloeien over de gehele periode dat een gebouw in gebruik is. Het model houdt niet alleen rekening met de bouwkosten, maar ook met de gebouwgebonden exploitatiekosten (zoals onderhoud, verwarming en schoonmaak), met de medisch-technische ontwikkelingen en met de levensduur van een gebouw. LCC brengt dus de totale huisvestingslasten van de instelling in kaart. LCC helpt bijvoorbeeld bij vragen of het zinvol is twee locaties naar één locatie terug te brengen met minder vierkante meters, of dat het zinvol is een bepaald gedeelte van een oude locatie met hoge onderhoudskosten af te stoten en nieuwbouw te plegen.

Het model wordt inmiddels door het Bouwcollege gehanteerd voor het doorrekenen van alternatieve oplossingen in met name de ziekenhuissector.

De publicatie 'In Perspectief' nr. 15 (te vinden op de website van het Bouwcollege) is in zijn geheel gewijd aan het LCC-model.

In het afgelopen jaar is het model beproefd bij een aantal ziekenhuizen. Het model heeft daarbij zijn nut bewezen bij het inzichtelijk maken van de kostenconsequenties van de diverse oplossingvarianten. Het model geeft snel inzicht in de totale (indicatieve) kosteneffecten over de gehele levensduur.

De uitkomsten van het model blijken een belangrijk middel voor de besluitvorming in met name de vroege initiatieffase.

ZVP VastgoedPlanner®

Het komende bekostigingssysteem binnen de care maakt het voor instellingen noodzakelijk de vastgoedstrategie aan te passen. Daarom heeft het Bouwcollege de ZVP VastgoedPlanner® ontwikkeld. Met de planner kan op strategisch niveau worden geanalyseerd wat de effecten zijn van het nieuwe stelsel. De vastgoedplanner toont de specifieke relatie tussen vastgoedcycli, kapitaallasten en zorgzwaartepakketten (ZVP).

Ook biedt de ZVP VastgoedPlanner® een stuur waarmee het vastgoedrendement kan worden beïnvloed. Het vastgoed kan zodoende positief gaan bijdragen aan de exploitatie. Voor het gebruik van de planner zijn een gebruikersnaam en een wachtwoord vereist. Deze zijn per brief door het Bouwcollege aan de instellingen ter beschikking gesteld. De ZVP VastgoedPlanner® maakt gebruik van de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) zoals die beschreven staat in 'Quick scan in de care' (signaleringsrapport 593). Deze NHC is gebaseerd op de Prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen en de *Bouwkostennota*.



De methodiek van de NHC zal naar verwachting niet worden ingevoerd door het ministerie van VWS. Desalniettemin blijft de planner (met de prestatie-eisen en de *Bouwkostennota* als basis) een analyse-instrument. Er kan bijvoorbeeld worden nagegaan wat een NHC of kapitaallastcomponent van 5,8% (model 1), 6,5% (model 2) en 7,2% (model 3) van de nieuwbouwkosten voor toekomstige huisvestingsplannen inhoudt. De modellen 1 t/m 3 vertegenwoordigen ieder een bepaald investeringspatroon gedurende een bepaalde levensduur en staan uitgebreid beschreven in 'Quick scan in de care'. Zodra de definitieve berekenwijze van de kapitaallasten bekend is, zal de ZVP VastgoedPlanner® worden aangepast.

Voor het gebruik van expertsystemen zoals de ZVP VastgoedPlanner® is een mate van deskundigheid nodig. Voor het invoeren van de gegevens en het duiden van de uitkomst zal men op de hoogte moeten zijn van vastgoedbegrippen. Pas dan kan men het getoonde verloop van uw kapitaallasten, ZVP's, kasstromen en gebouwcycli op waarde schatten. De aannamen dienen dus reëel gekozen te worden.

Horizon© planningsinstrument voor de ouderenzorg

In het kader van het project Toekomst verzorgingshuizen heeft het Bouwcollege in samenwerking met TNO het instrument Horizon© ontwikkeld. Met dit instrument kan de (toekomstige) vraag naar en het aanbod van verpleging en verzorging worden bepaald - landelijk, dan wel in een bepaald gebied - inclusief de verschillende huisvestingsvormen daarbij. De prognoses bieden instellingen ondersteuning bij het nemen van lange termijnbeslissingen inzake bouw en verbouw.

Een van de belangrijkste conclusies op landelijk niveau, is dat er voor de lange termijn een grote behoefte is aan zorg met verblijf. In de jaren tot aan 2015 is de behoefte nog lager dan het aantal beschikbare plaatsen. Dat betekent geenszins dat er sprake is van leegstand of iets dergelijks. Momenteel verblijven er nog ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen ('zorghuizen') die volgens Horizon in een andere, lichtere woonsetting zouden kunnen verblijven als die beschikbaar was.

Het planningsinstrument Horizon© laat na 2015 een groot verschil zien tussen de behoefte en het beschikbare aanbod. Hieruit kan afgeleid worden dat het zaak is om de huidige capaciteit zoveel mogelijk geschikt te maken voor de toekomst.

De bronnen voor het bepalen van het aanbod binnen Horizon© zijn afkomstig uit het monitoring onderzoek Verpleging en Verzorging (Bouwcollege, 2005). Dit betreft voornamelijk de opgegeven (verblijfs)capaciteit van de instellingen voor verpleging en verzorging ten tijde van dit onderzoek. De potentiële vraag naar verpleging en verzorging is onderzocht in samenwerking met TNO Kwaliteit van Leven. Kern van het onderzoek zijn de profielen van ouderen. Deze vijf profielen zijn combinaties van bevolkingskenmerken, aandoeningen en beperkingen die kunnen leiden tot een zorgvraag. Het idee bij de ontwikkeling van de profielen is dat afzonderlijke profielen op basis van de beperkingen van ouderen, een zorgvraag genereren die indien noodzakelijk een bepaalde huisvestingssetting vragen. De kracht van de prognoses is dat zij onafhankelijk van het aanbod zijn opgesteld.

Voor het bepalen van de potentiële vraag is berekend hoeveel ouderen per leeftijd en geslachtgroep er vallen binnen een profiel en dit is omgezet in (landelijke) prevalentiecijfers: het percentage ouderen per leeftijd- en geslachtsgroep dat behoort tot een profiel. Met deze prevalentiecijfers per leeftijdgroep



kunnen vervolgens prognoses gemaakt worden van het aantal ouderen per profiel in een bepaald (toekomstig)jaar en een bepaald gebied.

Input voor het instrument is het aantal inwoners naar leeftijd(groep) en geslacht in de regionale/lokale bevolking. Andere lokale factoren die van invloed zijn op de vraag kunnen aanvullend worden meegenomen. Een voorbeeld is de invloed van de sociaal economische status (SES). O.a. het TNO-onderzoek laat zien dat een lage SES samengaat met een relatief hoge prevalentie voor intramuraal wonen (verblijf). De output is het verwachte aantal ouderen per profiel, het soort zorgvraag en de zorgsetting (huisvesting).

Flextool

De Flextool is ontwikkeld om bouwkundig-functionele en bouwtechnische aanpassingsmogelijkheden van een gebouw te analyseren en op basis daarvan scenario's te ontwikkelen voor toekomstig gebruik. Deze scenario's en informatie over de zorgmarkt bieden instellingen een basis voor strategische beslissingen over hun vastgoed in relatie tot de mogelijkheden die het biedt. De Flextool wordt op dit moment door het Bouwcollege voor verzorgingshuizen toegepast in combinatie met Horizon.

2.4 Opdrachtgeverschap

De wijze waarop het opdrachtgeverschap wordt ingevuld, vormt een belangrijke succesfactor voor het verloop van het bouwproces. Het komende ondernemerschap van zorgaanbieders vergt professioneel opdrachtgeverschap als het gaat om het kunnen inschatten van de gevolgen en risico's van beslissingen die zij nemen. Het is vaak in de vroege fase van een bouwproject dat de basis wordt gelegd voor een gebouw dat moet bijdragen aan de tevredenheid van cliënten, personeel, bezoekers en andere belanghebbenden. Gebouwen in de zorg hebben een publieke functie en kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het stedelijk en landelijk programma. Een goede locatie, inspirerende architectuur en de inzet van beeldende kunst lonen en komen mede tot stand door een professionele opdrachtgever. Daarnaast worden principiële beslissingen genomen over de functionaliteit, de flexibiliteit, de zorglogistiek en het vastgoedrendement.

De afgelopen jaren is het opdrachtgeverschap van zorginstellingen niet eenvoudiger geworden. Er doen meer partijen mee, de belangen worden groter en de (financiële) complexiteit neemt toe. Daarnaast leiden ontwikkeltrajecten in een binnenstedelijke situatie altijd tot projecten met een lange adem, die zich over meerdere wethouders en bestuurders uitstrekken. Het is daarom ook moeilijk om dit soort trajecten te beheersen.

Het traditionele lange termijn huisvestingsplan (LTHP) dat als verplichting was opgenomen voor zorgorganisaties is als vereiste komen te vervallen. Dit instrument keert steeds vaker terug in het jasje van masterplan voor gebiedontwikkeling, businessplan of als strategisch huisvestingsplan, waarin ook een meerjarenonderhoudsplan is opgenomen.

Een andere trend is dat bouwende partijen proberen om in het bouwproces steeds eerder aan tafel van de zorgorganisatie te komen, terwijl ook banken, projectontwikkelaars en institutionele beleggers zich richten op de zorgvastgoedmarkt. Nieuwe typen contracten, financieringsstromen en samenwerkingsvormen waarin zorgorganisaties participeren doen hun intrede. Deze bredere context geeft voor zorgorganisaties mogelijkheden die voorheen niet denkbaar waren, omdat 'nieuw' geld onder voorwaarden beschikbaar komt. Daarbij wordt het denken in rendementseisen voor beleggers en financiers niet langer geschuwd, maar als noodzaak beschouwd.

Zorgaanbieders slaan zelf ook nieuwe wegen in: klinieken in oude villa's, diverse kleinschalige woonvormen in binnensteden, verdichting met nieuwe (commerciële) functies op terreinen van bestaande instellingen. Bij gebiedsontwikkeling en herstructurering speelt ontwerpend onderzoek in de definitiefase vaak een onmisbare nieuwe rol. Het is van belang om de ruimtelijke consequenties van vastgoedconcepten en scenario's zo vroeg mogelijk inzichtelijk te maken. Voor (monumentale) bestaande gebouwen kan in die fase een geschikte (alternatieve) functie worden gezocht.

In nieuwe zorgconcepten speelt ook de mate van decentralisatie een belangrijke rol. Bepalend daarin zijn de optimale inzet van technologie, de wenselijkheid om medisch disciplines op elkaar te laten aansluiten en de mate waarin patiënten bewoners zijn. Ook is de gewenste mate van (on)zichtbaarheid in de maatschappij een belangrijk thema. Als publiek gebouw spelen zorg- en welzijnsinstellingen vaak een belangrijke rol in het netwerk van de stad en haar bewoners. Kleinere klinieken en instellingen kunnen bijvoorbeeld als aanjager bij stedelijke vernieuwing en herstructurering worden ingezet.



Het uitvoeren van de rol van professioneel opdrachtgever is daarom geen sinecure.

- Opdrachtgeven is geen lineair proces; het is voortdurend herpositioneren, onderhandelen en bijstellen langs een rode draad.
- Daarnaast is opdrachtgeven een kunst, bepaald door logica, emotie en intuïtie, gecombineerd met vakkennis, creativiteit en drive.
- Beslissingen in de eerste fase hebben vaak ingrijpende gevolgen in vervolgstappen.
- Het ontwikkelingsproces is interdisciplinair en dynamisch (politieke, economische, fysieke, juridische en sociale factoren spelen een rol).
- De verschillende fases van het bouwproces vereisen verschillende rollen, taken en competenties van de opdrachtgever, en dus ook verschillende teams.
- Het zijn vaak langlopende projecten, langs een onzekere weg.

Zorgaanbieders zijn aan te merken als incidentele opdrachtgevers, met verschillende vastgoedportefeuilles, grondposities, zorgconcepten en bouwopgaven. Idealiter is de ontwikkelaar van zorgvastgoed (in eigendom, als huurder of als verhuurder) een excellent en professioneel initiatiefnemer én opdrachtgever.

Het Bouwcollege brengt dit jaar een cahier over opdrachtgeverschap uit. De doelstelling van dit cahier is om het belang van professioneel opdrachtgever in de eerste fasen (initiatief- en definitiefase) van een bouwproces onder de aandacht te brengen en deze fasen te ondersteunen met eenvoudige hulpmiddelen.

De basis voor het goed vervullen van het opdrachtgeverschap wordt juist in deze eerste fasen gelegd en kan daardoor niet worden onderschat. Het cahier richt zich aan de hand van een compleet stappenplan van een bouwproces op de eerste cruciale fasen van het opdrachtgeverschap en geeft door middel van checklist en overzichten handige tips voor zorgorganisatie met bouwambities. Deze tips zijn zowel voor de relatief onervaren als ervaren opdrachtgevers eenvoudig bruikbaar.

De relaties tussen verschillende invullingen van opdrachtgeverschap (klassiek, gedelegeerd en meervoudig opdrachtgeverschap) en verschillende soorten projecten (reguliere gebouwen, gebiedsontwikkeling en stedelijke vernieuwing) komen door middel van praktijkvoorbeelden aan de orde. Aandacht wordt geschonken aan het belang en de inhoud van vastgoedstrategie, een ambitiedocument, een complete doch bondige initiatieffase en een grondige definitiefase.

Het cahier stimuleert ideeën en geeft suggesties en handvatten om het opdrachtgeverschap op een (nog) hoger niveau te brengen.

2.5 Contractvorming en alternatieven

Met het vervallen van het bouwregime en de komst van een nieuw bekostigingssysteem worden zorginstellingen in de Cure en Care gedwongen om op een meer strategische wijze invulling te geven aan hun huisvestings- en vastgoedbeleid. Het afwegen van innovatieve vormen van aanbesteding past binnen deze vastgoedstrategie. Het Bouwcollege heeft met het good practice cahier Innovatief aanbesteden³ al ruim aandacht besteed aan de diverse toepassingen van innovatieve aanbestedingsvormen binnen de zorgpraktijk.

Huisvesting in de zorgsector werd, mede als gevolg van het overheidsbeleid, tot voor kort veelal op een traditionele wijze ontwikkeld en aanbesteed. Naast de traditionele contractvorming zijn er echter tal van integrale contractvormen mogelijk variërend van een bouwteam en Design & Build (D&B) tot Design Build Maintain Finance & Operate (DBMFO). Een bijzondere vorm van Design Build Maintain (DBM) is het Living Building Concept, waarbij tevens flexibiliteit (wijzigingen na oplevering) in het contract wordt geïntegreerd.

Naast de diverse reeds langer bestaande en bekende contractvorming wordt in dit Jaarbeeld specifiek aandacht besteed aan een tweetal minder bekende contractvormen die momenteel in de ziekenhuisbouw worden beproefd. Dit hoofdstuk gaat met name in op het Living Building Concept, zoals dit bij de voorbereiding van de nieuwbouwplannen van het Gemini Ziekenhuis in Den Helder wordt toegepast, en op de theorie van het Performance Information Procurement System (PIPS), dat het UMC St. Radboud in Nijmegen (deels) wil gebruiken bij zijn aanbestedingstrajecten. Het Bouwcollege/Centrum Zorg en Bouw zal de ontwikkeling en de ervaringen met de innovatieve contractvormen ook in de toekomst blijven volgen.

Nieuwbouw Gemini Ziekenhuis op basis van het Living Building Concept

Door toepassing van het Living Building Concept (LBC) zal de voorbereiding van de nieuwbouw van het Gemini Ziekenhuis in Den Helder, volgens de projectgroep van de nieuwbouw-pilot, beduidend minder tijd vergen dan gebruikelijk is voor een ziekenhuis van die omvang. Door te werken met het LBC zal de nieuwbouw straks niet worden aanbesteed op basis van een definitief ontwerp of een bestek, maar op basis van een programma van eisen en wensen. Het opdrachtnemende consortium zal verantwoordelijk worden voor het ontwerp, de realisatie en het onderhoud, binnen een vooraf gegeven budget.

De nieuwbouw van het Gemini Ziekenhuis is het eerste project in de zorgsector, waarbij het LBC wordt toegepast. Het Gemini Ziekenhuis fungeert in zekere zin als LBC-proeftuin voor de gehele gezondheidszorg. Vanwege de proeftuin-/pilotstatus van het project, zal het Bouwcollege het project nauwkeurig volgen en er met een zekere regelmaat over publiceren. Het LBC heeft op het eerste gezicht een aantal interessante voordelen. Als die voordelen er straks voor het Gemini Ziekenhuis in de concrete praktijk uit blijken te komen, zal het LBC naar verwachting vaker worden toegepast.

Hieronder wordt eerst de theorie van het LBC globaal beschreven en zal vervolgens kort worden toegelicht, hoe het in de programma van eisenfase door het Gemini Ziekenhuis wordt toegepast.

Het Living Building Concept: filosofie en kenmerken

Het LBC, zoals beschreven door prof. dr. ir. H.A.J. de Ridder⁴, probeert als bouwconcept aan te sluiten bij de dynamiek van de samenleving en de dynamiek van de normale consumentenmarkt. In de samenleving voltrekken veranderingen zich steeds sneller. Dat brengt met zich mee dat ook zorgvastgoed steeds sneller en vaker aan die veranderingen, aan de veranderende mogelijkheden en veranderende wensen en eisen van gebruikers moet worden aangepast.

In de zorgbouw is het aanbod bijna volledig vraaggestuurd. Daarbij besteedt de opdrachtgever een bouwwerk bijna altijd aan met een bestek, waarin de door hem bedachte oplossing volledig is gespecificeerd en uitgewerkt. Hij gunt het werk aan de inschrijver(s) met de laagste prijs. Door zich niet door aannemers/producenten te willen laten verrassen, doet de vrager zichzelf tekort. Door het plan in een bestek te laten uitwerken, sluit hij potentiële nieuwe, innovatieve mogelijkheden uit. Oplossingen waarmee hij in functionele of technische termen of in termen van lagere exploitatiekosten zijn voordeel zou kunnen doen, worden daarmee niet benut. Een ander belangrijk nadeel van het werken met een bestek is, dat het doorgaans moeilijk is om tussentijds op veranderingen in te spelen. Veranderingen kosten dan veelal veel geld. Werken met een bestek wil niet zeggen dat een opdrachtgever zijn risico's gemakkelijk kan beheersen. In de praktijk blijken adviseurs, ontwerpers én aannemers risico's namelijk relatief gemakkelijk naar de opdrachtgever te kunnen afschuiven: ontwerpers zeggen dat een bouwwerk niet goed is uitgevoerd en aannemers zeggen dat het ontwerp niet deugde.

In het LBC wordt de keten omgekeerd. Bij Living Building hoeft de opdrachtgever het te bouwen vastgoed niet te bedenken of te laten ontwerpen. Juist het innoverend vermogen van de aanbieders wordt aangesproken. De aannemers/aanbieders maken niet alleen het gebouw, zij ontwerpen het ook. Zij laten zich daarbij leiden door de eindgebruikers, niet eenmalig, opdat het gebouw op het moment van oplevering aan de eisen en wensen van de eindgebruikers voldoet, maar voortdurend, zodat het gebouw gedurende de volledige levensduur voldoende gebruikswaarde houdt en up to date blijft. Komt een opdrachtgever bij een traditionele aanpak met een door hem zelf bedachte oplossing, bij Living Building geeft een opdrachtgever het kader aan, waarbinnen aanbieders met door hén bedachte oplossingen komen. De opdrachtgever/vrager kiest dan de oplossing met de beste waarde- en prijsverhouding gedurende de gehele levenscyclus van het gebouw. Bij het LBC is sprake van een brede focus: er wordt niet alleen gekeken naar het resultaat bij oplevering, maar ook naar de mogelijkheden en kosten voor gebruik en beheer, naar de mogelijkheden en kosten voor functionele aanpassingen en onderhoud en zelfs naar de mogelijkheden en kosten voor de uiteindelijk sloop. Het gaat in het LBC om waarde en opbrengst en over prijs en kosten over de gehele, vooraf af te spreken levensduur. Bij een Living Building werken opdrachtgever en opdrachtnemer(s) gedurende die gehele levensduur met elkaar samen. Daarbij sturen zij in onderling overleg op nut, waarbij nut het verschil is tussen waarde/opbrengst en kosten. Natuurlijk is het verstandig meerkosten te maken als daarmee disproportioneel meer waarde kan worden gecreëerd, zoals het ook wijs is iets minder waarde of opbrengsten te accepteren als daarvoor disproportioneel minder kosten behoeven te worden gemaakt. De noodzaak van een investering of bouwkundige ingreep speelt bij het sturen op nut geen rol. Soms speelt het beschikbare budget natuurlijk wel een rol.

³ Innovatief aanbesteden: creativiteit in gebondenheid, good practice cahier 3. College bouw zorginstellingen. Utrecht, 2006.

⁴ Ridder, H.A.J. de. Het Living Building Concept, een wenkend perspectief voor de bouw. PSiBouw. Gouda, 2006.

Het LBC is nog een theoretisch kader en daardoor is er behoefte aan (meer) toepassing van het LBC in de praktijk. Vermeldenswaardig in dezen is het recente afstudeeronderzoek van Sander Kuipers (TUDelft) naar de toepassing van het LBC op de ziekenhuiszorg⁵. Hierin wordt geconcludeerd dat conceptontwikkeling voor bouwondernemingen op dit moment een grote onzekere investering is. De belangrijkste belemmerende factor is het wantrouwen tussen opdrachtgevers en opdrachtnemers. Hierdoor laten ziekenhuizen nog weinig ruimte om te innoveren. Om het LBC in de toekomst in de ziekenhuisbouwpraktijk op grotere schaal toe te kunnen passen is aan zowel vraag- als aanbodzijde een cultuuromslag en een herstel van het onderling vertrouwen noodzakelijk.

Het Living Building Concept: concrete toepassing ervan en stand van zaken bij het Gemini Ziekenhuis
Nadat Raad van Bestuur ultimo 2007 definitief had besloten voor de vervangende nieuwbouw van het ziekenhuis uit te gaan van het Living Building Concept, en de adviseurs waren aangetrokken, is in februari 2008 met de bouwplanvoorbereiding gestart. In de startfase vormden uiteraard de mogelijke consequenties van de voorgenomen fusie van het MCA te Alkmaar met het Gemini een belangrijk discussiepunt. Inmiddels wordt het programma van eisen en wensen voorbereid. Volgens de planning moet dat programma van eisen en wensen eind 2008 gereed zijn. Het zal gebaseerd worden op de uitkomsten van werkzaamheden van enkele werkgroepen, zoals een werkgroep businessplan, een werkgroep werkconcepten, een werkgroep aanbestedingsstrategie en marktverkenning en een werkgroep afstemming met gemeente. De werkzaamheden van genoemde werkgroepen worden gecoördineerd en begeleid door een projectgroep.

Marktpartijen zullen worden gevraagd op basis van dat programma van eisen en wensen een aanbieding te doen. Het programma van eisen en wensen zal op wezenlijke punten afwijken van het functionele, ruimtelijke en technische programma van eisen, dat normaliter in het kader van de voorbereiding van de bouw van een zorggebouw wordt opgesteld.

Het wordt geen uitgewerkt programma van eisen met een groot aantal ruimtestaten en per ruimte een beschrijving van specifieke technische eisen, maar meer een visie op hoofdlijnen over de gewenste opzet van het ziekenhuis. Daarin zal overigens wel op basis van de businesscase worden aangegeven hoeveel bedden, OK's en poliklinieken er in het ziekenhuis moeten worden ondergebracht. Zeer waarschijnlijk zal daarin ook worden aangegeven hoeveel m² "hot floor", "hotel" en "kantoor" minimaal beschikbaar moet zijn en hoe groot de uitbreidingspotentie moet zijn. Verder zal het in de markt te zetten programma van eisen en wensen beschrijvingen van beoogde werk- en organisatieconcepten bevatten en zullen daarin referenties en goede voorbeelden worden genoemd. In de uitvraag zal marktpartijen gevraagd worden in hun aanbieding niet alleen aan te geven, wat de gespecificeerde levensduurkosten van het door hen te bouwen ziekenhuis zullen zijn, maar ook hoe de waarde van dat ziekenhuis zoveel mogelijk behouden kan blijven of hoe die waarde zich kan ontwikkelen.

Het Gemini Ziekenhuis heeft een selectieprocedure voor ogen, waarin in stappen de marktpartij wordt gekozen, met wie een intentieovereenkomst wordt gesloten om het plan op basis van het programma van eisen en wensen en de uitgangspunten, die in de selectieprocedure met hem zijn afgesproken verder uit te werken. Als met het door deze aanbieder uitgewerkte plan kan worden ingestemd, zal met hem uiteindelijk ook een samenwerkingsovereenkomst en realisatieovereenkomst worden getekend.

Maar zover is het dus nog niet. Voorlopig zijn de verschillende werkgroepen hard aan het werk ter voorbereiding van het programma van eisen en wensen en ter voorbereiding van de rond ultimo dit jaar te starten selectie van potentieel in aanmerking komende marktpartijen.

⁵ De toepassing van het Living Building Concept op de ziekenhuiszorg. afstudeerproject Sander Kuipers. TUDelft, Juni 2008.



Performance Information Procurement System (PIPS)

De innovatieve aanbestedingsmethode Performance Information Procurement System (PIPS) is ontwikkeld aan de Arizona State University door dr. D. Kashiwagi. De methode is bedoeld voor het selecteren van de beste aanbieder voor een specifiek (complex) project. Daarbij is de focus om zoveel mogelijk "value" te krijgen voor het budget dat de opdrachtgever heeft voor het betreffende project.

De idee is dat deze werkwijze aanbieders dwingt tot meer professionaliseren. Dit komt door vier aspecten.

- De performance uit het verleden ("past performance") telt mee als bruikbare eerste indicator voor het selecteren van een kwalitatieve aannemer. Inschrijvers selecteren zelf een aantal gerealiseerde projecten en vragen de daarbij behorende opdrachtgevers de Past Performance formulieren voor die projecten in te vullen en in te sturen. Inschrijvers worden uitgedaagd van zoveel mogelijk projecten past performance info aan te reiken.
- De inschrijvers wordt gedwongen de risico's te identificeren en meetbaar te maken. Inschrijvers wordt gevraagd om op hoofdlijnen een risk assessment plan (risicoanalyse) te schrijven. Daarbij moeten ze aangeven welke projectrisico's ze zien, ze prioriteren en per risico aangeven hoe ze denken ermee om te gaan. Deze risk assessment plans moeten anoniem beoordeeld worden. In deze stap worden interviews gehouden met sleutelfunctionarissen. Daarbij wordt ingezoomd op hun past performance, maar ook gekeken naar hun vermogen om het betreffende project goed te kunnen managen/realiseren. Bespreking van het risk assessment plan en hun visie daarop is in ieder geval onderdeel van het interview.
- De performance op projecten wordt doorlopend gemonitord. De aannemer wordt gedwongen zijn eigen performance inzichtelijk te maken en wekelijks te rapporteren. De opdrachtgever kan zo zonder zelf veel managementcapaciteit in te zetten, toch de vinger aan de pols houden. De wijze van rapportage (waartoe de aannemer zich verplicht) stelt de opdrachtgever in de gelegenheid in het vroegste stadium inzicht te hebben in (dreigende) verschillen tussen werkelijkheid en planning, budget en kwaliteitsverwachtingen.
- De performance tijdens het onderhavige project, bepaalt tevens voor 50% de Past Performance Information (PPI) rating bij toekomstige aanbestedingen.

PIPS biedt inschrijvers de ruimte met (verbeter)voorstellen te komen, hun know how in te brengen en met alternatieven qua bouwwijze, materiaalgebruik etc. te komen. Prijsinformatie en verbetervoorstellen worden tezamen met de past performance en de risicoanalyse doorgerekend. Het systeem levert een classificatie op van inschrijvers waarbij de beste "performer" op één komt te staan, rekening houdend met de criteria en de weging daarvan zoals de opdrachtgever dat vooraf heeft aangegeven.

Voor de uiteindelijke gunning worden alle risico's in detail doorgewerkt en doorgesproken. De aanbieder maakt een gedetailleerd planningschema, richt zijn kwaliteitsborgingprocedures in, en bespreekt met de opdrachtgever alle overige openstaande punten. Als partijen het geheel eens worden, volgt gunning en ligt het risico om het project voor een vaste prijs binnen planning en volgens kwaliteitsverwachtingen op te leveren bij de aanbieder.

PIPS is in de Verenigde Staten al vele malen toegepast. Uit een analyse van 400 projecten⁶ blijkt dat

- meer dan 90% van de uitgevoerde projecten binnen de planning en budget en volgens verwachtingen is opgeleverd;



- per saldo zowel voor opdrachtgever als voor opdrachtnemer tijd bespaard wordt door het hanteren van deze methode. Wel is in het voortraject meer tijd nodig, dat wordt in de loop van het project echter ruimschoots goedge maakt; en
- er veel minder "verrassingen" optreden tijdens de bouw. Dit is terug te voeren op de systematische aandacht voor risicominimalisatie tijdens de selectieprocedure.

De vraag is of PIPS goed toepasbaar is binnen de richtlijnen aangaande Europees aanbesteden. Gebleken is dat met name de bewaking van de objectiviteit bij het afnemen van interviews een aandachtspunt is.

Het huisvestingsbedrijf UMC St. Radboud onderzoekt momenteel samen met PSiBouw (Proces- en Systeeminnovatie in de Bouwsector) de past performance vragenlijsten voor de selectieprocedure en overweegt waar mogelijk onderdelen van PIPS toe te passen bij toekomstige aanbestedingsprocedures. Overigens heeft het UMC St. Radboud de onlangs opgeleverde parkeergarage innovatief aanbesteed op basis van een geïntegreerd DBM-contract en met behulp van een zogeheten prestatiebestek (zie ook het good practice cahier Innovatief aanbesteden). Het risico bij een dergelijke contractvorm is dat, ondanks dat het uiteindelijke ontwerp voldoet aan de geëiste prestaties, het resultaat niet volledig zou kunnen voldoen aan de verwachtingen van de opdrachtgever. Dit risico heeft het UMC bij een relatief eenvoudig gebouw als een parkeergarage durven nemen. De complexere fase 3 van de nieuwbouw is veel traditioneler aanbesteed via een niet-openbare Europese aanbestedingsprocedure op basis van de economisch meest voordelige inschrijving (emvi) met een maximale inschrijfsom (ISmax).

⁶ Duren, J.M.A. van. Facility Management Magazine, augustus 2005.

2.6 Productiegericht programmeren

Welke ruimten en oppervlakten moeten er geprogrammeerd worden om voor langere tijd in de ruimtebehoefte te voorzien? Dat is de vraag waarmee een opdrachtgever van een wat groter project in de ziekenhuiswereld onvermijdelijk te maken krijgt.

Het is een belangrijke en lastige vraag. Alleen als de inschatting goed is, wordt de juiste balans gevonden in de ruimteprogrammering tussen efficiency (niet té veel bouwen) en flexibiliteit (wél genoeg bouwen om veranderingen op te kunnen vangen).

Het is cruciaal dat die balans ook daadwerkelijk wordt gevonden. Lukt dit niet, dan leidt dat tegenwoordig tot rechtstreekse schade voor de exploitatie en de concurrentiepositie van het ziekenhuis.

Die complexe opgave wordt er niet makkelijker op doordat het ziekenhuis te maken heeft met meerdere betrokken partijen. Elk van die partijen heeft zo zijn eigen opvattingen over en belangen bij het bouwproject. Hoe houdt de opdrachtgever zicht op wat er voor een bouwproject écht aan ruimte nodig is?

Er zijn van oudsher meerdere methoden beschikbaar om de ruimtebehoefte voor een functiegroep te bepalen of te voorspellen. Enkele van de bekendere zijn hieronder weergegeven.

- Op basis van de omvang en bevolkingssamenstelling van het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het “normatieve” aantal bedden voor een ziekenhuis, dat vervolgens via een richtoppervlakte per bed wordt vertaald naar een oppervlaktegetal voor de kliniek.
- Een percentueel aandeel in de totale ziekenhuisoppervlakte op basis van een standaard oppervlakteverdeling.
- Op basis van de omvang van de personeelsformatie of de formatie medisch specialisten voor een bepaalde functiegroep of afdeling.

Deze en andere soortgelijke methoden hebben twee nadelen. Ten eerste zijn ze ontwikkeld om te passen binnen het bouwregime van eerst de WZV en daarna de WTZi. Het is natuurlijk zeer de vraag of ze in de nieuwe werkelijkheid van risicodragend vastgoed en marktwerking nog steeds de goede antwoorden leveren. Bovendien kijken ze alleen indirect naar de productie die straks in het bouwproject moet worden geleverd. Het ontbreken van een directe link met de productie maakt het lastig om in te schatten wat het effect op de ruimtebehoefte zal zijn van productiewijzigingen. Ook kan het zorgen voor ruis op de lijn in de communicatie met belanghebbende partijen.

Deze problemen zijn te ondervangen door de raming van de ruimtebehoefte rechtstreeks te baseren op de hoeveelheid zorg die er in een functiegroep moet worden geproduceerd. Voor patiëntgebonden functies als de verpleegafdelingen, verlosafdeling, poliklinieken en beeldvormende diagnostiek is dit het voornaamste criterium. Door te werken met schattingen/ervaringsgetallen e.d. voor de productiecapaciteit per ruimte en kengetallen voor de benodigde oppervlakte is de toekomstige productie te vertalen naar oppervlakte voor de patiëntgebonden ruimten. De oppervlakte voor ondersteunende ruimten is daar vervolgens van af te leiden.

Deze manier van programmeren heeft een aantal voordelen.

- Er wordt een direct verband gelegd tussen de ruimtebehoefte (en de daarvoor noodzakelijke kosten) en de inkomsten van het ziekenhuis. Productie genereert immers inkomsten.

- Doordat de ruimtebehoefte rechtstreeks op de productie is gebaseerd, is het relatief eenvoudig te zien wat er met de ruimtebehoefte gebeurt als de aard en omvang van de productie verandert. Het wordt dus makkelijker om na te gaan of de ruimteprogrammering voldoende robuust is om wijzigingen in de zorgvraag op te vangen.
- Omdat de focus op de zorgproductie ligt, wordt een objectieve en feitelijke basis gecreëerd om het gesprek aan te gaan met de diverse belanghebbende partijen binnen het ziekenhuis.

Hieronder volgen twee voorbeelden van productiegericht programmeren in vergelijking met andere methoden.

Voorbeeld 1: Ruimtebehoefte nieuwbouw spreekuurafdeling

Een middelgroot streekziekenhuis wil vervangende nieuwbouw plegen voor de spreekuurafdeling. Verwacht wordt dat in een periode van circa 10 jaar het aantal polibezoeken met zo'n 15 procent zal stijgen. De vraag luidt: hoeveel ruimte moet worden geprogrammeerd om die toekomstige productie efficiënt en flexibel onderdak te bieden?

We zetten twee ramingsmethodes naast elkaar.

A Op basis van het aantal fte specialisten

In deze methodiek, die onder andere is beschreven in de voormalige prestatie-eisen van het Bouwcollege voor nieuwbouw van spreekuurafdelingen, poliklinische behandeling en algemeen orgaanfunctieonderzoek, is het aantal fte specialisten bepalend voor de ruimtelijke omvang van de spreekuurafdeling. De methode werkt als volgt.

- Elk poortspecialisme krijgt een spreekuurfactor toegewezen, die een indicatie geeft welk percentage van de tijd de medisch specialist op de polikliniek doorbrengt.
- Het aantal fte voor elk specialisme wordt vermenigvuldigd met de relevante spreekuurfactor om te komen tot het aantal spreekuureenheden per specialisme.
- De spreekuureenheden worden bij elkaar opgeteld. Afhankelijk van de hoogte van het totaal wordt ten behoeve van de flexibiliteit een aantal extra spreekuureenheden toegevoegd.
- Het totaal aantal spreekuureenheden wordt vermenigvuldigd met het oppervlaktekengetal per spreekuureenheid om te komen tot de nuttige oppervlakte voor de spreekuurafdeling. Dit oppervlaktekengetal bedraagt 57 m² en bestaat uit ofwel:
 - een spreek-/werkkamer + één grote of twee kleine onderzoekkamers (34 m²), en 23 m² aan ondersteunende en back-office functies;
 - twee spreek-/onderzoekkamers (totaal 32 m²) en 25 m² aan ondersteunende en back-office functies. Deze variant gaat uit van ruimtelijke scheiding van patiëntgebonden en back-office functies.

B Op basis van de verwachte productie per specialisme

Deze variant veronderstelt dat er een ruimtelijke scheiding wordt aangebracht tussen patiëntgebonden en back-office functies. Ook gaat ze ervan uit dat de spreek-/onderzoekkamers flexibel door verschillende specialismen worden gebruikt, behalve voor enkele specialismen - zoals kaakchirurgie - waar zeer specifieke onderzoeksfaciliteiten deel van de ruimte uitmaken. De methode is uitgebreider beschreven in het signaleringsrapport van het Bouwcollege 'Het Ziekenhuis van de Toekomst - Ontwikkelingen in het Spreekuurcentrum' en werkt als volgt.



- Uitgaande van reguliere kantoortijden en een gemiddelde consultduur van 15 minuten heeft een spreek-/onderzoekkamer een maximale productiecapaciteit van 8.000 consulten per jaar (160 per week maal 50 weken).
- In de praktijk wordt deze maximale productiecapaciteit niet gehaald. In dit voorbeeld gaan we uit van een haalbaar bezettingspercentage van 85%. Voor de niet-flexibele “specials” zoals kaakchirurgie ligt dit lager, op circa 75%.
- Ongeveer 11 weken per jaar behoren tot de dalperiode. Hierin zakt het ruimtegebruik tot circa 65% van het normale niveau.
- Om efficiënt te kunnen werken heeft een specialist meer dan één spreek-/onderzoekkamer nodig. De tijd die de specialist met de patiënt doorbrengt is slechts een deel van de totale consultduur. Dit drukken we uit in de “sprekkamerfactor”. In dit voorbeeld zijn we uitgegaan van een factor van 1,5: per specialist is anderhalve spreek-/onderzoekkamer nodig.
- Het verwachte aantal consulten gedeeld door de productiecapaciteit per kamer geeft het benodigd aantal spreek-/onderzoekkamers per specialisme. Vermenigvuldigd met het juiste oppervlaktegetal (16 m² nuttig voor standaardkamers en gynaecologie, 24 m² nuttig voor KNO, kaakchirurgie en oogheelkunde) levert dit de benodigde nuttige oppervlakte per specialisme. Opgeteld leidt dat tot een totale nuttige oppervlaktebehoefte voor de patiëntgebonden functies.
- Voor de oppervlakte voor de ondersteunende en back-office functies nemen we het aantal spreekuureenheden conform methode A en vermenigvuldigen die met 25 m² nuttig per spreekuureenheid.

Vergelijking berekening oppervlaktebehoefte volgens methodes A en B

Het ziekenhuis heeft momenteel 62 fte poortspecialisten. Over 10 jaar is dat naar verwachting toegenomen tot bijna 72 fte. Het huidige aantal polibezoeken (eerste bezoeken en herhaalbezoeken) is circa 226.000. Over 10 jaar is dit circa 260.000 bezoeken.

Berekening volgens methode A

Toekomstig aantal specialisten:	72
Toekomstig aantal spreekuureenheden:	45
Nuttige oppervlakte per spreekuureenheid:	57 m ²
Toekomstig noodzakelijke nuttige oppervlakte:	2.565 m ²

Berekening volgens methode B

Toekomstig aantal consulten:	circa 260.000
Toekomstig noodzakelijke nuttige oppervlakte patiëntgebonden functies:	1.156 m ²
Toekomstig aantal spreekuureenheden:	45
Toekomstig noodzakelijke nuttige oppervlakte ondersteunende en back-office functies:	1.125 m ²
Totaal toekomstig noodzakelijke nuttige oppervlakte:	2.281 m ²

In dit geval pakt de productiegerichte benadering ruim 10% kleiner uit. Een compactere opzet volstaat dus om de toekomstige productie goed te kunnen afhandelen. Bedenk daarbij dat we in deze berekening nog niet eens rekening hebben gehouden met zaken als bedrijfstijdverlenging.



Voorbeeld 2: Aantal noodzakelijke bedden in de kliniek

In dit voorbeeld wil het ziekenhuis vervangende nieuwbouw plegen voor het beddenhuis. Dan is het natuurlijk van groot belang een goede inschatting te maken hoeveel bedden daarin moeten worden ondergebracht. We zetten twee benaderingsmethodes naast elkaar.

C Aantal bedden als promillage van de adherente bevolking

In deze tot voor kort heel gebruikelijke methode kijken we naar het aantal inwoners dat naar verwachting over 10 jaar voor de ziekenhuiszorg op het ziekenhuis gericht zal zijn en passen hierop een streefgetal voor het aantal bedden per 1.000 inwoners toe. Daarbij verdelen we de adherente bevolking in vijf leeftijdsgroepen en houden we rekening met verschillen in zorgconsumptie tussen die leeftijdsgroepen. In dit voorbeeld gaan we uit van een landelijk gemiddeld streefgetal van twee bedden per 1.000 inwoners. In de loop der tijd is dit promillage door de overheid bij herhaling als beleidsdoelstelling genoemd.

Hoewel centrale sturing op bedden capaciteit niet meer past binnen de marktverhoudingen in de gezondheidszorg, komt het nog geregeld voor dat ziekenhuizen die 2,0 promille als langetermijndoel voor de eigen organisatie hanteren. Maar is dat ook het juiste aantal bedden voor dit ziekenhuis? Dat streefgetal is overigens gebaseerd op de gemiddelde bevolkingsopbouw in Nederland. Afhankelijk van hoe de samenstelling van de adherente bevolking er voor een individueel ziekenhuis uitziet, kan de berekening per ziekenhuis hoger of lager uitpakken.

D Verwacht aantal opnamen en verpleegdagen

Bij deze methode gebruiken we verwachtingen omtrent het aantal klinische opnamen, de ontwikkeling met betrekking tot de gemiddelde ligduur, en verwachtingen met betrekking tot het aantal dagverplegingsdagen om te komen tot een schatting van het aantal ligdagen dat straks in het beddenhuis moet kunnen worden afgehandeld. Door aannames te doen voor het haalbare bezettingspercentage per bed kunnen we uitrekenen welk aantal bedden daarbij hoort.

Vergelijking berekening aantal bedden volgens methode C en D

Methode C

Op basis van de verwachte omvang en samenstelling van de adherente bevolking over 10 jaar berekenen we het aantal noodzakelijke bedden bij een streefgetal van gemiddeld 2 bedden/1.000 inwoners op 290, zoals te zien is in de onderstaande tabel.

	Aantal inwoners	Aantal bedden
Klinische adherentie		
Leeftijdsgroep		
0-14	20.336	17
15-44	45.969	39
45-64	39.481	77
65-74	15.925	73
75+	10.830	86
Totaal	132.542	290



Methode D

Het ziekenhuis heeft nu op jaarbasis circa 15.000 klinische opnamen met een gemiddelde ligduur van 6,6 dagen en 13.000 dagopnamen. Naar verwachting is de situatie over 10 jaar als volgt:

- het aantal klinische opnamen neemt met circa 10% toe, tot circa 16.500
- de gemiddelde ligduur daalt tot circa 5,5 dagen
- het aantal klinische verpleegdagen daalt hierdoor tot iets minder dan 91.000
- het aantal dagverplegingsopnamen stijgt met 20%, tot circa 15.600

Voor de klinische verpleegdagen gaan we uit van een bezettingspercentage van 85% gedurende 365 dagen per jaar. Voor de dagverplegingsdagen gaan we uit van 150% bezetting gedurende 250 dagen per jaar. Het noodzakelijke aantal bedden ziet er dan als volgt uit.

Aantal klinische bedden = $91.000 / (365 * 0,85) = 293$ bedden

Aantal dagverplegingsbedden = $15.600 / (250 * 1,5) = 42$ bedden

Totaal noodzakelijke bedden = $293 + 42 = 335$ bedden

In dit geval pakt de productiegerichte programmering zo'n 15% hóger uit. Dat betekent dat een beleidsstreven van twee bedden per 1.000 inwoners gezien het productieprofiel voor dit ziekenhuis geen haalbare kaart is.

Conclusie

Uit bovenstaande rekenvoorbeelden blijkt dat het goed is om gebruik te maken van meerdere benaderings- en ramingsmethodes. Bij het programmeren van de ruimtebehoefte is het van cruciaal belang om zich goed te focussen op de gewenste en haalbare zorgproductie.

2.7 Brandveiligheid

De brandveiligheid in de zorgsector staat volop in de belangstelling. Daarvan getuigen helaas niet alleen de vele artikelen die de afgelopen jaren over brandveiligheid zijn verschenen of de vele symposia die over dit onderwerp worden georganiseerd. Een reeks van recente branden in ziekenhuizen en andere zorginstellingen én de daarover uitgebrachte onderzoeksrapporten (zie bijvoorbeeld het IGZ-rapport over de brand in de OK van het Twenteborg Ziekenhuis) zorgt voor constante media-aandacht en politieke belangstelling. Daarnaast hebben de recente branden geleid tot uitzonderlijk hoge brandschade en tot een relatief groot aantal slachtoffers.

Gezien de belangrijke relatie met de bouw staat het onderwerp 'Brandveiligheid' hoog genoteerd op het werkprogramma van het Bouwcollege. Het Bouwcollege participeert in vele overleggen die gericht zijn op het verbeteren van de inzichten in de brandveiligheid en de regelgeving daaromtrent. In dit hoofdstuk van het jaarbeeld wordt - na een korte terugblik - ingegaan op de actuele ontwikkelingen.

Terugblik

De aandacht voor brandveiligheid heeft - zoals bekend - een enorme impuls gekregen door de Schipholbrand en het daarover op 21 september 2006 door de Onderzoeksraad voor de Veiligheid uitgebrachte rapport. Als uitvloeisel van de reactie van het Kabinet op dit rapport is in januari 2007 door de ministeries van BZK en VROM het Actieprogramma Brandveiligheid opgesteld. Het (meerjaren) actieprogramma richt zich in eerste instantie op instellingen met bewoners en gebruikers die kwetsbaar zijn én voor hun veiligheid bij brand afhankelijk zijn van anderen. Het actieprogramma focust op het bereiken van een integrale benadering voor de verbetering van de brandveiligheid, waarbij risico's op basis van reële en maatgevende scenario's centraal staan.

Hoewel de zorgsector meelift in de in het actieprogramma aangekondigde activiteiten, heeft het ministerie van VWS ook diverse eigen stappen gezet. Zo heeft de minister van VWS in de circulaire van 21 december 2006 helder uiteengezet waar de verantwoordelijkheden op het gebied van de brandveiligheid liggen. De circulaire vermeldt onder andere expliciet dat de zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor het brandveilig gebruik van de voorzieningen en voor de veiligheid van de aan zijn zorg toevertrouwde cliënten.

Om een indruk te krijgen van de brand(on)veiligheid in de zorgsector heeft het Bouwcollege op verzoek van VWS een verkennend onderzoek uitgevoerd. Over dit onderzoek is in de Capita Selecta 2007 al het nodige gerapporteerd. Kort samenvattend is gebleken dat er instellingen zijn die serieus werk maken van het aspect brandveiligheid, waarbij de 'awareness' hoog is en die voldoen aan de huidige brandveiligheids-eisen. Bij andere instellingen is dat niet het geval. De grootste tekortkomingen zijn geconstateerd op het gebied van brand(sub)compartimentering en op het gebied van de brandveiligheidsorganisatie binnen de instellingen.

Brandveiligheidsvisie Gezondheidszorg

Sinds medio 2006 is overleg gevoerd over de diverse conceptversies van de Brandveiligheidsvisie. Deze zou een leidraad moeten vormen voor de verder te ontwikkelen regelgeving en richtinggevend moeten zijn voor bouwers, gebruikers en de brandweer. De Brandveiligheidsvisie zou het uit 1994 daterende Brandbeveiligingsconcept moeten vervangen.



In oktober 2007 is in een breed overleg met onder andere de ministeries van VWS, BZK en VROM, de brancheverenigingen Aedes, Actiz, GGZ Nederland en VGN, het Bouwcollege en het NIFV (voorheen Nibra) als opsteller van het document, geconstateerd dat de toen voorliggende versie wederom niet breed kon worden geaccepteerd. Het probleem betrof vooral de vele normatieve bepalingen in het stuk, waaronder de eis dat in het geval van verblijf van niet-zelfredzamen tenminste twee hulpverleners binnen twee minuten na brandmelding in de ruimte van waaruit de brand is gemeld aanwezig moeten zijn. Een dergelijke eis zou een grote invloed hebben op met name de kleinschaligheidsinitiatieven. Na oktober 2007 is geen verdere voortzetting meer gegeven aan de Brandveiligheidsvisie.

Inmiddels ontwikkelen diverse gemeenten en veiligheidsregio's hun eigen beleidsregels op het gebied van de brandveiligheid in zorgvoorzieningen. Daarbij krijgt vooral de woon-/zorgcombinatie de nodige aandacht. Partijen geven ieder voor zich uitleg over de toepassing van de in het Bouwbesluit benoemde eisenkaders. Waar de ene beleidsregel opteert voor de lichte eisen van de 'woonfunctie', sluit de ander aan bij de zware eisen voor de 'gezondheidszorgfunctie'. Hierbij zijn de verschillen tussen de diverse beleidsregels groot en lijkt een uniforme brandveiligheidsvisie ver verwijderd. Het Bouwcollege is in overleg met onder meer het Landelijk Netwerk Brandpreventie (LNB) en de brancheverenigingen om te komen tot een betere afstemming van de beleidsregels en een meer eenduidige benadering.

Verdere uitrol activiteiten

Na de rapportage van het inventarisatieonderzoek is constructief overleg gevoerd met het ministerie van VWS over de voortzetting van de 'eigen' activiteiten ter verbetering van de brandveiligheid in de zorgsectoren. Op 23 november 2007 is een voorstel daarvoor door de staatssecretaris aan de Tweede Kamer voorgelegd (te vinden op 'Kennisplein', www.bouwcollege.nl).

Het Bouwcollege is betrokken bij twee activiteiten. In de eerste plaats de uitwerking van het beoordelingsmodel voor de integrale brandveiligheid, ofwel de brandveiligheidsmatrix, en in de tweede plaats de organisatie van diverse brandveiligheidsconferenties.

Brandveiligheidsmatrix

Bij het onderzoek naar de brandveiligheid in de zorgsector constateerden wij dat het niet alleen ontbreekt aan consensus inzake de bepaling van het 'aanvaardbare' niveau van brandveiligheid, ook ontbreekt het aan een instrument waarmee een breed geaccepteerde uitspraak kan worden gedaan over het 'gesaldeerde' niveau van brandveiligheid.

De brandveiligheid wordt bepaald door het samenspel van bouwkundige (B), installatietechnische (I) en organisatorische maatregelen (O). Voor een volgende stap in het onderzoek naar de brandveiligheid is een model noodzakelijk waarmee integraal de 'BIO'-maatregelen in elkaars verlengde kunnen worden beoordeeld. Het Bouwcollege heeft voorgesteld een dergelijk model voor de zorg te ontwikkelen. Juist voor de zorg spelen immers de organisatorische aspecten een grote rol. Het model moet gebruikt kunnen worden om tekortkomingen te waarden en tevens om opties voor compenserende maatregelen te vergelijken.

Voor dit doel heeft het Bouwcollege samenwerking gezocht met Efectis, het voormalige TNO-centrum voor brandveiligheid. Efectis heeft eerder een soortgelijk model ontwikkeld voor de RGD. Bij de ontwikkeling van het model, de bepaling van de kaders en de toekenning van de wegingsfactoren worden naast de deskundigen van Efectis ook brandveiligheidsdeskundigen vanuit de zorgsectoren en vanuit de brandweergeledingen (NIFV en de NVBR/LNB) betrokken.

Volgens planning moet het model eind oktober 2008 gereed zijn.

Brandveiligheidsconferenties

Het Bouwcollege is nauw betrokken bij de door het ministerie van VWS te organiseren ‘bestuurlijke’ brandveiligheidsconferentie die waarschijnlijk eind oktober plaats gaat vinden. Naast de raden van bestuur en de raden van toezicht van zorginstellingen worden ook burgemeesters, regionale brandweercommandanten en brancheverenigingen uitgenodigd. Als sprekers zullen onder meer de bewindslieden van VWS, BZK en VROM optreden.

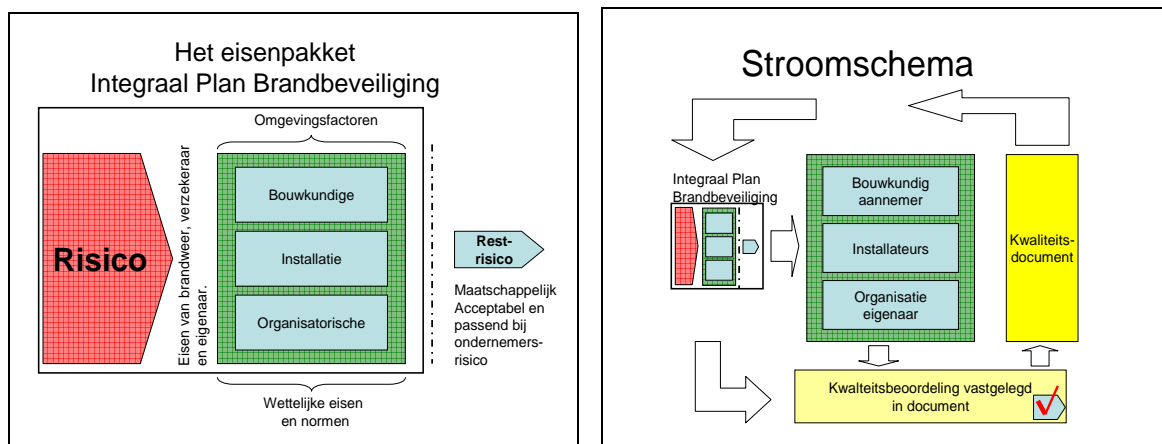
In november zal een vijftal, meer ‘technische’, regionale bijeenkomsten worden georganiseerd, waarbij onder meer aandacht zal worden besteed aan de werking en toepassing van de brandveiligheidsmatrix. In deze regionale bijeenkomsten zullen ook de NVTG en diverse marktpartijen kunnen participeren

De activiteiten van het Bouwcollege en het ministerie van VWS sluiten aan op het Nationaal Actieprogramma Brandveiligheid. Er is afstemming met zowel BZK als het ministerie van VROM over de diverse beschreven stappen.

Model Integrale Brandveiligheid Bouwwerken (Model IBB)

Het Bouwcollege volgt de ontwikkelingen op het gebied van Fire Safety Engineering met grote belangstelling. Ook volgen wij andere ontwikkelingen betreffende de integrale benadering van brandveiligheid. Als voorbeeld is te wijzen op de door de brandweer Den Haag en het certificerend bureau KIWA ontwikkelde BGB-regeling (Brandveilig Gebruik Bouwwerk) en het concept ‘Verzekerde Brandveiligheid’ van Centraal Beheer Achmea en Ascom.

Een belangrijk traject op dit gebied betreft de ontwikkeling van het model Integrale Brandveiligheid Bouwwerken (Model IBB), een initiatief van het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (het CCV) te Utrecht. Het Bouwcollege heeft sinds oktober 2007 zitting in de stuurgroep voor dit model, waarvan een eerste versie op 17 april 2008 tijdens het Nationale Brandveiligheidscongres van de SBR is gepresenteerd. In de twee figuren op deze pagina’s is de werking en het doel van het model uitgebeeld (voor verdere informatie zie: www.model-IBB.nl) Het model IBB vormt een belangrijke basis voor de Brandveiligheidsmatrix.



Integrale veiligheid

Integrale brandveiligheid vormt niet alleen een wezenlijk onderdeel van de patiëntveiligheid; integrale brandveiligheid is eveneens van groot belang voor de veiligheid van het personeel en de overige bezoekers. Met name bij ziekenhuizen, maar ook bij andere instellingen die in grote gebouwen



gehuisvest zijn, is het op orde hebben van de brandveiligheid ook voor het behoud van de continuïteit van de onderneming essentieel.

Gezien de diverse definitievraagstukken op het gebied van de brandveiligheid zal het Bouwcollege en straks het Centrum Zorg en Bouw zich met dit onderwerp bezig blijven houden. De brandveiligheid wordt daarbij ingebed in het groter geheel van de 'Integrale veiligheid in zorginstellingen'. Dit is de projectnaam van één van de synergieprojecten van waaruit, dankzij de nauwe samenwerking tussen het Bouwcollege/Centrum Zorg en Bouw en diverse andere TNO-businessunits, een meerwaarde wordt verwacht.

2.8 Technische thema's

2.8.1 Bouwfouten / faalkosten

In de afgelopen jaren is het Bouwcollege geconfronteerd met bouwprojecten die niet volgens (financiële) planning zijn of worden gerealiseerd. Het resultaat is een moeizaam bouwproces, (forse) financiële overschrijdingen en arbitragezaken die na oplevering van het bouwwerk doorlopen.

Voorbeelden van problemen waarmee bouwprojecten worden geconfronteerd zijn

- verplaatsing van funderingspalen in de grond waardoor uiteindelijk een geheel nieuwe fundering geplaatst moet worden; over de ontstane extra kosten loopt ten tijde van het schrijven van deze bijdrage een arbitrale procedure;
- onvoldoende aansluiting van het bestek op de uitvoering waardoor de installateur meerwerk claimt en grotendeels via arbitrage krijgt toegewezen; en
- een onwillige/ondeskundige installateur waardoor het totale bouwproject forse vertraging oploopt en aannemers en adviseurs de extra kosten bij de opdrachtgever neerleggen.

Alhoewel deze kwesties op zichzelf staan, hebben de projecten wel enkele gelijkende karakteristieken.

- Contractvorming is geschied volgens het klassieke model: de architect/adviseur maakt namens de opdrachtgever het ontwerp, de aannemer realiseert het werk.
- De opdrachtgever heeft de betrokken adviseurs en aannemers allen afzonderlijk gecontracteerd.

Het gebruik van deze wijze van contracteren vertaalt zich in een aantal risico's.

- Het ontwerp (bestek) sluit niet aan bij de realisatie ten gevolge waarvan meerwerk ontstaat.
- Vertraging die ontstaat bij één van de aannemers werkt door in vertraging bij de andere aannemers en extra advieskosten; de claims van deze vertraging worden door deze aannemers niet bij hun collega-aannemer neergelegd maar bij de opdrachtgever; de opdrachtgever dient de in verzuim blijvende aannemer aan te spreken.
- Het inschakelen van veel adviseurs en aannemers legt een grote sturende en coördinerende rol bij de opdrachtgever; bij gebreke daarvan is een bouwproces lastig te beheersen.

Meer nog dan in het verleden het geval was hebben zorginstellingen bij de afschaffing van het bouwregime en het zelf verantwoordelijk worden voor de bouwinvesteringen belang bij een effectief en efficiënt bouwproces. Dan is ook van belang op welke wijze de contractvorming wordt ingericht.

Tot nu toe worden veel bouwprojecten in de zorg volgens het klassieke contractmodel gerealiseerd. Dat heeft voor- en nadelen. Als een voordeel kan worden beschouwd dat de opdrachtgever zelf veel inbreng kan hebben tijdens het ontwerp en de uitvoering van het project. Een nadeel is dat de opdrachtgever daarmee ook veel verantwoordelijkheid naar zich toe haalt. Het principe in het bouwrecht 'wie bepaalt, betaalt' betekent in dat geval dat de opdrachtgever bij optredende bouwfouten en coördinatieproblemen snel in een situatie kan dreigen te komen dat de schade vooral op hem afgewenteld wordt.

Het is goed dat in de zorgsector over andere contractvormen wordt nagedacht. Redenen daarvoor zijn:

- streven naar een effectief en efficiënt bouwproces met minder bouwfouten;
- benutten van creativiteit uit de markt; en

- het managen van risico's: leg ze neer bij de partij die deze het best kan beheersen.

Alternatieven voor het klassieke contractmodel, bijvoorbeeld een geïntegreerd contract dat ontwerp en uitvoering bundelt, verdienen nadere overweging. Daarbij dient steeds in het oog te worden gehouden dat het gebruik van een bepaalde contractvorm afhankelijk is van een aantal vragen: wat wil de opdrachtgever (bijvoorbeeld veel of weinig invloed op het ontwerp en de uitvoering), wat kan de opdrachtgever (welke deskundigheid is in eigen huis) en wat is het soort gebouw dat wordt gerealiseerd (een specifiek gebouw kent gedetailleerdere eisen voor het ontwerp en de uitvoering dan een a-specifiek gebouw). Al naar gelang de uitkomst van deze vragen kan gekozen worden voor een klassieke contractvorm (en bijbehorend bouwproces) of een andere contractvorm. Zo is het kenmerk van een contract waarbij ontwerp en uitvoering in één hand liggen dat de opdrachtgever minder invloed heeft op het bouwproces, maar dat met het in één hand leggen van beide bouwfases een betere afstemming wordt bereikt met als mogelijk resultaat minder faalkosten tijdens de bouw.

Het komende jaar zal het Bouwcollege/Centrum Zorg en Bouw onderzoek doen naar de mogelijkheden om in de zorgsector andere bouwprocessen en bijbehorende contractvormen toe te passen. De afschaffing van het bouwregime noopt tot een oriëntatie hierop. Voor- en nadelen dienen inzichtelijk te zijn en geleerd zal moeten worden van de ervaringen uit onze én andere sectoren.

2.8.2 Legionellabestrijding

Na de uitbraak van legionella in 1999 in Bovenkarspel is er veel gebeurd op het gebied van regelgeving over en toezicht op watersystemen. De Algemene voorschriften voor leidingwaterinstallaties (NEN 1006) zijn in 2002 ingrijpend gewijzigd. De nieuwe NEN-norm is aangewezen in het Bouwbesluit en het Waterleidingsbesluit, dat op leidingwaterinstallaties van kracht is. De toezichthouder op deze voorschriften is de VROM-inspectie in samenwerking met het waterleidingbedrijf. Eigenaren van locaties met een hoog risico, zoals ziekenhuizen en zorginstellingen, zijn volgens de Waterleidingwet verplicht een risicoanalyse uit te voeren en maatregelen te nemen om legionellabacteriën te voorkomen. Ook moeten ze verplicht het leidingwater periodiek op legionellabacteriën controleren.

Het BEL-projectteam, de Bemonsterings Eenheid Legionella-pneumonie, van het Streeklaboratorium Haarlem werkt nauw samen met het CIB (Centrum Infectieziektebestrijding) van het RIVM in het opsporen van bronnen van Legionellabesmettingen. Ondanks de gewijzigde regelgeving en verhoogde aandacht voor legionellapreventie constateert het BEL-projectteam nog veel besmettingen binnen ziekenhuizen en zorginstellingen, met soms ernstige gevolgen. Een besmetting is soms het gevolg van een niet eerder opgemerkte bouwfout (een slecht geventileerde kruipruimte, niet geïsoleerde leidingen, niet van elkaar gescheiden warm- en koudwaterleidingen of een slecht werkende terugslagklep). Daarnaast komt het BEL-projectteam vaak onnodige en dure investeringen in installaties tegen, zoals desinfectie met een OZON-installatie of koper/zilverionisatie van leidingwater. Het verwijderen van de besmettingsbron is echter de meest effectieve en goedkoopste oplossing. Het Bouwcollege/Centrum Zorg en Bouw denkt samen met het BEL-projectteam na over hoe de komende tijd extra aandacht kan worden besteed aan zowel legionellapreventie als -bestrijding en het voorkomen van onnodige investeringen en verkeerde handelingen hierbij.

2.8.3 De lange weg tot een Europese ventilatienorm voor ziekenhuizen

In 2005 is gestart met de ontwikkeling van een Europese ventilatienorm voor ziekenhuizen. De ventilatie van OK's, inclusief plenums, stromingsprofielen en testprocedures, vormt hierin een belangrijk deel. De planning was dat begin 2006 een startdocument gereed zou zijn. Door verschillen van mening in wetenschappelijke kringen in Duitsland heeft het proces ruim twee jaar stilgelegen. In 2008 is het proces echter weer opgestart.

De Nederlandse bouwmaatstaf operatieafdeling

In Nederland zijn in maart 2004 de bouwmaatstaven voor een operatieafdeling door de minister van VWS goedgekeurd. In afwijking van de hieraan voorafgaande maatstaven zijn deze uitgebracht in de vorm van basiskwaliteitseisen. Een ander verschil met voorgaande maatstaven is dat operatiekamers uitgerust dienen te worden met zogeheten laminaire downflow-systemen met grote (8 tot 9 m²) inblaasplenums. Dit om er voor te zorgen dat de patiënt, de instrumententafels en het operatieteam zich onder het laminaire downflow-systeem bevinden. Om redenen van uniformiteit en om de uitwisselbaarheid te bevorderen, waarbij iedere operatie in principe in iedere OK uitgevoerd kan worden, zijn bij nieuwbouw dergelijke grote plenums vereist. Een reden om af te wijken van de OK-bouwmaatstaf is als er een overzicht zou bestaan waarbij is aangegeven welke ingrepen uitgevoerd dienen te worden onder de hoogste graad van reinheid en welke ingrepen uitgevoerd mogen worden in OK's die niet aan deze hoge reinheid voldoen (bijvoorbeeld door het toepassen van kleinere inblaasplenums). Het opstellen van een dergelijke lijst met operaties ligt niet binnen de competentie van het Bouwcollege: de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) heeft begin 2004 aangegeven bezig te zijn met het opstellen van een dergelijke lijst. In het buitenland is in de Duitse norm een dergelijk overzicht reeds voorhanden. De Nederlandse bouwmaatstaf, die overigens geen wettelijke status meer heeft, biedt geen norm voor ventilatie in ziekenhuizen in het algemeen, maar geeft alleen voor operatieafdelingen naast basiskwaliteitseisen ook uitgangspunten ten aanzien van zorginhoudelijke en technische ontwikkelingen, bouwkundige concepten en financiële aspecten.

Normen

Bij een norm gaat het erom *technische* afspraken eenduidig vast te leggen. De coördinerende rol ligt bij het Nederlandse Normalisatie-instituut (NEN).

Binnen Europa is op het gebied van de regelgeving op ventilatiegebied de CEN/TC 156 "Ventilation in Buildings" actief. In het algemeen kan gesteld worden dat Europese normen geen wettelijke status hebben. Wel is de NEN als lid van CEN verplicht alle Europese normen nationaal te implementeren en binnen een zekere termijn de nationale normen met hetzelfde onderwerp in te trekken of aan te passen. De doelstellingen van de Europese normalisatie zijn dan ook het wegnemen van de handelsbelemmeringen tussen de (CEN) landen door vervanging van de verschillende nationale normen door één Europese norm en bij nieuwe onderwerpen direct op Europees niveau te kunnen starten met de ontwikkeling.

Europese ventilatienorm

Deze CEN heeft in januari 2005 besloten tot het instellen van een nieuwe werkgroep, WG13 "Ventilation in Hospitals", met als doelstelling te komen tot een Europese norm op dit gebied.

Om nu te voorkomen dat er te zijner tijd tegenstellingen zouden kunnen ontstaan tussen deze tot stand te brengen Europese norm en de Nederlandse bouwmaatstaf, en om er voor zorg te dragen dat er

vanuit Nederland inbreng kan worden gegeven bij deze nieuwe ontwikkeling heeft het Bouwcollege besloten deel te nemen aan deze nieuwe werkgroep.

Stand van zaken

De oprichtingsvergadering van werkgroep 13 is in maart 2005 gehouden in Zürich. Op deze vergadering waren 6 landen vertegenwoordigd, Zwitserland, Oostenrijk, Italië, Duitsland, Nederland en Finland. Frankrijk en Noorwegen lieten zich deze eerste keer verontschuldigen.

Bij de presentaties die iedere vertegenwoordiger van het land gaf bleek dat slechts 4 landen over een (beperkte) bestaande of ontwerp-norm beschikten, namelijk Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en Nederland. De andere landen maakten bij het ontwerp van OK's gebruik van delen van normen van andere landen of baseerden hun ontwerp op common practice.

In de in september 2005 gehouden tweede vergadering is hiermee een begin gemaakt met het trachten te ontwikkelen van een gezamenlijke norm. De praktijk blijkt dan weerbarstiger dan de theorie. In Duitsland bestaan op het ogenblik twee documenten (concepten) die betrekking hebben op ventilatie in ziekenhuizen⁷.

De verschillen tussen de twee Duitse richtlijnen zijn nog beduidend. Met name in de meetmethode die toegepast moet worden bij het testen en opleveren van de grote plenums (In de fabriek meten of bij oplevering, wie is verantwoordelijk voor welke meting, deeltjesmeting of meting van turbulentiegraad, of beide?) bestaan nogal wat verschillen van inzicht. De Zwitserse norm (*Richtlinie 99-3: Heizungs-, Lüftungs- und klimanlagen in Spitalbauten*) lijkt sterk op de VDI richtlinie 2167.

De Oostenrijkse richtlijn (*ÖNORM H6020:2075-02-01: Lüftungstechnische Anlagen für medizinisch genutzte Räume*) komt in belangrijke mate overeen met de DIN-Entwurf 1946-4.

De Zwitserse conceptnorm en de Nederlandse Bouwmaatstaf kennen één type inblaasplenum, ongeacht het type van de operatie. Bij de andere normen wordt een onderscheid gemaakt in operatiekamers met de hoogste- en operatiekamers met hoge eisen aan de luchtkwaliteit.

De verschillen van mening binnen de betreffende organisaties bij onze oosterburen liepen zo hoog op dat de Europese vergaderingen aan het eind van 2005 zijn gecancelled.

Pas op de CEN TC156 vergadering in november 2007 in Londen heeft Duitsland toegezegd de vergaderingen van de werkgroep 13: Ventilation in hospitals weer bij te gaan wonen. De nieuwe voorzitter is Prof. Seipp, namens de Duitse DIN. Om te voorkomen dat bij een toekomstige stemming één van de landen een veto

uitspreekt waardoor het werk volledig zou worden teniet gedaan is besloten tot het opstellen van een zogenaamd Technical Report (TR). In een dergelijk rapport komen zowel de onderwerpen aan de orde waar overeenstemming over is, maar ook worden de onderwerpen besproken waar nog verschil van mening over is. Een dergelijk rapport wordt aangeboden aan de CENTC156

<p>De scope van het TR</p> <ul style="list-style-type: none"> Algemene voorwaarden Basisprincipes Een leidraad voor de planning, constructie en gebruik/beheer Classificatie van medische ruimten Ventilatieconcepten en voorwaarden Luchtfiltering Concepten <ul style="list-style-type: none"> Klasse-indelingen ruimten: H1t/m H4 Eisen en voorwaarden voor ventilatie en airconditioningcomponenten Systeemkwalificaties en acceptance (oplevering) tests. Periodieke tests Minimum eisen voor technische documentatie
--

⁷ - DIN-Entwurf 1946-4: 2005-04: Raumlufttechnik - Teil4: Raumlufttechnische Anlagen in Krankenhäusern en - Entwurf der VDI-Richtlinie 2167-1:2004-12: Technische Gebäudeausrüstung von Krankenhäusern - Heizungs- und Raumlufttechnik.



waar alle landen in zijn vertegenwoordigd. In deze vergadering wordt dan besloten of het voorliggende TR voldoende aanleiding geeft tot het met succes verder ontwikkelen van een conceptnorm. Welke onderwerpen worden in dit TR behandeld? In nevenstaande figuur de inhoud van het TR.

Een van de opvallende punten in dit TR is dat niet alleen ventilatie in OK's aan de orde komt maar ook de diverse vormen van beschermende en bronisolatie.

Getracht wordt voor het eind van het jaar een startdocument klaar te hebben waarin de onderwerpen zijn opgenomen waar overeenstemming over is en de onderwerpen waar nog verschil van inzichten over bestaat. Dit document zal dan ook voorgelegd worden aan de overige deelnemende landen.

2.8.4 Koeling in de zorg

Het Bouwcollege heeft samen met de NVTG en SenterNovem in maart 2008 een workshop 'Koeling is hot' georganiseerd, waarin energiebesparing en gebruik van alternatieve energie in de gezondheidszorg centraal stonden. Tevens is ingegaan op het door het Bouwcollege uitgebrachte cahier *De hitte de baas* en nationale en internationale ontwikkelingen op het gebied van 'natuurlijke' koeling zijn de revue gepasseerd.

Koelsystemen

Een belangrijk deel van de bijeenkomst was ingeruimd voor het uitwisselen van ervaringen met vloerkoeling op basis van betonkernactivering (BKA), al dan niet in combinatie met warmte/koudeopslag. In maart 2005 werd op een bijeenkomst bij het Bouwcollege voor het eerst met fabrikanten, leveranciers, installatiebedrijven en adviseurs gesproken over de mogelijke toepassing van BKA in de gezondheidszorg. Nu, drie jaar later, zijn de eerste ervaringen -zowel positief als negatief- van een viertal (nieuwbouw)instellingen die met BKA 'in zee zijn gegaan' gerapporteerd. De constructieve en architectonische consequenties zijn ook te lezen in een recente publicatie van de Stichting Bouwresearch. Op de installatietechnische gevolgen zal de ISSO (kennisinstituut voor de installatiesector) binnenkort nog ingaan. Verder werd de toepassing van het VRV-multisplitsysteem in twee renovatieprojecten besproken.

De hitte de baas

In juni 2007 heeft het Bouwcollege het cahier *De hitte de baas* uitgebracht. Daarin worden de verschillende koelingssystemen die toegepast worden in de gezondheidszorg onder de loep genomen, met inbegrip van de (on)mogelijkheden in bestaande bouw. De diverse concepten zijn niet alleen beoordeeld ten aanzien van energieverbruik, investeringskosten en totale kosten over een periode van 15 jaar, maar ook op het gebied van thermisch comfort, risico op tocht, geluid en hygiëne. Daarbij is ook onderscheid gemaakt naar opwekkingstype: traditionele opwekking dan wel met behulp van warmte/koudeopslag.

Website

SenterNovem gaf een toelichting op een door dit agentschap van het ministerie van Economische Zaken ontwikkelde interactieve website over energie-efficiënte koelsystemen voor verpleeg- en verzorgingshuizen.



De website wil met name facilitymanagers/hoofden technische dienst ondersteuning bieden bij het beoordelen van externe adviezen en het geven van interne adviezen bij de keuze van een koelsysteem, met inbegrip van de financiële consequenties.

Een uitvoerig verslag van de workshop Koeling is “hot” staat zowel in het blad FMT gezondheidszorg als op de website van het Bouwcollege.

De publicatie “De hitte de baas” is via de website van het bouwcollege te downloaden.

2.8.5 Domotica

Het Bouwcollege is op verschillende gebieden van domotica actief geweest.

Sinds het begin van dit jaar wordt een Nieuwsbrief Domotica uitgebracht. Hiermee worden de abonnees enkele malen per jaar op de hoogte gebracht van het nieuws en de ontwikkelingen op dit gebied.

Tevens is een congres georganiseerd op het gebied van domotica, waarin het Alzheimercentrum van het VU Medisch Centrum en de GGD Amsterdam het onderzoek naar de domotica bij het Leo Polakhuis hebben gepresenteerd.

Sinds enkele jaren zijn de groepswoningen voor mensen met dementie van zorgcentrum Leo Polak (Osiragroep/WoonZorg Nederland) uitgerust met domotica. Dit is mede mogelijk gemaakt door extra financiering welke door het Bouwcollege is verstrekt. Het Leo Polak is één van de pioniers van het gebruik van deze ICT in de zorg.

De GGD Amsterdam en het Alzheimercentrum van het VU Medisch Centrum hebben onderzocht wat domotica betekent voor cliënten en de zorgorganisatie. Tijdens het congres ‘Domotica in de zorg voor dementerenden’, dat op 14 mei 2008 in De Reehorst in Ede werd gehouden, zijn de resultaten van dit onderzoek bekend gemaakt met als één van de uitkomsten dat het gebruik van domotica de kwaliteit van leven voor dementerenden verhoogt.

Ook is ingegaan op de mogelijkheden om domotica te gebruiken in een zorgorganisatie en op de gevolgen daarvan voor cliënten, verzorgenden, de bouw en de financiën.

Tijdens het congres is verder specifieke aandacht geschonken voor domotica voor thuiswonende mensen met dementie en de ethische aspecten van domotica. Ook zijn workshops gegeven waar is ingegaan op de rol van de woningcorporatie, financiële aspecten van domotica en verantwoord en veilig gebruik van domotica.

Dit congres was georganiseerd door het Bouwcollege, in opdracht van het ministerie van VWS, op verzoek van de klankbordgroep onderzoek Domotica in Leo Polak.

De ontwikkelingen op het gebied van domotica zullen in de toekomst door het Centrum Zorg en Bouw verder worden gevolgd. Daarbij zal uiteraard ook gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden die het samengaan met TNO bieden.

U kunt abonnee van de nieuwsbrief Domotica worden via de website van het Bouwcollege (www.bouwcollege.nl), waarvan ook de congresstukken van het domoticacongres zijn te downloaden.

3. **Bouwkosten en kapitaallasten in de jeugdzorg**

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de bouwkosten en kapitaallasten in de jeugdzorg. Hierbij onderscheiden we de reguliere oftewel provinciaal gefinancierde jeugdzorg en de gesloten jeugdzorg. Vorig jaar zijn in de *Capita Selecta* behorende bij de *Bouwkostennota* 2007 de uitgangspunten voor de normatieve investeringskosten van reguliere jeugdzorgvoorzieningen nader beschouwd. In dit jaarbeeld zijn de destijds gepubliceerde richtbedragen conform de kostennormen voor de AWBZ-voorzieningen geïndexeerd en aangepast. Daarnaast zijn richtbedragen voor gesloten jeugdzorg toegevoegd.

Reguliere, provinciaal gefinancierde jeugdzorg

De reguliere jeugdzorg wordt op dit moment op grond van de Wet op de jeugdzorg (Wjz) nog bekostigd via provinciale subsidies in het kader van het Tijdelijk besluit uitkeringen jeugdzorg. Het streven van het Programmaministerie Jeugd en Gezin is dat per 1 januari 2009 een nieuw financieringssysteem in werking treedt⁸. De kern van de vernieuwing van deze financieringssystematiek is dat bij de vaststelling van het macrobudget rekening gehouden wordt met de prognose van de vraag naar jeugdzorg en de ontwikkeling van de prijzen. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) is gevraagd een model te ontwikkelen waarmee de vraag naar jeugdzorg geraamd kan worden en tevens een systematiek voor de verdeling van het macrobudget over de provincies te bepalen. Het onafhankelijke Adviesorgaan Financiering Jeugdzorg (AFJ) adviseert, in opdracht van Jeugd en Gezin en het Interprovinciaal Overleg (IPO), over het macrobudget en de verdeling daarvan. Met de nieuwe systematiek krijgen provincies en grootstedelijke regio's (meer) ruimte om naar eigen inzicht vernieuwende ideeën te beproeven, gericht op vergroting van doelmatigheid en doeltreffendheid van de jeugdzorg. Provincies bepalen zelf welke afspraken zij maken over diensten en prijzen. De nieuwe systematiek voorziet dan ook niet in landelijke prijzen voor jeugdzorg. Wel zal door de Bureaus Jeugdzorg worden geïndiceerd op basis van acht categorieën jeugdzorg, waarmee de prijzen van het zorgaanbod eenduidig te meten zijn.

Normatieve huisvestingscomponent

Huisvestingslasten vormen slechts een onderdeel van de prijzen en drukken vooral op de categorieën waarbij sprake is van jeugdhulp op de accommodatie van de zorgaanbieder (zowel individueel als in de groep) en verblijf (zowel 24-uurs als in deeltijd oftewel dagbehandeling). Voor een indicatie van het aandeel van de huisvestingslasten kan worden uitgegaan van de normatieve huisvestingscomponent (NHC), waarover het Bouwcollege op verzoek van het ministerie van VWS in 2006 een rapport heeft uitgebracht⁹. Tijdens het opstellen van dit rapport is gebleken dat er bij jeugdzorginstellingen behoefte bestaat aan referentiemateriaal over bouw- en investeringskosten. Gezien de verzamelde informatie over kosten van gerealiseerde projecten lijkt het aannemelijk dat jeugdzorginstellingen gewapend met deze info tot aanmerkelijk voordeligere aanbestedingen kunnen komen.

Voor het bepalen van een NHC moeten drie uitgangspunten worden geformuleerd.

- De gemiddelde ruimtebehoefte in termen van bruto vloeroppervlakte (bvo) per kostendrager. Een kostendrager kan bijvoorbeeld een verblijfs- en/of behandelplaats zijn, maar ook een uur of dagdeel ambulante hulp of begeleiding.

⁸ Financiering provinciale jeugdzorg. Kamerstuk. Den Haag, 12 november 2007.

⁹ Normatieve huisvestingscomponent (NHC) voor de Jeugdzorg, rapport nr. 602. College bouw zorginstellingen. Utrecht, 2006.

- De normatieve investeringskosten per m² bvo voor de te onderscheiden voorzieningen.
- Het investeringspatroon gedurende de levensduur van deze voorzieningen.

Voor de jeugdzorg zijn de kostendragers zoals de zorgzwaartepakketten (ZZP's) voor de AWBZ-zorg nog niet definitief bepaald. Wel zijn eind 2006 voor de reguliere jeugdzorg 18 aparte productdefinities (bekostigingseenheden) geformuleerd. Het is van belang dat deze eenduidige productdefinities zo spoedig mogelijk worden geïmplementeerd in de administratie van de jeugdzorginstellingen. Ten aanzien van kapitaallasten worden in het NHC-rapport van het Bouwcollege als kostendragers de te onderscheiden residentiële en dagbehandelingsplaatsen gehanteerd, behoudens de ambulante jeugdhulp waar het aantal fte's aan ambulante medewerkers bepalend is.

Gesloten jeugdzorg

Op 1 januari 2008 is de gewijzigde Wet op de jeugdzorg (Wjz) in werking getreden. Sindsdien is het mogelijk om jongeren, die op last van de rechter gesloten moeten worden behandeld, in een (daartoe aangewezen) instelling voor jeugdzorg te plaatsen. Lange tijd werd deze groep op civielrechtelijke basis in een Justitiële Jeugdinstelling (JJI) geplaatst, samen met strafrechtelijk veroordeelde jongeren. In tegenstelling tot de reguliere jeugdzorg wordt gesloten jeugdzorg rechtstreeks door het programmaministerie Jeugd en Gezin gefinancierd. Om zich een oordeel te kunnen vormen over de ruimtebehoefte en de investeringen voor nieuwbouw en verbouw van bestaande gesloten jeugdzorgvoorzieningen heeft het programmaministerie het Bouwcollege verzocht om een nieuw ruimtelijk en financieel referentiekader voor de huisvesting van de gesloten jeugdzorg te ontwikkelen. In het rapport dat het Bouwcollege hiervoor in 2008 heeft uitgebracht zijn richtlijnen vastgesteld voor de vloeroppervlakten, bouw- en investeringskosten van gesloten jeugdzorgvoorzieningen¹⁰. Over een mogelijke systematiek van vergoeding van kapitaallasten en levenscycluskosten van gebouwen is voor de gesloten jeugdzorg tot op heden nog geen duidelijkheid. Gewerkt wordt aan een systeem met integrale prijzen.

Normatieve investeringskosten reguliere jeugdzorg

De sector heeft de wens uitgesproken om als referentie voor bouw- en investeringskosten aan te sluiten bij de jaarlijks uit te brengen *Bouwkostennota*. De opgenomen tabellen zijn als richtlijn voor nieuwbouwplannen binnen de jeugdzorg te hanteren. Zij maken echter geen onderdeel uit van de door de minister goed te keuren kostennormen in het kader van de WTZi.

Algemene kostenuitgangspunten

Voor een toelichting op de opbouw van de richtbedragen voor investeringskosten wordt verwezen naar de *Bouwkostennota* 2008.

Grondkosten

Voor de grondkosten kan voor de reguliere jeugdzorg worden uitgegaan van de gemiddelde grondkostennorm die het Bouwcollege hanteert voor AWBZ-voorzieningen in de verblijfs categorie 'licht', zijnde € 253,- per m² bruto vloeroppervlakte (bvo), inclusief BTW, prijspeil januari 2008. Voor de berekening van de kapitaallasten wordt alleen de rente over de normatieve grondkosten meegenomen.

Residentieel groepswonen

¹⁰ Ruimtelijk en financieel referentiekader 'Huisvesting voor gesloten jeugdzorg', rapport nr. 614. College bouw zorginstellingen. Utrecht, 2008.

De residentiële groepswoningen zijn wat betreft opzet en afwerkingsniveau vergelijkbaar met verblijfsvoorzieningen voor de kinder- en jeugdpsychiatrie in de verblijfs categorie 'zwaar' (specifieke bouw). Separeervoorzieningen, waarvoor binnen de AWBZ aparte hogere richtbedragen gelden, komen over het algemeen niet voor in de reguliere jeugdzorg. Mochten separeer- of afzonderingsvoorzieningen toch aan de orde zijn kan worden gerefereerd aan de desbetreffende prestatie-eisen en bijbehorende richtbedragen zoals deze binnen de AWBZ gelden¹¹. Voorts kan voor de jeugdzorg worden uitgegaan van een overwegend mobiele doelgroep zonder ernstige bijkomende handicaps die om specifieke bouwtechnische voorzieningen vragen. Wel is voor een deel sprake van een verzwaarde uitvoering (bijvoorbeeld gehard gelaagd glas, elektrische deursignaleringen en brandvertragende vloerafwerking) waarvoor binnen de AWBZ voor sterk gedragsgestoorde cliënten een kostentoeslag wordt gehanteerd. Binnen de AWBZ kan deze toeslag oplopen tot maximaal 10% in geval van zeer specifieke extra voorzieningen. Voor een gemiddelde residentiële groepswoning binnen de jeugdzorg wordt uitgegaan van een kostentoeslag van 5% voor verzwaarde uitvoering. Voor de berekening van de normatieve investeringskosten wordt derhalve uitgegaan van de investeringskostennorm voor nieuwbouw van verblijf in de verblijfs categorie 'zwaar' (specifieke bouw) volgens de *Bouwkostennota* 2008, vermeerderd met 5% voor verzwaarde uitvoering.

Gezinswonen en (semi)zelfstandig wonen (KTC)

Gezinshuizen en (semi)zelfstandige woonvoorzieningen zoals een kamertrainingscentrum (KTC) worden in veel gevallen gehuurd van woningbouwcorporaties of particulieren¹² en zijn wat betreft opzet en afwerkingsniveau vergelijkbaar met AWBZ-voorzieningen in de verblijfs categorie 'licht' (a-specifieke bouw). Voor de berekening van de normatieve investeringskosten wordt derhalve uitgegaan van de investeringskostennorm voor nieuwbouw van verblijf in de verblijfs categorie 'licht' (a-specifieke bouw) volgens de *Bouwkostennota* 2008. Aangezien per definitie sprake is van relatief kleinschalige en vaak stand-alone voorzieningen, en vanwege de doelgroep met soms ernstige gedragsproblematiek in veel gevallen wel degelijk sprake is van een molestbestendige afwerking, kan een toeslag van 10% worden gehanteerd.

Dagbehandeling

De te onderscheiden vormen van dagbehandelingsvoorzieningen (Medische Kinderdagverblijven inclusief babygroepen en Boddaertcentra) zijn wat betreft opzet en afwerkingsniveau vergelijkbaar met AWBZ-voorzieningen voor ondersteunende en activerende begeleiding in de verblijfs categorie 'zwaar'. Voor de berekening van de normatieve investeringskosten wordt derhalve uitgegaan van de investeringskostennorm voor nieuwbouw van ondersteunende en activerende begeleiding in de verblijfs categorie 'zwaar' volgens de *Bouwkostennota* 2008. Afzonderingsruimten, prikkelarme behandelkamers en rustruimten zijn niet van dien aard dat hiervoor financiële toeslagen benodigd zijn en worden geacht binnen de 'zware' kostennorm te kunnen worden gerealiseerd.

Kantoorfuncties ambulante zorg en ondersteunende diensten

Voor de ambulante zorg, maar ook voor de directie, het beheer en de overige ondersteunende diensten van een jeugdzorginstelling worden kantoren of kantoorachtige voorzieningen gerealiseerd. Veelal worden deze kantoren gehuurd op de reguliere kantorenmarkt.

¹¹ Bouwmaatstaven Separeer- en afzonderingsvoorzieningen. College bouw zorginstellingen. Utrecht, 2003.

¹² Macrorapportage Monitoring gebouwkwaliteit Kinder- en Jeugdzorg, rapport nr. 613. College bouw zorginstellingen. Utrecht, 2007



Voor de berekening van de normatieve investeringskosten wordt uitgegaan van de investeringskostennorm voor nieuwbouw voor ondersteunende diensten en kantoren voor ambulante zorg volgens de *Bouwkostennota* 2008.

Het investeringsbedrag per plaats of fte voor ondersteunende diensten kan, al naar gelang, als toeslag op de te onderscheiden normatieve bedragen voor verblijfs- en dagbehandelings- en ambulante voorzieningen worden gehanteerd.

Koken op de groep

Voor de residentiële groepswoningen en gezinswonen wordt uitgegaan van kleinschalige keukens waarbij gekookt wordt 'op de groep'. De *Bouwkostennota* 2008 kent voor de AWBZ-sectoren financiële toeslagen voor koken op de groep. Uitgaande van een kleinschalige keuken van 2 m² bvo per plaats en een bouwkostenrichtlijn van € 2.169,-- per m² bvo, inclusief BTW, prijspeil januari 2008, resulteert dit voor de jeugdzorg in een toeslag van € 1.320,-- per plaats voor residentieel groepswonen en € 1.800,-- per plaats voor gezinswonen. Bij (semi)zelfstandig wonen is over het algemeen nog geen sprake van volwaardige appartementen en vindt veelal op individuele basis gebruik plaats van een gemeenschappelijke keuken. Derhalve kan ook hier de toeslag van € 1.800,-- per plaats (bouwkosten inclusief BTW, prijspeil januari 2008) worden gehanteerd.

Kostenrichtlijnen

Bovenstaande uitgangspunten resulteren in de kostenrichtlijnen voor de reguliere jeugdzorg volgens tabel 3.1.



Tabel 3.1: Kostenrichtlijnen reguliere jeugdzorg 2008				
KOSTEN PER M ² GEBOUW (inclusief 19% BTW) per 1 januari 2008 (exclusief grondkosten en inventariskosten)				
Uitgangspunten voor de berekeningen:	Residentieel groepswonen	Residentieel gezinswonen & KTC	Dagbehandeling	Ondersteunende diensten & ambulante zorg
oppervlakte per plaats (bruto) [m ²]	42	37	*	*
gemiddelde verdiepingshoogte [m ¹]	3,30	3,30	3,30	3,30
bouwtijd [mnd]	12	12	12	12
bijkomende kosten	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
directiekosten	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%
rentekosten	5,5%	5,5%	5,5%	5,5%
programma- & bestekswijzigingen	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
loon- & prijsstijgingen	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
startkosten	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
Kosten per m ² bruto vloeroppervlak:				
0.0. GRONDKOSTEN	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
1.0. BOUWKOSTEN	1.509	1.269	1.437	1.359
2.0. BIJKOMENDE KOSTEN	38	32	36	34
3.0. INVENTARIS	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
4.0. DIRECTIEKOSTEN	211	178	201	190
5.0. RENTE tijdens de BOUW	48	41	46	44
6.1. programma & bestekswijzigingen	70	59	67	63
6.2. loon & prijsstijgingen	22	18	21	20
7.0. STARTKOSTEN	23	19	22	20
TOTALE INVESTERINGSKOSTEN	1.921	1.616	1.830	1.730
Status	Richtlijn	Richtlijn	Richtlijn	Richtlijn
*) afhankelijk van doelgroep of functie				

TOESLAGEN			
Functies, voorzieningen en doelgroepen	bouwkosten	Investeringskosten	
- koken op de groep (groepswonen)	1.320	1.680**	per plaats
- koken op de groep (gezinswonen, KTC)	1.800	2.293**	per plaats
**) inclusief rente tijdens de bouw en startkosten			

Normatieve investeringskosten gesloten jeugdzorg

In het eerder genoemde referentiekader voor huisvesting van gesloten jeugdzorg is de ruimtebehoefte oftewel de benodigde gemiddelde bruto vloeroppervlakte (bvo) voor gesloten jeugdzorgvoorzieningen bepaald, exclusief onderwijsfaciliteiten. De oppervlakte die onder de verantwoordelijkheid van het programmaministerie Jeugd en Gezin valt komt op gemiddeld 97 m² per plaats uit. Afzonderings- en separeervoorzieningen zijn hierbij buiten beschouwing gelaten (PM-post). Indien de behoefte aan deze voorzieningen aanwezig is, wordt de oppervlakte daarvan als additioneel op de genoemde oppervlakte per plaats beschouwd. De totale ruimtebehoefte voor gesloten jeugdzorg is voor drie capaciteiten bepaald waarbij rekening is gehouden met een schaalgrootte-effect.

Verzamelstaat	Nuttige oppervlakte			Bruto oppervlakte		
	Capaciteit Voorziening			Capaciteit Voorziening		
	24	64	96	24	64	96
Oppervlakte Jeugdzorg						
verblijf	867	2.298	3.432	1.387	3.677	5.491
dagbesteding en recreatie	148	262	344	266	472	619
behandeling (excl. separeer en afzondering)	255	599	806	458	1.077	1.451
separeer- en afzonderingskamers	PM	PM	PM	PM	PM	PM
ondersteunende diensten	240	492	592	432	886	1.066
Totaal oppervlakte Jeugdzorg	1.510	3.651	5.174	2.543	6.112	8.627
Oppervlakte per plaats	63	57	54	106	96	90
b/n factor gemiddeld	1,68	1,67	1,67			

Naast de ruimtebehoefte is tevens een richtlijn voor bouw- en investeringskosten van gesloten jeugdzorgvoorzieningen bepaald. Hierbij is aangehaakt bij kostennormen zoals deze voor vergelijkbare doelgroepen binnen de AWBZ worden gehanteerd. Als basis is uitgegaan van de kostennormen en toeslagen die voor gesloten voorzieningen voor orthopsychiatrie worden gehanteerd. Daar waar sprake is van duidelijke verschillen in het afwerkings- en beveiligingsniveau is afhankelijk van de kostenconsequenties deze 'zwarte' kostennorm opgeplust. Om het benodigde afwerkings-, beveiligings- en bouwkostenniveau voor gesloten jeugdzorg te kunnen bepalen zijn diverse relevante bouwplannen met elkaar vergeleken en is de reeds bestaande huisvesting voor gesloten jeugdzorg geanalyseerd. Tevens is een vergelijking gemaakt met beveiligde, forensische AWBZ-voorzieningen en met normaal beveiligde justitiële jeugdinstellingen, waarbij vanwege het strafrechtelijk kader sprake is van een hoger beveiligings- en bouwkostenniveau dan voor gesloten jeugdzorg wenselijk wordt geacht.

Samenvattend ziet het kader voor de bouw- en investeringskosten per m² bvo voor gesloten jeugdzorgvoorzieningen er uit als in tabel 3.3.



Tabel 3.3: Bouw- en investeringskosten voor gesloten jeugdzorgvoorzieningen		
KOSTEN PER M ² GEBOUW (inclusief 19% BTW) per 1 januari 2008 (exclusief grondkosten en inventariskosten)		
Uitgangspunten voor de berekeningen:	Verblijf, recreatie, dagbesteding behandeling	Ondersteunende diensten (indien niet geïntegreerd)
oppervlakte per plaats (bruto) [m ²]	*	*
gemiddelde verdiepingshoogte [m ¹]	3,30	3,30
bouwtijd [mnd]	12	12
bijkomende kosten	2,5%	2,5%
directiekosten	14,0%	14,0%
rentekosten	5,5%	5,5%
programma- & bestekwijzigingen	2,0%	2,0%
loon- & prijsstijgingen	2,5%	2,5%
startkosten	1,5%	1,5%
Kosten per m ² bruto vloeroppervlak:		
0.0. GRONDKOSTEN	p.m.	p.m.
1.0. BOUWKOSTEN	1.680	1.359
2.0. BIJKOMENDE KOSTEN	42	34
3.0. INVENTARIS	n.v.t.	n.v.t.
4.0. DIRECTIEKOSTEN	235	190
5.0. RENTE tijdens de BOUW	54	44
6.1. programma- & bestekwijzigingen	39	32
6.2. loon- & prijsstijgingen	15	12
7.0. STARTKOSTEN	25	20
TOTALE INVESTERINGSKOSTEN	2.090	1.691
N.B. Gelet op de grote verschillen in grondkosten is deze post in bovenstaande tabel p.m. gesteld.		

TOESLAGEN PER M² GEBOUW (inclusief 19% BTW) per 1 januari 2008		
Extra voorzieningen	bouwkosten	Investeringskosten
- inrichting nieuw instellingsterrein (excl. gebouwgebonden terreinvoorzieningen)	123	153
- separeervoorziening	2.571	3.199
- centrale keuken	2.911	3.622

Voor grondkosten kan voor de gesloten jeugdzorg worden uitgegaan van € 291,-- per m² bvo gebouw, prijspeil januari 2008. Op grond wordt, anders dan op gebouwen, niet afgeschreven. Voor de berekening van kapitaallasten wordt alleen de rente over de grondkosten meegenomen.

Investeringspatroon

Reguliere, provinciaal gefinancierde jeugdzorg

Het investeringspatroon gedurende de levensduur van jeugdzorggebouwen is voor een groot deel vergelijkbaar met het patroon binnen de AWBZ-sectoren. In jeugdzorggebouwen vinden over het algemeen echter geen ingrijpende functionele aanpassingen plaats¹³. Renovaties lijken vooral tot doel te hebben de gebouwen technisch op peil te houden. De noodzaak hiertoe vloeit voort uit enerzijds normale slijtage, anderzijds een extra snelle achteruitgang van het inbouwpakket ten gevolge van een zeer intensief gebruik, dat deels met de aard van de doelgroep te maken heeft. Voor de reguliere jeugdzorg kan voor investeringen gedurende de levensduur van gebouwen het volgende model (Tabel 3.4) worden gehanteerd.

Tabel 3.4: Model: levensduur investeringen in de reguliere jeugdzorg; technische veroudering / renovatie na 20 jaar, nieuwbouw na 40 jaar

Jaar	Investering	Soort investering	Opmerkingen
0	100%	Eenmalig	
1-9	0,8%	Jaarlijks	
10-19	1,7%	Jaarlijks	
20	25%	Eenmalig	Renovatie, technische aanpassingen en upgradering
21-40	0,8%	Jaarlijks	
40	100%	Eenmalig	Nieuwbouw (start nieuwe cyclus)

Bovenstaande tabel leidt tot investeringen over de levensduur van in totaal 165% van de nieuwbouwkosten. In de tabel wordt geabstraheerd van een restwaarde van de voorzieningen na 40 jaar. Dit is naar analogie van wat in de zorg en in de volkshuisvesting gebruikelijk is. Overigens zal een deel van de voorzieningen, gegeven de mate van courantheid van de panden wel degelijk in de praktijk een restwaarde hebben. Ook in de volkshuisvesting is dit het geval, in de zorg in beperkte mate. Evenals in de AWBZ wordt hier uitgegaan van een maximale gebruiksduur van panden van 40 jaar. In de volkshuisvesting wordt de afschrijving afgestemd op een gebruiksduur van woningen van 50 jaar. Gezien het intensieve gebruik van de panden in de jeugdzorg zou het uitgangspunt van een gebruiksduur van 40 jaar te rechtvaardigen zijn.

Gesloten jeugdzorg

Voor gesloten jeugdzorg is (nog) geen specifiek investeringspatroon bepaald. Vooralsnog kan worden aangesloten bij het model voor de reguliere jeugdzorg, waarbij ervan wordt uitgegaan dat in 40 jaar 165% van de nieuwbouwkosten wordt geïnvesteerd.

¹³ Normatieve huisvestingscomponent (NHC) voor de Jeugdzorg, rapport nr. 602. College bouw zorginstellingen. Utrecht, 2006.



Levenscycluskosten

Bij een investering in nieuw- of verbouw is het ook van belang stil te staan bij de zogeheten levenscycluskosten van het gebouw, oftewel het totaal aan kosten dat zich tijdens het ontwerp, de uitvoering en het gebruik van een gebouw voor kan doen. Niet alleen de investeringskosten zijn van belang. De exploitatiegevolgen van investeringsbeslissingen zijn minstens zo belangrijk. Naast de kapitaallasten (de rente en afschrijving van investeringen) is sprake van gebouwgebonden exploitatiekosten zoals energie-, verzekerings-, belasting-, schoonmaak-, beheers- en onderhoudskosten.

De normatieve huisvestingscomponent

Reguliere, provinciaal gefinancierde jeugdzorg

Voor de reguliere jeugdzorg kan voor het investeringspatroon worden uitgegaan van 165% van de nieuwbouwkosten gedurende 40 jaar. Dit leidt tot een NHC die 7,2% van de nieuwbouwkosten bedraagt. Bij deze berekening is uitgegaan van een discontovoet van 6,5%. Voorts is in de NHC-berekening rekening gehouden met rente tijdens de bouw, startkosten en rente over de grondkosten. Energie-, verzekerings-, belasting-, schoonmaak- en reguliere onderhoudskosten behoren tot de exploitatiekosten van een instelling en maken geen onderdeel uit van een NHC, zoals deze nu is berekend.

Bovenstaande uitgangspunten resulteren voor de reguliere jeugdzorg in de volgende NHC's:

	m ² bvo per pl.	norm per m ² *)	toeslag keuken per plaats	totaal investeringskosten per pl.	NHC per m ² per jaar (aanvangsjaar)	NHC per plaats per jaar (aanvangsjaar)
Residentieel						
Groepswonen	42	€ 1.921	€ 1.680	€ 82.362	€ 141	€ 5.930
Gezinswonen / KTC (**)	37	€ 1.616	€ 2.293	€ 62.085	€ 121	€ 4.470
Dagbehandeling						
Medische Kinderdagverblijven	26	€ 1.830		€ 47.580	€ 132	€ 3.426
Boddaertcentra	17	€ 1.830		€ 31.110	€ 132	€ 2.240
Ondersteunende diensten						
Ondersteunende diensten	2,85	€ 1.730		€ 4.931	€ 125	€ 355
	m ² bvo per fte	norm per m ² *)		totaal investeringskosten per fte		
Ambulante zorg						
Ambulante zorg (***)	20,8	€ 1.730		€ 35.984	€ 125	€ 2.591

*) investeringskosten inclusief rente tijdens de bouw, startkosten

***) inclusief benodigde personele voorzieningen per geclusterde woning

****) inclusief ondersteunende diensten

Bij bovenstaande berekeningen moeten nog enkele kanttekeningen worden geplaatst.



De hierboven weergegeven richtbedragen zijn afhankelijk van de gekozen uitgangspunten voldoende om jeugdzorgvoorzieningen op te richten en in stand te houden. Binnen de richtbedragen zijn instellingen vrij om te kiezen tussen zelf bouwen, aankopen en verbouwen van bestaande panden of huren.

Weergegeven zijn de berekende NHC's in het aanvangsjaar. De NHC-methodiek gaat uit van een jaarlijkse indexering van NHC's.

In de berekende bedragen is geen rekening gehouden met een eventuele restwaarde van vastgoed. Vanzelfsprekend kan deze alleen maar optreden bij panden die in eigendom zijn.

In de berekende NHC's is vooralsnog uitgegaan van 6,5% rente over een gemiddelde grondkostennorm. Van grondkosten is uiteraard bekend dat deze regionaal sterk kunnen variëren. In hoeverre met deze variatie geheel of gedeeltelijk rekening zou moeten worden gehouden is een beleidsvraag. De verschillen in termen van een NHC vergoeding zijn echter marginaal.

De NHC's zijn hier per type voorziening gepresenteerd. De ondersteunende diensten zijn apart gepresenteerd maar kunnen, wanneer dat door de gekozen bekostigingssystematiek nodig is, uiteraard in de diverse andere NHC's versleuteld worden.

Gesloten jeugdzorg

Voor gesloten jeugdzorg wordt door het programmaministerie Jeugd en Gezin gewerkt aan integrale prijzen. Om het aandeel van de kapitaallasten binnen het integrale tarief te bepalen kan worden aangehaakt bij de voor de reguliere jeugdzorg voorgestelde NHC-methodiek. In het aanvangsjaar komt een NHC per plaats uit op 7,2% van de nieuwbouwkosten per plaats. Bij een gemiddelde investering van circa € 203.000,-- inclusief BTW, exclusief grond- en inventariskosten bedraagt de NHC circa € 15.000,-- in het aanvangsjaar, prijspeil 2008.

4. **Bouwkosten van algemene ziekenhuizen**

Inleiding

Op 1 januari 2008 is het in de WTZi beschreven bouwregime voor de sector ziekenhuizen opgeheven. Het bouwregime verplichtte ziekenhuizen een vergunning aan te vragen wanneer zij wilden bouwen (nieuw, uitbreiding, vervanging), huren of een zorggebouw in gebruik wilden nemen.

Vanaf 1 januari 2008 nemen de ziekenhuizen investeringsbeslissingen voor eigen rekening en risico.

Het vervallen van het bouwregime brengt met zich mee dat de ziekenhuizen niet langer vallen onder de in de WTZi opgenomen Regeling prestatie-eisen. Dat betekent onder meer dat de bouw- en grondkostennormen en alle overige kostenrichtlijnen, zoals deze voorheen in de *Bouwkostennota* ook voor de sector ziekenhuizen werden vastgesteld, niet langer op de ziekenhuizen worden toegepast. Strikt genomen bestaat er dan ook geen directe noodzaak meer het normenkader voor de sector ziekenhuizen te actualiseren. Dat neemt echter niet weg dat er bij vele partijen in de zorgsector nog wel grote belangstelling bestaat voor het behoud van een betrouwbare referentie op kostentechnisch gebied. Instellingen en ook andere partijen kunnen deze referentiecijfers toepassen bij met name de kostenraming in de vroege planstadia (initiatieffase).

Derhalve is besloten de systematiek van het kostenonderzoek voor de sector ziekenhuizen voort te zetten. Voor het onderzoek kan immers nog gebruik worden gemaakt van de gegevens zoals deze het afgelopen jaar door het Bouwcollege in het kader van de vergunningverlening en de goedkeuring van de aanbestedingsresultaten zijn ontvangen en beoordeeld.

Er is echter geen sprake meer van een formeel vastgesteld kostenkader. In het vervolg zal dan ook worden gesproken over de 'Kostenkengetallen bouw ziekenhuizen'.

Voor het Bouwcollege draagt het onderzoek bij aan het behoud van de expertise, zoals dat ook door de rijksoverheid wordt voorgestaan.

Beschouwing van de kostenontwikkeling

De ontwikkeling van de bouw- en investeringskosten in de sector ziekenhuizen is beschouwd vanuit

- de autonome ontwikkeling van de loon- en materiaalprijzen (de gezondheidszorgindex);
- de indienings- en beoordelingspraktijk; en
- de invloed van de ontwikkeling van de bouwmarkt in de (gezondheidszorg-)bouw. Dit gebeurt aan de hand van een analyse van de bouwconjunctuur en van de aanbestedingsresultaten in de periode 2007-2008.

Gezondheidszorgindex

De stijging van de gezondheidszorgindex over de periode 1 januari 2007 tot 1 januari 2008 bedraagt circa 3,6%.

De gezondheidszorgindex is een 'input-indexcijfer'. Wijzigingen in de kwaliteit of veranderingen in de arbeidsproductiviteit en de marktontwikkelingen hebben geen invloed op de indexcijfers.

Een verdere beschouwing van de index is opgenomen in de *Bouwkostennota* 2008.



Analyse bouwplannen

Het Bouwcollege heeft in oktober 2002 bouwmaatstaven vastgesteld voor een algemeen ziekenhuis als geheel, per 1 januari 2006 zijn deze omgezet naar prestatie-eisen. In deze ‘paraplumaatstaf’, waarin onder andere de samenhang tussen de bestaande prestatie-eisen voor de verschillende functies is aangegeven en de prestatie-eisen zijn beschreven op het niveau van het ziekenhuis als geheel, is ook aangegeven op welke wijze het investeringskostenkader voor de nieuwbouw van een ziekenhuis wordt bepaald en hoe daar in de praktijk mee wordt omgegaan.

Het investeringskostenkader voor de nieuwbouw van een ziekenhuis werd bepaald door twee grootheden, de rekenoppervlakte en de nieuwbouwprijs per m² bruto vloeroppervlakte, welke is gebaseerd op de van toepassing zijnde bouwkostennorm.

Gezien de accentverschuiving in het activiteitenpatroon van het ziekenhuis is het bed als parameter voor de bepaling van de normatieve ruimtebehoefte bij vervangende nieuwbouw niet langer relevant. In plaats daarvan wordt een parameter gehanteerd gebaseerd op klinische en poliklinische adherentie, zorgzwaarte en leeftijdsopbouw¹⁴.

Het onderzoek naar de bouwkosten van algemene ziekenhuizen heeft betrekking op zeven nieuwbouwplannen die in het kader van de WTZi zijn ingediend. De totale ingediende bouwkosten van de onderzochte plannen bedragen € 750 mln.

In de onderstaande tabel zijn de gemiddelde ingediende en goedgekeurde bouwkosten per feitelijk te realiseren m² vergeleken met de normkosten voor ziekenhuizen. Hierbij is uitgegaan van de bouwkostennorm zoals deze in de *Bouwkostennota 2007* is vastgesteld.

Tabel *Bouwkosten algemene ziekenhuizen per m²*

Algemene ziekenhuizen			
Kosten per m ² prijspeil januari 2007	gemiddelde bouwkosten per m ² vloeroppervlakte		
	ingediend 7 plannen €	vergunning 7 plannen €	bouwkostennorm bij nieuwbouw €
1.1 bouwkundige voorzieningen	1.011	971	989
1.2 werktuigbouwkundige voorzieningen	369	358	382
1.3 elektrotechnische voorzieningen	306	297	324
1.4 vaste inrichtingen	127	117	131
1.5 terreinvoorzieningen	56	56	55
1.0 BOUWKOSTEN	1.869	1.799	
Correctie toeslagen *)		23	
Vergelijking vergunning en normkosten		1.776	1.881

*) Ten behoeve van de vergelijkbaarheid zijn de kosten van de ingediende en goedgekeurde plannen verlaagd met de niet in de kostennorm opgenomen additionele kosten zoals toeslagen en locatiegebonden kosten.

Uit de vergelijking volgt dat de goedgekeurde bouwkosten 5,5% lager uitkomen dan de normkosten. Daarbij moet wel worden aangetekend dat in de goedgekeurde plannen gemiddeld 8,8% meer vloeroppervlakte wordt gerealiseerd dan de rekenoppervlakte.

¹⁴ Overeenkomstig de beleidsregels ex art. 4 WTZi.



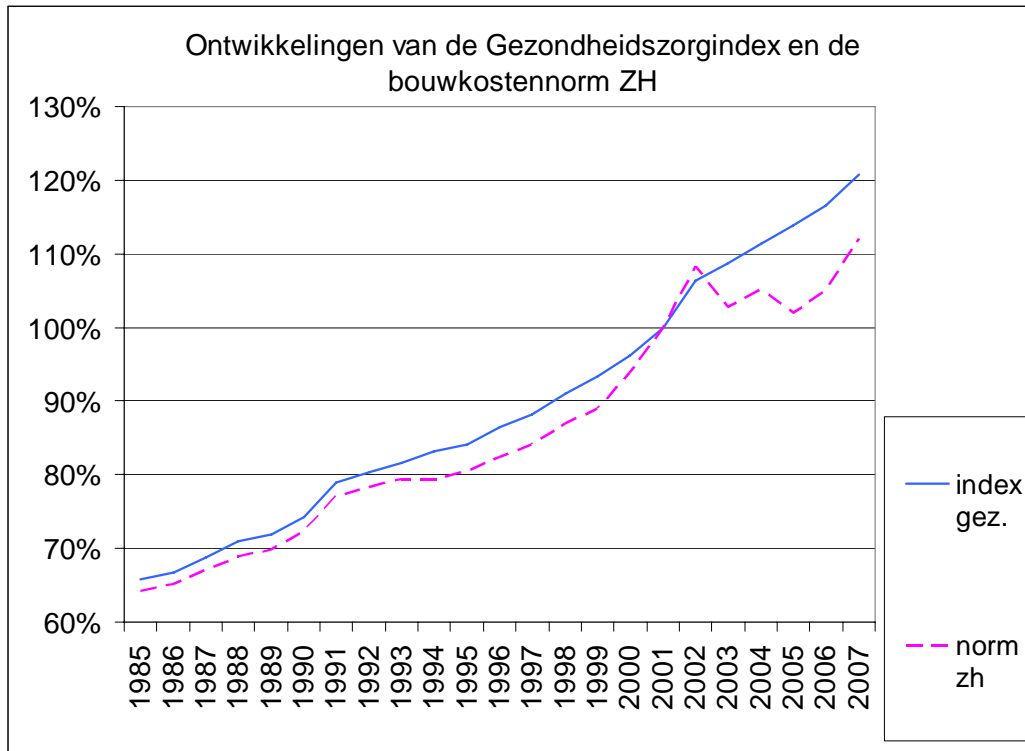
Het verschil tussen de ingediende en de goedgekeurde bouwkosten bedraagt gemiddeld 4%. Dit verschil is met name toe te schrijven aan:

- het niet toekennen van overschrijdingen van de maximale toegestane bouwkosten, indien deze overschrijdingen het gevolg zijn van een grotere vloeroppervlakte dan de rekenoppervlakte;
- kostenverhogende elementen in het ontwerp.

De zeven geanalyseerde ziekenhuizen zijn bij de vergunningverlening beoordeeld tegen de achtergrond van uiteenlopende normkostenniveaus. Twee projecten zijn goedgekeurd op basis van de in de *Bouwkostennota* 2003 vermelde bouwkostennorm voor 'lopende projecten', twee projecten zijn goedgekeurd op basis van de *Bouwkostennota* 2004 vastgestelde bouwkostennorm voor nieuwe aanvragen, één op basis van de *Bouwkostennota* 2006 en twee op basis van de *Bouwkostennota* 2007. Het onderstaande overzicht geeft inzicht in de diverse additionele bijstellingen van de bouwkostennorm voor de sector ziekenhuizen.

Tabel Bijstellingen van de bouwkostennorm (ZH) t.g.v. de ontwikkeling van de bouwmarkt			
(niet cumulatief, inclusief het effect van mogelijk niet toegekende doorrekeningen van de index)			
Bouwkostennota 2000	plus 1,7%		
Bouwkostennota 2001	plus 2,5%		
Bouwkostennota 2002			
Tussentijds (april 2003)	min 4,2%		
		lopende projecten	nieuwe aanvragen
Bouwkostennota 2003		min 1,2%	min 5%
Bouwkostennota 2004		min 2,4%	
Bouwkostennota 2005		min 2,3%	min 5,3%
		beëindigd per 1-12-'05	
Bouwkostennota 2006			
Bouwkostennota 2007	plus 3%		

De op de volgende pagina afgebeelde grafiek geeft de ontwikkeling van de bouwkostennorm ten opzichten van de ontwikkeling van de Gezondheidszorgindex weer.



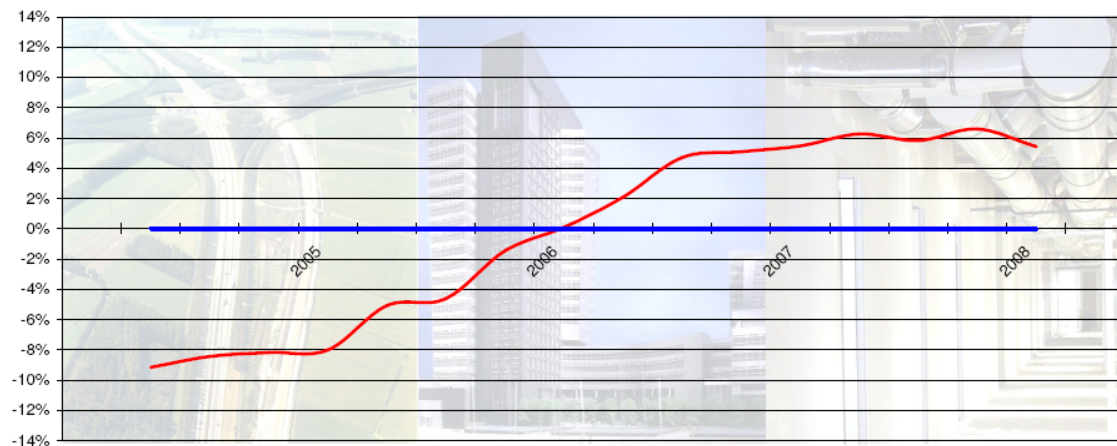
Ontwikkeling van de bouwmarkt

Op basis van de analyse van de goedgekeurde bouwplannen kan worden geconcludeerd dat de in de Bouwkostennota 2007 vastgestelde kostennorm nog lijkt te voldoen. Voorwaarde is daarbij wel dat de feitelijke oppervlakte van het bouwplan en de rekenoppervlakte redelijk met elkaar overeenkomen. Voorgaande constatering staat echter los van de ontwikkelingen van de bouwmarkt en de aanbestedingsresultaten.

In de Bouwkostennota 2008 is de ontwikkeling van de bouwmarkt uitgebreid belicht, onder meer door middel van de BDB Marktindicator©. Volgens deze indicator stijgen de kosten als gevolg van de ontwikkelingen in de markt nog steeds harder dan de BDB-index (0%-as), die de autonome ontwikkeling

BDB MARKTINDICATOR©

Versie: Kwartaal 1 / 2008





van de loonkosten en materiaalprijzen aangeeft. Uit de grafiek van de ontwikkeling van de BDB Marktindicator© blijkt dat deze stijging is afgevlakt en lijkt te gaan dalen.

Uit de voor de *Bouwkostennota* 2008 uitgevoerde analyses volgt dat de aanbesteders in de zorg zich geconfronteerd zien met een verder aangetrokken en een vanuit hun standpunt verder verslechterde bouwmarkt. De omvang van de orderportefeuilles van de uitvoerende bedrijven in de utiliteitsbouw zijn tot recordhoogte gestegen en de interesse voor aanbestedingen is sterk afgenomen. Geselecteerde bedrijven trekken zich tijdens de prijsvorming geregeld terug of blijken in het geheel niet in de uitvoering geïnteresseerd te zijn.

Deze situatie geldt momenteel zeker ook voor de sector ziekenhuizen, waar de schaalgrootte van de bouwplannen en de technische complexiteit door aannemers momenteel als nadelen worden ervaren.

In tegenstelling tot de AWBZ-voorzieningen, waarvan in totaal 34 aanbestedingsresultaten bekend zijn, zijn er het afgelopen jaar vanuit de sector ziekenhuizen nauwelijks aanbestedingsresultaten ter goedkeuring of ter kennisneming aan het Bouwcollege voorgelegd. Voor een deel is dit het gevolg van de verdergaande deregulering en het vervallen van het bouwregime per 1 januari 2008. De voornaamste reden is echter gelegen in het feit dat de aanbestedingen van de grote projecten veelal zwaar tegenvallen en er in diverse gevallen (nog) niet tot opdrachtverlening wordt overgegaan.

Het afgelopen jaar zijn enkele grote aanbestedingen gehouden. Al deze aanbestedingsresultaten hadden vooral voor het bouwkundige deel negatieve, tegenvallende, aanbestedingsresultaten, waarvan de omvang bij sommige zo groot was dat niet tot gunning is overgegaan. Bij enkele grote projecten is uiteindelijk maar één partij als inschrijver overgebleven.

Gezien het gebrek aan interesse bij de uitvoerende bedrijven en de in sommige gevallen extreme prijsvorming is het begrijpelijk dat projecten worden heroverwogen en/of in tijd worden uitgesteld. In deze gevallen kunnen initiatiefnemers zich ook nog nader beraden op de effecten die de wijzigingen in de bekostigingssystematiek zullen hebben op het voorbereide bouwplan.

In de gevallen waar de aanbestedingsresultaten overkomelijk bleken en wel tot opdrachtverlening is overgegaan was sprake van een meer acceptabele, maar nog steeds ten opzichte van de vastgestelde budgetten tegenvallende prijsvorming.

Uit analyse van de beschikbare gegevens van voornoemde projecten volgt een overschrijding als gevolg van de marktwerking met 5%.

Deze overschrijding vertaalt zich met name in een structureel hoger niveau van de zogenoemde 'indirecte bouwkosten' dan we de afgelopen jaren hebben gezien. Onder de indirecte bouwkosten vallen de opslagpercentages voor met name de algemene bouwplaatskosten (ABK), de algemene bedrijfskosten (AK) en het percentage voor winst en risico. De complexiteit en lange looptijden van grootschalige ziekenhuisprojecten hebben een groot effect op het door de aannemer te hanteren risicoprofiel.

Verder blijken de feitelijke ontwikkelingen van loonkosten en materiaalprijzen op onderdelen af te wijken van de gezondheidszorgindex. Zo leidt een gebrek aan onderaannemers tot hogere kostenposten en worden bijvoorbeeld projecten waar naar verhouding veel staal wordt toegepast getroffen door de ontketende staalprijzen.



In steeds meer gevallen passen opdrachtgevers hun aanbestedingsmethode aan de marktsituatie aan. Zo is in Zutphen bijvoorbeeld gewerkt met dialoofasen met uitvoerende partijen en is in Nijmegen aanbesteed op basis van de economisch meest voordelige inschrijving (emvi) met maximale inschrijfsom (ISmax).

De huidige geschetste grote problemen bij de aanbesteding hebben de huidige hoogconjunctuur als achtergrond. De aanbesteders zien zich geconfronteerd met een gebrek aan beschikbare inschrijvings- en uitvoeringscapaciteit en een voor aannemers ruim aanbod aan werk. Wil men toch in deze periode tot aanbesteding overgaan dan zullen partijen waar mogelijk vooraf geconsulteerd moeten worden over hun beschikbare capaciteit.

Het EIB (Economisch Instituut voor de Bouwnijverheid) verwacht overigens voor de komende jaren weer een krimpende bouwmarkt. Hiermee lijken de huidige grote problemen van tijdelijke aard te zijn.

Bepaling Kostenkengetallen bouw ziekenhuizen

Bij de berekening van de kosten van een bouwproject zal ook in de sector ziekenhuizen rekening moeten worden gehouden met de ontwikkeling van loonkosten en materiaalprijzen en zoals geschetst zijn ook ontwikkelingen op de markt van grote invloed.

Voor de kostenkengetallen ligt naast de doorberekening van de stijging van de gezondheidszorgindex (3,6%) ook voor dit jaar een doorberekening van het effect van de marktontwikkelingen in de rede. Uitgaande van de verschillende marktindices (waaronder de BDB Marktindicator®), de tegenvallende aanbestedingsresultaten van drie projecten waar wel tot opdrachtverlening is overgaan en het feit dat momenteel door grote tegenvallers en het geringe aantal inschrijvers soms niet tot gunning kan worden overgegaan, wordt voor de kostenkengetallen rekening gehouden met een 'marktcorrectie' van 5%.

Kijkend naar de huidige markteffecten komt dit percentage wellicht relatief laag voor. Uit de analyse van de plannen volgt dat er binnen het goedgekeurde budget over het algemeen meer oppervlakte wordt gerealiseerd dan de rekenoppervlakte waarop dit budget is gebaseerd. Dit beïnvloedt uiteraard de aanbestedingsresultaten. Het realiseren van een dergelijke overmaat past echter niet meer binnen de nieuwe verantwoordelijkheden voor de ziekenhuizen op het gebied van investeringsbeslissingen. Het Bouwcollege, en vervolgens het Centrum Zorg en Bouw, zal de ontwikkelingen van de bouwkosten van ziekenhuizen ook binnen deze nieuwe context blijven volgen, onderzoeken en publiceren.

De 'kostenkengetallen bouw ziekenhuizen' per 1 januari 2008 kunnen per saldo als volgt worden weergegeven.



Ziekenhuizen

KOSTEN PER M² GEBOUW (inclusief 19% BTW) per 1 januari 2008
(exclusief grondkosten, inventariskosten, rentekosten en startkosten)

		Ziekenhuis
Uitgangspunten voor de berekeningen:		
oppervlakte per bed (bruto)	[m ²]	*
gemiddelde verdiepingshoogte	[m1]	3,75
bouwtijd	[mnd]	30 **
directiekosten		14,0%
rentekosten		n.v.t.
programma- & bestekswijzigingen		2,0% ***
loon- & prijsstijgingen		2,5%
Kosten per m ²		
bruto vloeroppervlak:		
0.0. GRONDKOSTEN		p.m.
1.1. bouwkundige voorzieningen		1.074
1.2. werktuigbouwkundige voorzieningen		415
1.3. elektrotechnische voorzieningen		352
1.4. vaste inrichting		142
1.5. terreinvoorzieningen		60
1.0. BOUWKOSTEN		2.043
2.0. BIJKOMENDE KOSTEN		51
3.0. INVENTARIS		p.m.
4.0. DIRECTIEKOSTEN		286
5.0. RENTE tijdens de BOUW		n.v.t.
6.1. programma- & bestekswijzigingen		48
6.2. loon- & prijsstijgingen		74
7.0. STARTKOSTEN		p.m.
TOTALE INVESTERINGSKOSTEN		2.502

Bij de ontwikkeling van plannen als richtlijn te hanteren parameters:

voorziening:	bouwtijd [mnd]	1.0 bouwkosten [per m ²]	Investeringen [per m ²]
radiotherapeutisch centrum	18	2.464	2.982
revalidatiecentrum	19	1.815	2.199
klinisch astmacentrum	14	1.750	2.109
epilepsiecentrum	16	1.717	2.074

*) afhankelijk van klinische en poliklinische adherentie, zorgzwaarte en leeftijdsopbouw

**) fasering

***) percentage bij budgettair bouwen 4%



Tot slot zijn in de volgende tabel met percentages ten opzichte van bovenstaande kengetallen indicatief de gedifferentieerde richtbedragen per functiegroep aangegeven.

Gedifferentieerde richtbedragen bouwkosten algemeen ziekenhuis (indicatief)	
(hoofd) functiegroep	
Blok A	
Patiëntgebonden voorzieningen (patiënt zelf aanwezig)	
<i>A1 verpleging</i>	
1. algemene verpleging	100%
2. special care	120%
3. kinderverpleging	100%
4. kraamverpleging	100%
5. dagverpleging	100%
<i>A2 onderzoek en behandeling</i>	
1. spreekuurafdeling	90%
2. algemeen orgaanfunctie-onderzoek	110%
3. beeldvormende diagnostiek	120%
4. nucleaire geneeskunde	110%
5. poliklinische behandeling	110%
6. spoedeisende hulp	120%
7. operatieafdeling	160%
8. verlosafdeling	100%
Blok B	
Patiëntgebonden voorzieningen (patiënt niet zelf aanwezig)	
1. centrale sterilisatie	135%
2. apotheek	105%
3. laboratorium klinische chemie	105%
4. laboratorium medische microbiologie	105%
5. laboratorium klinische pathologie	105%
Blok C	
Faciliterende functies (niet-patiëntgebonden) voorzieningen	
<i>C1 verzorgende functies</i>	
1. gemeenschapsruimten	90%
2. maatschappijvoorzieningen	90%
3. centrale stafaccommodatie	75%
4. beschikbaarheidsdienst	75%
5. beddencentrale	75%
6. linnenverzorging	80%
7. personeelsgarderobe	80%
8. personeelsrestaurant en -recreatie	90%
9. centrale keuken	145%
10. centraal magazijn	70%
11. huishoudelijke dienst	75%
12. werkplaatsen technische dienst	75%
<i>C2 beheer en staf</i>	
1. bestuur en directie	75%
2. administratie	75%
3. archief	70%
4. centrale medische administratie	75%
5. opleiding personeel	75%