

# HANDREIKING KENGETALLEN BENCHMARK ZORGVASTGOED BOUWKOSTENNOTA 2014



# HANDREIKING KENGETALLEN BENCHMARK ZORGVASTGOED BOUWKOSTENNOTA 2014



**Adviescentrum  
voor Zorghuisvesting**

## COLOFON

### Auteurs

Leo Mimpfen en Theo Staats

### Co-auteurs

Harry van der Aalst, Fred Bisschop, Omer Jellema, Wim Meijer, Jan Pleunis en Henk Vermaas.

### Vormgeving en opmaak

Twin Media BV, Culemborg

### Afbeeldingen

Omslagfoto's zijn aangeleverd door cepezed interieur en EGM architecten.

Met dank aan Cure+Care consultancy, EGM architecten, Deerns Nederland en ZRi voor het beschikbaar stellen van afbeeldingen en illustraties.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze publicatie mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van Stichting Adviescentrum voor Zorghuisvesting (AcvZ), ©AcvZ 2013.

November 2013

ISBN 9789491141126

### Disclaimer

De Handreiking Kengetallen Benchmark Zorgvastgoed Bouwkostennota 2014 is op zorgvuldige wijze en naar beste weten samengesteld; evenwel kunnen de makers van de publicatie op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie. De makers aanvaarden dan ook geen enkele aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die het gevolg is van handelingen en/of beslissingen die gebaseerd zijn op bedoelde informatie. Gebruikers van deze Handreiking wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar de getallen te interpreteren en te vertalen naar het gewenste project. Toetsing van de gebruikte informatie door professionals wordt aangeraden.

# VOORWOORD

Voor u ligt een Handreiking, beschikbaar bij de realisatie van zorgvastgoed. De Handreiking is bedoeld voor opdrachtgevers, adviseurs, bouwers en toezichhouders bij de beoordeling van de gewenste kwaliteit en kosten van te realiseren zorggebouwen.

Voorheen kenden we de Bouwkostennota's van het Bouwcollege, waarin werd vastgelegd aan welke randvoorwaarden zorggebouwen moesten voldoen ten einde op een maatschappelijk verantwoorde wijze huisvesting te mogen bieden aan patiënten en kwetsbare burgers aangewezen op de Zorgwet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Wijzigingen in het regelstelsel hebben ertoe geleid dat de volledige verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en continuïteit van de zorggebouwen thans ligt bij de zorgorganisatie en soms bij de cliënt zelf. In het verlengde daarvan is het Bouwcollege opgeheven. Een strak toetsingskader past niet langer in het nieuwe systeem. Instellingen dienen op basis van preferenties van cliënten en individueel verschillende omstandigheden een eigen vastgoedbeleid te ontwikkelen. De vraag die zich vervolgens aandient is of de nieuwe situatie voldoende houvast biedt aan de actoren in het maatschappelijk veld bij hun rol om de kwaliteit en functionaliteit van zorgvastgoed te beoordelen.

Van interne toezichthouders wordt in toenemende mate gevraagd scherper toe te zien bij majeure investeringsbeslissingen. Financiers willen kunnen beoordelen in hoeverre grote investeringen ook op de langere termijn de zorgvraag kunnen dragen en zoeken naar zekerheden daarvoor.

Dit type vragen hebben geleid tot het initiatief een eerste poging te wagen om een nieuw referentiekader op te stellen in de vorm van deze Handreiking. Dit kader is een vervolg op de Bouwkostennota's van weleer en bevat dus in feite een actualisatie van eerder gehanteerde getallen en berekeningen.

De Handreiking beoogt de meest relevante trends en ontwikkelingen uit het recente verleden te verwerken in geactualiseerde kengetallen ten behoeve van besluitvorming over projecten. Dit document probeert in zijn huidige opzet dus niet voorspellingen te doen over de toekomst van de zorgbouw. De focus ligt op het geven van bruikbare gegevens over bouwkosten en vloeroppervlakte.

Dit gestructureerde kader heeft als doel een basis te bieden voor de keuzes die instellingen zelf maken in termen van kwaliteit en kosten van hun eigen bouwprojecten. Het is bedoeld om de besluitvorming hierover te faciliteren door het beschikbaar stellen van gestandaardiseerde informatie. Het leidt dus niet tot standaardprojecten maar maakt de differentiatie transparant.

Wel willen wij met het uitbrengen van dit document ook een startsein geven voor een brede consultatie van de deskundigheid in het veld voor een gezamenlijke verdere zoektocht naar creatieve gedachten en concepten m.b.t. het zorgvastgoed van de toekomst. Die zoektocht gaan we binnenkort vervolgen met nieuw cijfermateriaal en ook met het uitschrijven van een prijsvraag, waaraan bijvoorbeeld leerlingen van technasia kunnen deelnemen. Het lijkt ons boeiend om de gebruikers van het zorgvastgoed van de toekomst aan zet te zien. Kwaliteit begint met het ontlocken van een visie bij de gebruiker van de toekomst.

We vertrouwen erop dat dit document ook voor u bijdraagt aan het samenbrengen van oude en nieuwe kwaliteit.

Zo nodig zijn wij graag bereid u nader te informeren.

Jan van der Kruis  
Voorzitter Stichting Adviescentrum voor Zorghuisvesting



# INHOUDSOPGAVE

		Pag.
<b>1</b>	<b>Samenvatting</b>	7
	<b>Inleiding</b>	9
<b>2</b>	<b>Recente beleidsontwikkelingen zorg in relatie tot vastgoed</b>	11
<b>2.1</b>	Cure: Ziekenhuizen	12
<b>2.2</b>	Care: AWBZ	17
<b>2.2.1</b>	Ouderenzorg	22
<b>2.2.2</b>	Gehandicaptenzorg	23
<b>2.2.3</b>	Geestelijke Gezondheidszorg	24
<b>3</b>	<b>Gebouwtypologie zorgvastgoed</b>	25
<b>3.1</b>	Cure	26
<b>3.2</b>	Care	28
<b>4</b>	<b>Kengetallen vloeroppervlakte</b>	33
<b>4.1</b>	Cure	34
<b>4.1.1</b>	Kengetallen vloeroppervlakte tot opheffing bouwregime	34
<b>4.1.2</b>	Naar geactualiseerde kengetallen vloeroppervlakte	36
<b>4.2</b>	Care	37



<b>5</b>	<b>Bouwkostenindex en aanbesteden</b>	43
<b>5.1</b>	Actuele bouwkostenindexen	44
<b>5.2</b>	Forecast bouwmarkt	45
<b>5.3</b>	Aanbestedingsvormen	48
<b>5.4</b>	Aanbestedingsresultaten	48
<b>6</b>	<b>Geactualiseerde kengetallen bouw- en investeringskosten</b>	51
<b>6.1</b>	Kengetallen Bouwkosten Cure	53
<b>6.2</b>	Kengetallen Bouwkosten Care	57
<b>6.3</b>	Kengetallen investeringskosten Cure en Care	60
<b>7</b>	<b>Tenslotte</b>	63
	Bijlage 1 Investeringsen en financiering kapitaallasten via zorgproductie	64
	Bijlage 2 Demarcatielijst	69

# SAMENVATTING

De Handreiking Kengetallen Bouwkostennota 2014 is uitgebracht in opdracht van de Stichting Adviescentrum voor Zorghuisvesting (AcvZ) te Bilthoven, een onafhankelijk samenwerkingsverband betrokken bij de zorgbouw en zorghuisvesting.

Dit document bevat een actualisatie van de informatie die voorheen verschaft werd in de Bouwkostennota's van het Bouwcollege. Definities, bedragen, rubricering, etc. hebben evenwel thans geen normerend karakter meer. Het zijn gestandaardiseerde gegevens, die beschikbaar worden gesteld om instellingen zelf in staat te stellen eigen keuzes te maken.

Met de verschillende stelselwijzigingen is de behoefte aan specifieke voor gezondheidsgebouwen ontwikkelde kengetallen bouwkosten niet verminderd. Met name niet omdat het kwaliteitsniveau dat ten grondslag lag aan de Bouwkostennota's nog steeds als actueel wordt beschouwd. Voor het opstellen van business cases en voor het aansturen en begeleiden van een bouwopgave blijken zowel opdrachtgevers, financiers als adviseurs grote waarde te hechten aan goede, betrouwbare kostenreferenties. In de Handreiking wordt eerst een samenvatting gegeven van recente relevante beleidsontwikkelingen ten aanzien van het investeren in zorggebouwen. Voor de Cure wordt een toenemende differentiatie in gebouwen gememoreerd als gevolg van combinatie van samenwerking, specialisatie en taakverdeling. Het aantal ziekenhuizen neemt af, het aantal locaties niet. Voortschrijdende technologische ontwikkelingen verhogen de kostprijs per m<sup>2</sup>; het benodigd vloeroppervlak kent per functie veel interne verschuivingen; het totaal vloeroppervlak kan per saldo gelijk blijven met uitzondering van de bruto/nuttig verhouding. Hier wordt in de Handreiking een verhoging naar 1,7 à 1,8 aangegeven.

Wat betreft de Care worden twee ingrijpende beleidsvoornemens aan de orde gesteld, te weten de beperking van de aanspraken van cliënten (AWBZ volume) en de invoering van het scheiden van wonen en zorg. Tezamen zullen deze voornemens leiden tot een drastische herziening van het gebouwenbestand. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat dit geen consequenties heeft voor het benodigd vloeroppervlak voor de verschillende zorgtypes en evenmin voor het kostenniveau. Wel zal er een verschuiving optreden naar meer courante gebouwen.

De Handreiking is uitgegaan van het kwaliteitsniveau zoals dat vastgelegd was in het voormalige bouwregime. Dat betekent dat voor wat betreft de vloeroppervlakte de prestatie-eisen worden





gehanteerd zoals die ten tijde van het bouwregime golden. Voor de Care hebben deze prestatie-eisen ook ten grondslag gelegen aan de Normatieve HuisvestingsComponenten.

De Handreiking richt zich uiteraard in het bijzonder op de ontwikkelingen in de bouwkosten per m<sup>2</sup>. Hierover verschaft dit document de volgende informatie. Op de eerste plaats is ervoor gekozen de tot 2008 gehanteerde specifieke Gezondheidszorgindex te verlaten en over te gaan naar een combinatie van in de bouwpraktijk gangbare en toegankelijke indexen van het Bureau Documentatie Bouwwezen. Om het gebruik van deze indexen mogelijk te maken is tevens een gewijzigde rubricering van gebouwtypes opgesteld. Voor de Cure is daarbij aangesloten bij het zogenaamde schillenmodel van het Bouwcollege (hot floor, hotel, kantoor, fabriek); voor de Care wordt een indeling in specifieke bouw (woongebouwen), generieke bouw (groeps- en individueel wonen), kantoor en activiteitencentrum geïntroduceerd. Alle functies van gebouwen in Cure en Care zijn in deze typologie ondergebracht inclusief specifieke indicaties van de verschillende kostenniveaus.

De toepassing van de indexen kent vervolgens eerst een herberekening naar het niveau van 1 januari 2011 en vervolgens een prijsstijging tot 1 juli 2013. De indexen variëren daarbij van 2,68% bij Cure tot 2,92% in de Care.

De betreffende bedragen, nader gespecificeerd naar een onderverdeling van bouwkosten (bouwkundige werken, W-installaties, E-installaties, vaste inrichting, terreinkosten) zijn in tabellen aangegeven. Anders dan in de Care sector, waar zich naast de algemene prijsstijging (indexatie) geen specifieke stijging voordoet, veroorzaken diverse ontwikkelingen in de Cure wel een opwaartse druk op het kostenniveau. Deze ontwikkelingen zijn zowel medisch inhoudelijk als technologisch en resulteren in een verschuiving naar duurdere m<sup>2</sup>'s. De Handreiking raamt dit effect op 3% extra boven de algemene prijsontwikkeling. Verder doet zich in de Cure ook een verschuiving voor van minder bouwkundige werken naar een toename van werktuigbouw en elektrotechniek.

Aanbestedingsresultaten wijken uiteraard af van de bovenstaande prijsniveaus. Naast incidentele omstandigheden van ontwerp en locatie is hier vooral de bouwmarkt van invloed. Na de grote overschrijdingen in het begin van deze eeuw liggen de aanbestedingen nu substantieel beneden het structurele prijsniveau. De resultaten lijken zich vanaf 2012 te stabiliseren.

Afsluitend bevat de Handreiking voorts gegevens over de overige investeringskosten, de demarcatielijsten van vaste inrichting, medische inventaris en overige inventaris en over de overgangsregelingen bij de wijziging van het kapitaallastenregime.



# 1

## INLEIDING

De publicatie Handreiking kengetallen Bouwkostennota 2014 Benchmark Zorgvastgoed reikt enkele uitgangspunten aan die van belang zijn bij belangrijke investeringsbeslissingen. Het betreft de verschillende gebouwtypen, de oppervlakte per voorziening/plaats en de bouwkosten per m<sup>2</sup>.

Het is op basis van de productie goed mogelijk uit te rekenen hoeveel er geïnvesteerd kan en moet worden.

Maar er is ook behoefte aan antwoorden op vragen als welke gebouwtypen lenen zich voor de verschillende vormen van zorghuisvesting? Hoeveel oppervlakte heeft een voorziening nodig? Wat zijn de kosten per m<sup>2</sup>? Op basis van kengetallen voor deze uitgangspunten kan worden beoordeeld of een investering in verhouding staat tot de kapitaalopbrengst van de productie.

Voor het opstellen van business cases en voor het aansturen en begeleiden van een bouwopgave blijken zowel opdrachtgevers, financiers als adviseurs grote waarde te hechten aan structurele en betrouwbare kostenreferenties.

Met deze Handreiking wordt hier invulling aan gegeven.

De Handreiking is samengesteld door Leo Mimpfen en Theo Staats in opdracht van en onder verantwoordelijkheid van AcvZ.

De presentatie van de Handreiking in brochurevorm is ondersteund door Cure + Care consultancy, EGM architecten BV, Deerns Nederland BV en Van Zanten Raadgevende Ingenieurs (ZRI). Deze partners hebben ook inhoudelijke bijdragen geleverd over actuele bouwprojecten in de zorg.



Jeroen Bosch Ziekenhuis,  
Den Bosch; EGM,  
Deerns, ZRi



# 2

## RECENTE BELEIDSONTWIKKELINGEN ZORG IN RELATIE TOT VASTGOED

Door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is zowel in de Cure als in de Care een bekostigingssysteem geïntroduceerd waarbij de kapitaallasten moeten worden terugverdiend via de prijzen van de producten. Onder Cure wordt in deze Handreiking verstaan de ziekenhuissector (algemene, categorale en academische ziekenhuizen) alsmede de zorghotels en de Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's). Tot de Care wordt in deze Handreiking naast de ouderenzorg (Verpleging en Verzorging, V&V) en de gehandicaptenzorg (GHZ) de gehele geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gerekend, ook die onderdelen die formeel onder de curatieve sector vallen en de onderdelen die als forensische zorg worden beschouwd. Ook de reactivering in de ouderenzorg waarvoor plannen bestaan om die onder de Cure te brengen wordt in deze Handreiking tot de Care gerekend.

Voor de Cure, de ziekenhuizen, zijn geen Normatieve Huisvestings-Componenten (NHC's) per product vastgesteld. Er bestaat wel een garantieregeling voor de historische kapitaallasten. Deze garantie loopt jaarlijks in omvang af en wordt ultimo 2016 beëindigd (zie Bijlage 1).

Voor de Care zijn per product (ZZP, DBC en DBBC) prijzen vastgesteld waarin ook de kapitaallasten zijn opgenomen via een NHC. Deze NHC is afgestemd op de prestatie-eisen (oppervlaktenormering en kostenormering) zoals die golden ten tijde van het de afschaffing van het bouwregime. In feite is derhalve het kwaliteitsniveau uit de tijd van het bouwregime ook bij de NHC's toegepast. Uiteraard is ook rekening gehouden met de kostenontwikkelingen na 1 januari 2009. In de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is voorts een afbouw van de gegarandeerde nacalculatie naar een systeem van financiering van de kapitaallasten via productprijzen opgenomen. Voor de Care loopt de garantieregeling tot en met 2017. In bijlage 1 wordt meer uitgebreid ingegaan op de relatie tussen de kapitaallasten en de financiering hiervan via de productie en prijsvorming.

De systeemwijziging die op het punt van de bouw in de zorg heeft plaatsgevonden heeft er ook toe geleid dat de kwaliteitseisen die ten tijde van het bouwregime golden formeel zijn komen te vervallen. Aanvankelijk was het de bedoeling dat (een deel van) deze kwaliteitseisen, die nog belangrijk werden geacht, via een systeem van zogenaamde veldnormen op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen zouden worden geherformuleerd. Geconstateerd kan worden dat dit er in de praktijk nauwelijks van gekomen is.

Ook voor de komende periode wordt door het Kabinet en zorgpartijen voorzien in een aantal beleidswijzigingen welke relevant zijn voor de gezondheidszorgbouw. Hierop wordt in de volgende paragrafen kort ingegaan.

## **2.1 CURE: ZIEKENHUIZEN**

Aan de specialistische zorg worden steeds hogere kwaliteitseisen gesteld. Specialisten in ziekenhuizen moeten een minimum aantal cliënten (patiënten) per ziektebeeld behandelen. Dit leidt tot een concentratie van complexe behandelingen bij een beperkt aantal ziekenhuizen. De zorginhoudelijke verschillen tussen de topklinische (algemene) ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen worden daardoor kleiner. Recent zien we dat ook terug in de fusies tussen ziekenhuizen, die erop gericht zijn om te voldoen aan kwaliteitseisen voor de hoogcomplexiteit zorg.

Hoewel het aantal zelfstandige ziekenhuizen gestaag daalt door fusies en samenwerkingen, heeft dit nauwelijks gevolgen voor het aantal ziekenhuislocaties waar zorg wordt aangeboden. Dit blijkt uit jaarlijks onderzoek van KPMG Gezondheidszorg<sup>1</sup> onder bestuurders van Nederlandse ziekenhuizen. Nederlandse ziekenhuizen gaan steeds vaker een samenwerkingsverband of fusie aan met andere ziekenhuizen. Sinds 2009 is het aantal zelfstandige ziekenhuizen met zo'n 8 procent gedaald tot 107, terwijl op bijna 300 locaties ziekenhuiszorg wordt aangeboden. In het KPMG-rapport staat de voorspelling dat de fusiegolf in ziekenhuisland nog niet ten einde is. Op basis van de thans beschikbare informatie, is het aannemelijk dat het aantal ziekenhuisorganisaties verder wordt gereduceerd tot minder dan 90. Dat het aantal zorglocaties geen gelijke tred houdt met de vermindering van het aantal zelfstandige ziekenhuizen

<sup>1</sup> Wie doet het met wie in de zorg, KPMG Plexus juni 2013

heeft te maken met de aard van de samenwerking. Wanneer sprake is van bestuurlijke samenwerking, worden de verschillende ziekenhuislocaties in het algemeen aangehouden, zij het met een gewijzigd profiel. We zien nu de urgentie ontstaan om scherpere keuzes te maken in 'welke zorg waar wordt aangeboden' in de gefuseerde samenstelling. Anderzijds vervaagt voor de meer eenvoudige laag-complexe acute zorg en de chronische zorg het onderscheid tussen ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg en specifieke preventie. Dit kan leiden tot een verdere spreiding van deze vorm van zorg via zogenoemde anderhalvelijnscentra.

De toenemende vergrijzing en ontgroening zullen een grote impact hebben op de omvang en het type zorgvraag. Immers, in de periode tot 2040 zal de Nederlandse bevolking maar beperkt (5%) groeien. Het aantal ouderen (65+) neemt in dezelfde periode echter toe met ca. 75%. En het zijn juist de ouderen die de grootste zorgvraag hebben.

Daarnaast kunnen door technologische ontwikkelingen straks cliënten behandeld worden, voor wie momenteel nog geen mogelijkheden bestaan. Ook verandert de zorgvraag: er komen steeds meer chronisch zieken, die bovendien vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben.

Uit een promotieonderzoek<sup>2</sup> van David Ikkersheim, associate director bij KPMG Plexus, blijkt dat sinds de introductie van het nieuwe zorgstelsel in 2006 voor de gehele ziekenhuissector de efficiency is toegenomen, de kwaliteit is verbeterd en de wachttijd is verkort. Daarentegen zijn de totale kosten fors gestegen doordat het aantal behandelingen bij de specialist is toegenomen.

Hij toont in zijn onderzoek verder aan dat ziekenhuizen die bloot staan aan veel concurrentie beter presteren volgens patiënten; de patiëntervaringen in deze ziekenhuizen zijn beter. Verder blijkt dat ziekenhuizen die gedwongen werden de ervaringen van patiënten over hun prestaties online te zetten, zichzelf sneller verbeteren dan ziekenhuizen die deze ervaringen niet openbaar maken.

Ikkersheim onderzocht ook wat toekomstige strategieën moeten zijn om de zorg betaalbaar te houden en de kwaliteit te verbeteren. Hieruit blijkt dat in de toekomst twee zaken essentieel zijn. Ten eerste het openbaar maken van vergelijkbare uitkomsten van zorg, bijvoorbeeld de overlevingscijfers bij kanker en dit waar nodig afdwingen door zorgverzekeraars en de overheid. Ten tweede het anders inrichten van het ziekenhuislandschap: meer gespecialiseerde centra, centers of excellence, die via hogere volumes (meer patiënten per jaar) topkwaliteit van zorg efficiënter leveren. Dit betekent niet automatisch fuseren van instellingen maar vooral het opbouwen van een specialiteit per ziekenhuis.

In het Regeerakkoord<sup>3</sup> was opgenomen dat na 2014 het hoofdlijnenakkoord uit 2011 wordt voortgezet met instellingen voor medisch specialistische zorg, vrijgevestigde medisch specialisten, huisartsen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Daarbij wordt de kostenstijging verder verlaagd van 2,5 naar 2 procent.

<sup>2</sup> The Dutch Health System Reform: Creating Value (2013)

<sup>3</sup> Bruggen Slaan 29 oktober 2012





Meander Medisch  
Centrum, Amersfoort;  
Atelier Pro  
Cure+Care consultancy



Concentratie van voorzieningen zorgt volgens het Regeerakkoord vaak voor een hogere kwaliteit tegen lagere kosten. Verzekeraars zijn er volgens het Kabinet verantwoordelijk voor dat dit doel bereikt wordt, door selectiever te contracteren op basis van heldere kwaliteitscriteria.

Het naast elkaar bestaan van verschillend gefinancierde spoedeisende hulpdiensten (SEH's) en huisartsenposten (HAP's) zorgt volgens het Regeerakkoord voor volumeprijken die bijdragen aan overbehandeling en verspilling. Om dit tegen te gaan wordt door het Kabinet de ingezette beweging richting concentratie en specialisatie van SEH's voortgezet en zullen deze worden geïntegreerd met de HAP's. Met verzekeraars sloot VWS een convenant af gericht op concentratie van acute zorg, omdat dit leidt tot hogere kwaliteit van zorg. Ook de topreferente zorg die op dit moment door academische ziekenhuizen wordt verleend, wordt geconcentreerd. De verzekeraars lijken dit beleid eveneens voor te staan, getuige de steeds verdergaande inspanningen tot selectieve contractering.

In juli 2013 heeft Minister Schippers van VWS<sup>4</sup> een nieuw zorgakkoord gesloten met ziekenhuizen, medisch specialisten, de geestelijke gezondheidszorg, huisartsen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Het groeipercentage van de zorguitgaven wordt teruggebracht tot 1,5 procent in 2014 en 1 procent per jaar van 2015 tot en met 2017. Voor alle sectoren geldt voor 2014 een basisgroei van 1,5 procent, en voor 2015 tot en met 2017 1 procent per jaar. Voor huisartsen geldt dat ze daarbovenop 1 procent in 2014 en 1,5 procent in 2015-2017 krijgen (totaal dus een groei van 2,5 procent) als zij aantoonbaar zorg uit de tweede lijn opvangen en voorkomen dat mensen naar die duurdere tweede lijn worden doorverwezen. Dit moet een extra besparing van ongeveer 1 miljard euro opleveren.

Overigens blijven de eerder gemaakte afspraken in het kader van het op 5 juli 2011 door VWS, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) getekende bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 nog van kracht.<sup>5</sup> Het betreft o.a. de volgende maatregelen:

- zorgverzekeraars zullen de selectieve inkoop van zorg sterk uitbreiden en gaan contracteren op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik;
- zorgaanbieders en verzekeraars zullen spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties bewerkstelligen daar waar dit vanuit kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is;
- zorgaanbieders en verzekeraars substitueren tussen de verschillende echelons op basis van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie;
- overbodig geworden ziekenhuiscapaciteit wordt afgebouwd.

Het zorglandschap verandert. De praktijk toont aan dat met name aan de selectieve inkoop aandacht wordt besteed, hetgeen tevens bijdraagt tot de recent geconstateerde beperking van de volumeontwikkeling.

<sup>4</sup> Kamerbrief over Onderhandelarsresultaten beperking uitgavengroei curatieve zorg, VWS 16 juli 2013

<sup>5</sup> Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012 – 2015, 5 juli 2011

De Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ)<sup>6</sup> schetste in het adviesrapport 'Medisch-specialistische zorg in 20/20' een beeld van het zorglandschap in 2020. Kern van het advies is 'zorg dichtbij als het kan en ver weg als het moet'. Dat leidt tot deconcentratie (spreiding) van relatief eenvoudige, veelvoorkomende zorg en concentratie van complexe en acute zorg in een beperkt aantal ziekenhuizen. Er ontstaan zorgnetwerken, waarin verschillende zorgprofessionals samenwerken, onderling en met hun cliënten, om integrale zorg te kunnen bieden. Dit betekent dat er altijd een gezondheidscentrum dicht bij de burger moet zijn, dat 24/7 (uren/dagen) geopend is. In deze centra vindt coördinatie van de gehele keten van verpleging, verzorging en chronische ziekenzorg plaats. Ook maken de poliklinische voorzieningen deel uit van deze centra. Medische vervolgoorzorg met specifieke indicatiegebieden, zoals een kliniek waar heupen worden vervangen, zijn gekoppeld aan de gezondheidscentra. Ziekenhuizen bieden dus niet meer alle medisch-specialistische functies aan, maar vormen onderdeel van een zorgnetwerk waar ook een universitair of een topklinisch ziekenhuis deel van uitmaakt. Minister Schippers van VWS heeft het advies van de RVZ in belangrijke mate onderschreven. Ook de huidige Kabinetsplannen lijken deze ingeslagen weg te vervolgen.

Het hierboven geschetste beeld van de beleidsontwikkelingen in de Cure laat zien dat verwacht mag worden dat er meer differentiatie zal optreden in de ziekenhuisgebouwen: niet langer 'one size fits all' maar een toenemende verscheidenheid per locatie. Lokale of bovenregionale samenwerking, outsourcing maar ook integratie met eerste lijn en Care zullen leiden tot verschillende bouwtypes. Tegelijkertijd kan verondersteld worden dat het toekomstig gebruik zal leiden tot meer kapitaalintensievere gebouwen.

## 2.2 CARE: AWBZ

Al vanaf 2009 speelt het thema scheiden van wonen en zorg een belangrijke rol in de politieke discussies. In een brief aan de Tweede Kamer gaven de toenmalige Staatssecretaris van VWS en de Minister van Wonen, Wijken en Integratie (WWI) toen reeds aan dat het niet meer de vraag was of wonen en zorg in de langdurige zorg zouden worden gescheiden, maar op welke manier en langs welk tijdspad<sup>7</sup>. In het Regeerakkoord van CDA en VVD van 2010<sup>8</sup> was dit ook opgenomen, overigens zonder dat er concrete maatregelen werden gepresenteerd. Pas in de programmabrief langdurige zorg<sup>9</sup> wordt dit wat nader ingevuld. Op dat moment werd getracht om per 1 januari 2014 te starten met het scheiden van wonen en zorg in de ouderenzorg voor de lichtere Zorgzwaartepakketten (ZZP's). Een jaar later, in september 2012, wordt het beleid verder inhoud gegeven. Dan blijkt dat er reeds per 1 januari 2013 voor nieuwe cliënten wijzigingen gaan optreden. Het betreft de lichtste twee ZZP's. Het scheiden van wonen en zorg wordt daarbij niet meer beperkt tot de ouderenzorg maar heeft ook consequenties voor de GHZ en de GGZ.

<sup>6</sup> Medisch specialistische zorg in 20/20, 27 oktober 2011 RVZ

<sup>7</sup> Brief toekomst AWBZ, 26 juni 2009

<sup>8</sup> Regeerakkoord VVD-CDA 30 september 2010

<sup>9</sup> Programmabrief langdurige zorg 1 juni 2011





Woonzorgcentrum  
Oosterheem,  
Oosterhout; EGM

Deze lijn wordt voortgezet in het Regeerakkoord van VVD en PvdA. Gesteld wordt dat de AWBZ zal worden omgevormd tot een nieuwe landelijke voorziening waarin de intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg (vanaf ZZZ 5) landelijk wordt georganiseerd met een budgetgrens middels de contracteerruimte. Verder worden gemeenten volgens het Regeerakkoord geheel verantwoordelijk (vanaf 2015) voor de activiteiten op het gebied van ondersteuning, begeleiding en verzorging. Dit wordt wettelijk onderbouwd door een uitbreiding van het compensatiebeginsel in de WMO. Circa 75% van het budget wordt naar gemeenten overgeheveld. De huidige regelingen AWBZ en Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ondergaan een transitie. Overigens wordt op dit moment gezinspeeld op het onderbrengen van de verzorging onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). De extramurale verpleging en intramurale GGZ gaan in ieder geval naar de Zvw. Het kabinet wil de AWBZ omvormen tot een landelijke voorziening voor de intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg. De extramurale AWBZ vervalt in 2015. Voor extramurale dagbesteding is er afgesproken dat ook deze in 2015 volledig naar gemeenten overgaat. Nieuwe cliënten kunnen vanaf 2014 geen aanspraak meer maken op AWBZ-begeleiding voor dagbesteding. Voor hen komt er een overgangsregeling. Bestaande indicaties lopen in 2014 nog door. Voor persoonlijke verzorging vervalt per 2014 het recht op zorg bij een indicatie korter dan 6 maanden en wordt de norm voor gebruikelijke zorg van 60 naar 90 minuten verhoogd. De aanspraken worden dus beperkt, de dienstverlening wordt versoepeld en meer gericht op waar ze het meest nodig is en gaat vallen onder de WMO. De aanspraken op huishoudelijke hulp worden vervangen door een maatwerkvoorziening voor degenen die niet zonder kunnen en het niet uit eigen middelen kunnen betalen.

Op 25 april 2013 heeft het Kabinet de concrete uitwerking van het Regeerakkoord aan de Tweede Kamer aangeboden<sup>10</sup>. Voor wat betreft de zorggebouwen zijn de volgende elementen van belang:

- langer thuis wonen is niet voor iedereen met een zorgzwaartepakket 3 en 4 mogelijk. Ten opzichte van het Regeerakkoord kunnen meer mensen vanaf 2015 in een instelling verblijven;
- het op behandeling gerichte verblijf in een GGZ-instelling wordt in de Zvw ondergebracht. Het begeleid wonen dat gericht is op participatie vindt het de regering meer passen binnen het gemeentelijke domein.

Voor instellingen is het problematisch dat de overheid (nog) geen overgangsregime heeft ingericht om in de gevolgen van de bovenvermelde beleidswijzigingen voor de kapitaallasten van zorginstellingen te voorzien. Het lijkt er op dat dit probleem uitsluitend voor rekening zal komen van de instellingen en niet (gedeeltelijk) kan worden opgelost via de overheid. In de Nota Hervorming langdurige zorg en ondersteuning wordt namelijk gemeld dat het langer thuis wonen van mensen voor een aantal instellingen kan betekenen dat men te maken kan krijgen met leegstand. Zorginstellingen kunnen eventueel een deel van hun gebouw dat niet meer wordt gebruikt, verhuren. Naast het leveren van zorg aan cliënten die extramurale zorg krijgen (gecombineerd met het verhuren van woonruimtes) kunnen de zorginstellingen zich ook richten op het leveren van zorg aan de zwaardere doelgroepen (de doelgroepen die in de kern-AWBZ terechtkomen). De brancheorganisaties van zorgaanbieders hebben gewezen op boekwaardeproblematiek als gevolg van het langer thuis wonen. De boekwaarde van de gebouwen moet

<sup>10</sup> Hervorming langdurige zorg en ondersteuning, 25 april 2013

mogelijk worden afgewaardeerd doordat de inkomsten bij huur wellicht lager zijn dan de vergoeding van de kapitaallasten die instellingen op dit moment krijgen.

Niet alle zorginstellingen kunnen zich eenvoudig aanpassen aan een geleidelijk afnemend beroep op hun intramurale zorgaanbod. De Staatssecretaris is van mening dat instellingen voldoende tijd hebben om het beleid van de zorginstelling, soms ingrijpend, te wijzigen. Soms worden de financiële vermogens van instellingen, die de afgelopen jaren gemiddeld zijn gestegen, als noodzakelijke buffer ingezet voor de financiële consequenties van bijvoorbeeld het afwaarderen van de boekwaarde van gebouwen. In een aantal gevallen draagt sluiting van gebouwen die niet meer voldoen aan de eisen van de huidige tijd, volgens de Staatssecretaris ook bij aan verhoging van de kwaliteit.

Bovenvermelde ontwikkelingen zullen er de komende jaren toe leiden dat er in de intramurale zorg grote veranderingen gaan optreden. Met deze problemen zal strategisch moeten worden omgegaan. Dit blijkt ook uit de recente themavisie van de ING<sup>11</sup> over de ouderenzorg. De vermindering van capaciteit vraagt volgens de ING om een strategische heroriëntatie. Daarbij worden 4 scenario's geschetst, instellingen gaan zich richten op:

- de populatie die niet onder scheiden van wonen en zorg valt;
- het verhuren van zorgappartementen en het gaan verlenen van extramurale zorg;
- het reorganiseren van de vastgoedportefeuille en het uitbreiden van de thuiszorgcapaciteit;
- het alternatief inzetten van het vastgoed met als einddoel afstoting.

Dit zijn logische scenario's die de komende jaren voor bestuurders actueel worden en om een oplossing vragen. Oplossingen zullen uiteraard afhankelijk zijn van de lokale/regionale situatie. Ook andere scenario's dan de bovengenoemde of combinaties van de scenario's zijn overigens mogelijk. De keuze zal moeten worden gebaseerd op de zorgvraag, de mogelijkheden van de zorghuisvesting, de acties van de concurrentie, de personele gevolgen en uiteraard de financiële mogelijkheden. Er zitten uiteraard ook verschillende risico's aan de scenario's. Deze zullen bij beleidsbeslissingen meegewogen moeten worden. Bestuurders zullen hier op een creatieve manier mee om moeten gaan. Niets doen is geen optie.

Overigens gelden deze problemen niet alleen voor de ouderenzorg. Ook de GHZ en de GGZ krijgen hiermee te maken. Wellicht in iets mindere mate dan in de ouderenzorg. Maar de problemen en de mogelijke oplossingsrichtingen zijn vergelijkbaar. Zeker met het oog op het afstoten zal de infrastructuur (zowel bestaand als nog te ontwikkelen vastgoed) op een zodanige wijze moeten worden aangepast dat hierdoor flexibel op meerdere gebruiksmogelijkheden kan worden ingespeeld.

Overigens blijft voorlopig de vergoeding voor zorginfrastructuur nog wel in stand. De NZa<sup>12</sup> heeft dit voor 2014 wederom vastgelegd. De financiering van zorginfrastructuur vanuit de AWBZ is volgens de Beleidsregel uitsluitend aan de orde voor zover het gaat om ruimten voor het 'halen' en 'brengen' van extramurale AWBZ-zorg. Daarbij bestaat de mogelijkheid om deze ruimten ook te gebruiken buiten de

<sup>11</sup> Themavisie Scheiden wonen zorg in de AWBZ: Deel I - Ouderenzorginstellingen Juni 2013

<sup>12</sup> BELEIDSREGEL CA-300-578 Zorginfrastructuur, NZa

AWBZ of ruimten en/of technologische voorzieningen (domotica) voor het leveren van onplanbare zorg op afroep met een hoge frequentie.

Voor projecten zorginfrastructuur komen zowel de kapitaallasten van bouwkundige en technologische voorzieningen, als de overige kosten zorginfrastructuur in aanmerking voor vergoeding. Betreft het een project zorginfrastructuur waarvan de kapitaallasten al op een andere manier worden bekostigd, dan komen alleen de overige kosten zorginfrastructuur voor vergoeding in aanmerking.

De kosten voor deze zorginfrastructuur komen voor vergoeding in aanmerking als cliënten met een indicatie voor zorg in het kader van de AWBZ langer zelfstandig kunnen blijven wonen of als mensen die nu in een instelling wonen door de investeringen weer zelfstandig kunnen wonen. Met ingang van 2014 maakt zorginfrastructuur onderdeel uit van de contracteerruimte AWBZ. Dit is beschreven in de beleidsregel Contracteerruimte 2014. Het is nog niet duidelijk of de regeling zorginfrastructuur na het jaar 2014 blijft bestaan. Dit hangt af van de manier waarop de geplande hervorming in de langdurige zorg eruit komt te zien. Voor nieuwe investeringen is het van belang dat zorgaanbieders beseffen dat ze daarover risico lopen.

Samenvattend kan nu reeds geconcludeerd worden dat het overheidsbeleid gericht op het gelijktijdig met het introduceren van het scheiden van wonen en zorg tevens beperken van het zorgvolume ingrijpende consequenties zal hebben voor het investeren in gebouwen in de AWBZ. Ofschoon het totaal aantal plaatsen zal afnemen vergt dit beleid een omvangrijk bouwprogramma voor het ombouwen van bestaande voorzieningen via renovatie, amoveren, afstoten en ook nieuwbouw. Daarbij zal dan meer dan in het verleden het accent liggen op het realiseren van courante gebouwen om in te kunnen spelen op verdere toekomstige veranderingen in de zorg.

Onderstaand worden per (deel-)sector de sectorspecifieke zorginhoudelijke en beleidsontwikkelingen kort besproken.

### **2.2.1 OUDERENZORG**

In de intramurale ouderenzorg heeft de afgelopen jaren al een relatief, gelet op de vergrijzing, grote reductie van de intramurale capaciteit plaatsgevonden. In de periode 1980 tot 2010 is de capaciteit met 20% gedaald terwijl het aantal 80- plussers in die periode meer dan verdubbeld is. Daarbij kan worden opgemerkt dat de verzorgingshuiscapaciteit in die periode bijna is gehalveerd en de verpleeghuiscapaciteit met ruim 50% is toegenomen. Er heeft zich verder met name een verschuiving voorgedaan van somatiek naar psychogeriatricie (dementie). Voor een deel heeft deze verschuiving ook inhoud gekregen door de oprichting van kleinschalige voorzieningen.

Vanwege de houdbaarheid van de AWBZ heeft zich de afgelopen periode een tendens ingezet om, via het scheiden van wonen en zorg, en dus een verschuiving van AWBZ naar WMO, de zorgkosten te verminderen. Vanaf 2013 kunnen nieuwe cliënten met ZZP 's 1 en 2 in de ouderenzorg niet meer intramuraal worden opgenomen. Vanaf 2014 zal dat ook voor ZZP 3 gelden en vanaf 2016 voor ongeveer de helft van ZZP 4. Hoewel het mogelijk is dat deze cliënten via huur in een intramurale

voorziening gaan verblijven, ligt dit niet direct voor de hand. VWS<sup>13</sup> verwacht dat het aantal intramurale cliënten ten opzichte van 2013 (ca. 150.000) met ruim een derde zal afnemen. In feite komt dit er op neer dat de oude verzorgingshuiszorg als intramurale zorg vrijwel geheel zal verdwijnen en dat alleen de zware psychogeriatric en de zware somatiek evenals de kortdurende op reactivering gerichte somatische zorg (deze waarschijnlijk als onderdeel van de Zvw) als intramurale capaciteit zal blijven bestaan.

Berenschot publiceerde op 24 januari 2013 een artikel in Zorgvisie Executive waarin werd gesteld dat een sluiting dreigde voor 800 ouderenzorglocaties<sup>14</sup>. De kwalitatieve onderbouwing van dit artikel was gebaseerd op het door Berenschot uitgegeven boek De vergrijzing voorbij<sup>15</sup>. Op basis van actuele gegevens is becijferd dat 40% van de huidige populatie (september 2012) een zorgindicatie heeft waarvoor in de toekomst scheiden van wonen en zorg op van toepassing is. Deze 40% is toegepast op het aantal zorglocaties. Hoewel hier het nodige op kan worden afgedongen is de beschreven trend, een aanmerkelijke reductie van capaciteit in de ouderenzorg, wel actueel.

## 2.2.2 GEHANDICAPTENZORG

Als gevolg van de zich verder ontwikkelende maatschappelijke opvatting dat mensen met beperkingen volwaardige burgers zijn, met recht op een plek in en deelname aan de samenleving, ontstond de afgelopen jaren steeds meer aandacht voor de individuele wensen. In de woonomgeving kwam dit bijvoorbeeld tot uitdrukking in genoemde aspecten als wonen in de maatschappij en in kleinere groepen. In de werk-/dagbestedingsomgeving zette de schaalverkleining en diversiteit verder door, tot uiting komend in projecten in alle denkbare soorten en maten.

De gehandicaptenzorg heeft mede als gevolg van de ruimere financieringsmogelijkheden in de afgelopen jaren bovendien een forse groei doorgemaakt, maar heeft nu ook te maken met de gevolgen van scheiden van wonen en zorg. Vanaf 1 januari 2013 vallen nieuwe cliënten vanaf 23 jaar met ZP VG1 en VG2 onder scheiden van wonen en zorg. Per 1 januari 2015 zal een deel (naar schatting 50%) van de nieuwe cliënten met ZP VG3 volgen en vanaf 1 januari 2016 volgen nieuwe cliënten met een indicatie voor ZP LG1 en LG3 en ZG 1 (zowel auditief als visueel). VWS verwacht dat ca. 20% (15.100 cliënten) van de totale populatie van ca. 78.000 langer thuis zullen gaan wonen. Ook de dagbesteding voor extramurale cliënten staat als gevolg van de overheveling naar de WMO onder druk.<sup>16</sup>

<sup>13</sup> Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg, 25 april 2013

<sup>14</sup> Zorgvisie Executive, 24 januari 2013. Sluiting dreigt voor ruim 800 ouderenzorglocaties

<sup>15</sup> De vergrijzing voorbij, 5 februari 2013. ISBN: 978-94-90314-15-6

<sup>16</sup> Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg, 25 april 2013



### 2.2.3 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Het is de bedoeling dat de GGZ zal worden overgeheveld naar de Zvw. De Minister van VWS heeft in juni 2012 een akkoord gesloten met zorgaanbieders, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties in de GGZ. In juli 2013 is dit opnieuw aangepast. (zie paragraaf 2.1)

Het belangrijkste doel van het akkoord is om de geestelijke gezondheidszorg, meer dan nu, zo dicht mogelijk rond de patiënten te organiseren. Daarvoor zal onder andere het aantal bedden in de GGZ omlaag gaan: in 2020 moeten het er 1/3 minder zijn dan in 2008. Bovendien zal er minder dwang aan de orde mogen zijn.

Uit een onderzoek van het Trimbosinstituut<sup>17</sup> komt naar voren dat het aantal intramurale plaatsen de laatste jaren licht is gestegen. Dat is opvallend omdat Nederland reeds een van de koplopers in Europa is als het gaat om intramurale bedden en plaatsen voor beschermd wonen. In de meeste andere Europese landen neemt de opname- en verblijfs capaciteit namelijk af.

GGZ-Nederland geeft in de notitie 'Zorg werkt!' als doelstelling aan dat het aantal intramurale plaatsen in 2020 moet zijn teruggebracht van 30.000 naar 20.000 plaatsen. Dit is ook in lijn met het gesloten hoofdlijnenakkoord. De instellingen moeten dus rekening houden met een gemiddelde reductie van 30%. Afstoten van deze hoofdlocaties is voor verreweg de meeste instellingen geen optie. Op de hoofdlocaties resteert vaak:

- de huisvesting voor de patiënten die complexe langdurige zorg nodig hebben;
- de huisvesting voor langdurig zorgafhankelijke patiënten, die de beschutte, veilige woonomgeving van een GGZ-terrein niet kunnen missen;
- de huisvesting van specifieke functies die zich minder lenen voor vestiging in de wijk vanwege bijvoorbeeld veiligheidsaspecten (forensische psychiatrie) of de noodzaak van een prikkelarme omgeving.

De reductie van capaciteit zal daarom waarschijnlijk op de kleinere gedeconcentreerde locaties plaatsvinden. Voor een deel zal de capaciteitsreductie zijn beslag gaan krijgen via scheiden van wonen en zorg. In 2013 zijn de ZVP 's GGZ 1 en 2 voor nieuwe cliënten al via scheiden van wonen en zorg uit het intramurale AWBZ pakket gehaald. Dat gaat om een kleine 20% (5100) van de capaciteit (28.000), exclusief beschermende woonvormen.<sup>18</sup> Voor een deel zal de reductie ook uit de Zvw komen en uit de forensische zorg. Verwacht mag verder worden dat de benodigde ruimten voor dagbesteding en activiteiten onder andere door de besproken wijzigingen in de AWBZ/WMO steeds meer onder druk komen te staan en dat de traditionele opzet van separeren wordt gewijzigd. Dit laatste is een uitvloeisel van de nieuwe veldnorm van de IGZ betreffende insluiting in de GGZ.<sup>19</sup>

<sup>17</sup> Toekomstverkenning intramurale GGZ

<sup>18</sup> Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg, 25 april 2013

<sup>19</sup> Rapport veldnorm insluiting GGZ, IGZ mei 2013.



# 3

## GEBOUWTYPOLOGIE ZORGVASTGOED

In dit hoofdstuk wordt een indeling gepresenteerd van gebouwtypen in de Cure en Care. Deze indeling wordt in de volgende hoofdstukken gehanteerd bij het bepalen van de kengetallen voor oppervlakte en kosten. De indeling leent zich voor de verschillende vormen van zorghuisvesting. Er is geopteerd voor een beschrijving van een aantal herkenbare typen gebouwen waar meerdere soorten voorzieningen in kunnen worden gehuisvest.

Algemeen is men van oordeel dat een belangrijk deel van de zorgfuncties in de Care kan worden gehuisvest in gebouwen die in vastgoedtermen als courant vastgoed kunnen worden bestempeld.

De term courant vastgoed wordt in deze Handreiking gedefinieerd als een gebouw dat redelijk eenvoudig geschikt is te maken voor een andere functie en daardoor relatief eenvoudig te verhuren of te verkopen is. Incourant vastgoed betreft gebouwen die door de huidige functie en bestemming niet of nauwelijks alternatief aanwendbaar zijn en waarvoor de interesse vanuit de markt om hierin te investeren zeer gering is. Door meer gebruik te maken van courant vastgoed wordt de weg geopend voor het creëren van een langdurig gebruik van het vastgoed. Het wordt daardoor immers geschikt voor hergebruik voor niet-zorgfuncties. Dit sluit ook aan op ingrijpende veranderingen die ten gevolge van de vergrijzing en de invoering van de scheiding van wonen en zorg in de bestaande zorghuisvesting nodig zijn.

Ook in de Cure verandert het zorgvastgoed. Door veranderingen in de zorgvraag, zie ook het vorige hoofdstuk, mag een verdere spreiding worden verwacht. Dit zal ook leiden tot verschuivingen in de vormgeving van het zorgvastgoed, vooral op het grensvlak van eerste en tweede lijn. Zorgvastgoed zal hiermee kleinschaliger, pluriformer en 'gewoner' worden.

Voor de Cure zijn de gebouwtypen beschreven in paragraaf 3.1 en voor de Care in paragraaf 3.2. Met deze indeling wordt niet beoogd de bouwprojecten te uniformeren; de indeling is een hulpmiddel bij de verder te maken keuzes van de individuele instellingen in hun specifieke omstandigheden. De gebouwtypen worden in hoofdstuk 4 gekoppeld aan kengetallen die de ruimtebehoefte aangegeven. Daarmee kan, in combinatie met de in hoofdstuk 6 geactualiseerde kengetallen voor de bouwkosten, een investeringskader worden bepaald.

### **3.1 CURE**

In het traditionele ziekenhuis werden alle functies veelal onder één dak gehuisvest. Een dergelijk ziekenhuis wordt ook wel monoliet genoemd. Een monoliet kenmerkt zich door veel aparte, kleinschalige, ruimten voor de diverse functies. Het gebouw is ontworpen als 'maatpak' waarbij de afzonderlijke ruimten niet uniform of multifunctioneel worden gebruikt. De technische eisen aan de huisvesting variëren per functie, doorgaans zijn ze complex. Omdat functioneel en technisch gezien vrijwel elke functie op vrijwel elke plek in de bouwmassa kan worden gehuisvest, is dit gebouwtype kostbaar omdat de hoogste eisen maatgevend zijn.

In de door het Bouwcollege destijds ontwikkelde schillenmethode<sup>20</sup> is aangegeven dat het de voorkeur verdient de verschillende functies in aparte gebouwtypen te realiseren. Hiermee wordt het ziekenhuis goedkoper en flexibeler. Er treden namelijk geen domino-effecten op bij verbouwingen. In de Handreiking is de indeling aangehouden volgens deze schillenmethode.

<sup>20</sup> Gebouwdifferentiatie van een ziekenhuis, Schillenmethode, College bouw zorginstellingen, mei 2007

Tabel 3.1: Gebouwdifferentiatie Cure

Gebouwdifferentiatie Cure		Hotfloor	Fabriek	Kantoor	Hotel
Functie					
Verpleging	algemene verpleging				x
	special care	x			x
	kinderverpleging				x
	kraamverpleging				x
	dagverpleging				x
Onderzoek en behandeling	spreekuurafdeling			x	
	algemeen orgaanfunctie-onderzoek			x	
	beeldvormende diagnostiek	x			
	nucleaire geneeskunde	x			
	poliklinische behandeling			x	
	spoedeisende hulp	x			
	operatie-afdeling	x			
	verlosafdeling	x			
	dialyse			x	
fysiotherapie			x		
Ondersteunende functies	centrale sterilisatie		x		
	apotheek (productie)		x		
	apotheek (distributie)			x	
	laboratorium (KCL, MML, PAL)		x		
	gemeenschapsruimten			x	x
	maatschappijvoorzieningen			x	x
	centrale stafaccommodatie			x	
	beschikbaarheidsdienst				x
	beddencentrale		x		
	linnenverzorging		x		
	personeelsgarderobe (KIA/KUA)		x		
	personeelsrestaurant en -recreatie			x	x
	centrale keuken		x		
	centraal magazijn		x		
	facilitair bedrijf (overig)			x	
	bestuur en directie			x	
	administratie en archief			x	
opleiding personeel			x		

De methode verdeelt de functies van een ziekenhuis aan de hand van de specifieke gebouwweisen in vier huisvestingstypologieën, schillen:

- de hot floor is de schil met de hoogtechnologische kapitaalintensieve functies waarin de kernactiviteiten van het ziekenhuis plaatsvinden;
- het hotel omvat alle functies voor het verblijf van patiënten;
- tot het kantoor worden naast de voorzieningen voor staf, administratie en beheer, ook de functies voor het houden van spreekuur en het verrichten van eenvoudige onderzoeken en behandelingen gerekend;
- de fabriek, tenslotte, huisvest alle medisch ondersteunende en facilitaire functies.

Basis voor de schillenmethode is het groeperen van functies die min of meer gelijke eisen stellen aan de huisvesting. In tabel 3.1 is de gebouwdifferentiatie weergegeven en de functies in de Cure.

Een academisch ziekenhuis omvat naast de functies van een algemeen ziekenhuis en de topreferentiefuncties, een werkplaats- en leerfunctie (wetenschappelijk onderzoek en onderwijs voor de medische faculteit) en een ontwikkelingsfunctie (ontwikkeling van nieuwe medische technologieën en behandelwijzen). Deze specifieke taken zorgen er voor dat met name de omvang van de in tabel 3.1 genoemde functies (onderzoek, behandeling en opleiding) groter is omdat ook met deze taken rekening moet worden gehouden bij de programmering. Voor het bouwtype als zodanig heeft het evenwel geen gevolgen.

Naast ziekenhuizen hebben zich in de Cure recentelijk ook Zorghotels en Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) ontwikkeld. Zorghotels kunnen worden gezien als de bovenbeschreven schil die hotel is genoemd, te weten een verblijf in een hotelachtige setting. Zorghotels hebben de kenmerken van een hotel, zij het dat er ook zorg wordt geleverd. In het zorghotel bestaat de mogelijkheid van 24-uurszorg en dienstverlening.

Een ZBC is een samenwerkingsverband van minstens twee medisch specialisten. ZBC's bieden - net als algemene ziekenhuizen - medisch specialistische zorg. De meeste ZBC's zijn gevestigd in de Randstad. Ze variëren in grootte en richten zich op niet-klinische zorg met een hoog volume. Het gaat om planbare, minder complexe zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen. ZBC's bevatten vaak een combinatie van kantoorvoorzieningen en een beperkte hotfloor.

## 3.2 CARE

De AWBZ kenmerkt zich door een grote verscheidenheid aan doelgroepen en zorgvragers met uiteenlopende zorgbehoeften. Dit heeft er ook toe geleid dat er veel verschillen zijn ontstaan in ruimtebehoefte, afwerkingsniveau en vormgeving. De verzorgingshuizen zijn ooit ontworpen ten behoeve van de volkshuisvesting (bejaardenoorden) en niet als gezondheidszorginstelling. Bij de verpleeghuizen was aanvankelijk sprake van het ziekenhuismodel. Dit model werd in de loop der tijd vervangen door eerst het woonmodel en later door het verblijfsmodel. Elke cliënt kreeg zijn verblijf, behandeling en welzijn in een kleine setting. Het vastgoed in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg



GGZ Rivierduinen,  
Leidschendam; EGM

volgde een ander patroon. Zij werden van oudsher op grote terreinen in een campussetting gerealiseerd. Ook hier volgden diverse zorgconcepten elkaar op. De huisvesting voor de GGZ- en GHZ-cliënten werd veelal ontwikkeld rondom groepen in woonpaviljoens. De groeps grootte verkleinde in een aantal stappen van grote slaapzalen tot doelgroepen met zes tot acht personen, drie à vier personen (kleinschalig groepswonen, RIBW) en individueel wonen. Vanaf begin jaren negentig verlieten sommige instellingen hun hoofdlocatie om te integreren in de woonwijken. Deze dynamiek is nog steeds in volle gang.

Bij het traditionele verpleeghuis (monoliet) en verzorgingshuis zijn alle functies terug te vinden in één gebouw. Het gebouw is ontworpen als 'maatpak' waarbij de afzonderlijke ruimten niet uniform of multifunctioneel worden gebruikt. In de GHZ en GGZ komt dit gebouwtype nauwelijks voor. In de Handreiking wordt de monoliet voorlopig nog als referentiekader gebruikt, waarbij het voornemen is om in de komende jaren te komen tot gedifferentieerde kengetallen voor de bouwkosten per functie. Een eerste aanzet treft u aan in dit hoofdstuk.

Binnen de V&V, de GHZ en de GGZ kunnen naar analogie van de schillenmethode grofweg vier gebouwtypen worden onderscheiden. Bij alle omschreven gebouwtypen kan gekozen worden uit drie verblijfsconcepten: individueel verblijf (1-2 personen), kleinschalig groepsverblijf<sup>21</sup> en afdelingsverblijf (maximaal 10 personen). In de praktijk zijn er meer verblijfsconcepten te herkennen en lopen de drie concepten vloeiend in elkaar over:

- woningen/verblijfsvoorzieningen (specifieke bouw). Het gaat om specifieke voorzieningen die qua vormgeving, verschijningsvorm, voorzieningenniveau, afwerkingsniveau en investeringskosten duidelijk uitstijgen boven reguliere woningbouw. Alle doelgroepen zijn naast de functie verblijf tevens aangewezen op intensieve verzorging, verpleging, activerende begeleiding en behandeling. Dit type gebouwen is afgestemd op zwaardere doelgroepen in de GHZ en GGZ en het afdelingsverblijf in de verpleeghuizen. Het gaat veelal om de zwaardere ZZP's;
- het groeps- en individueel wonen (generieke bouw). Woningen /verblijfsvoorzieningen met lichte aanpassingen ten opzichte van de reguliere woningbouw of eigenlijk zo gewoon mogelijk wonen. Het betreft voorzieningen die qua vormgeving, verschijningsvorm, voorzieningenniveau, afwerkingsniveau en investeringskosten lijken op reguliere woningbouw (doorgaans sociale woningbouw). Alle doelgroepen doen vooral een beroep op verblijf met verzorging en ondersteunende begeleiding, met het accent op woonkwaliteit. Het betreft veelal de lichtere ZZP's, hoewel soms ook zwaardere ZZP's in de categorie licht verblijf worden gehuisvest. De zorgverlening en begeleiding bevinden zich niet direct in de verblijfsruimte van de cliënten, maar zijn op afroep snel beschikbaar;
- het kantoor. Hieronder vallen functies voor het houden van spreekuur, de fysiotherapie, kantoorruimten voor administratie en beheer, en ondersteunende en facilitaire functies;
- het activiteitencentrum. Het accent ligt op activiteiten (onder andere dagbesteding) en multifunctioneel gebruik. De bouwwijze is vergelijkbaar met scholenbouw met een aantal grotere ruimten/lokalen voor groepsactiviteiten en kleinere ruimten voor individuele activiteiten. De opzet van

<sup>21</sup> De prestatie-eisen gingen uit van een capaciteit van 3-6 personen. Dit blijkt in de huidige praktijk niet of moeilijk te exploiteren te zijn. Recente bouwinitiatieven gaan voor kleinschalig groepsverblijf uit van een capaciteit van 8-9 personen.

het gebouw kan uniform en repeterend zijn. De inrichting en afwerking van deze ruimten kan per ruimte verschillen.

In tabel 3.2 is de gebouwdifferentiatie weergegeven en de functie in de Care.

Tabel 3.2: Gebouwdifferentiatie Care

Gebouwdifferentiatie Care		Specifiek woon-gebouw	Generiek woon-gebouw	Kantoor	Activiteiten School
Functie					
Wonen en verpleging	afdelingsverblijf	x			
	groepsverblijf (kleinschalig)	x	x		
	individueel verblijf	x	x		
	beveiligd verblijf	x			
Onderzoek en behandeling	(dag) activiteitenruimten				x
	theapieruimten (groeps)				x
	therapieruimten (individueel)				x
	begeleiding (medisch en psychosociaal)			x	
	spreekuurafdeling			x	
	fysiotherapie				x
Ondersteunende functies	apotheek (distributie)			x	
	gemeenschapsruimten			x	x
	maatschappijvoorzieningen			x	x
	centrale stafaccommodatie			x	
	beschikbaarheidsdienst				
	personeelsgarderobe	x	x	x	
	personeelsrestaurant en -recreatie			x	x
	centrale keuken				x
	centraal magazijn				x
	facilitair bedrijf (overig)			x	
	bestuur en directie			x	
	administratie en archief			x	
	opleiding personeel			x	

De zorgzwaarte van de cliënt is niet per definitie doorslaggevend in de keuze voor specifieke dan wel generieke huisvesting. Het is dus mogelijk om voor cliënten die weliswaar behoefte hebben aan intensieve verpleging, begeleiding of behandeling ('zware zorg') te kiezen voor groeps- of individueel wonen. Enerzijds kan het dan gaan om cliënten met voldoende regie over het eigen leven om een 'zelfstandige woning' te kunnen bewonen. Te denken valt aan (gestabiliseerde) chronisch somatische



problematiek, lichamelijk gehandicapten en jongeren met somatische problematiek. Anderzijds kan het gaan om cliënten met zeer ernstige gedragsproblematiek die niet of nauwelijks in een groep te handhaven zijn en beter tot hun recht komen in een eigen appartement of woning met voldoende leef- en privéruimte.

Voor de zeer kleine categorie beveiligd (minder dan 1% van de totale intramurale AWBZ-populatie) worden 'beveiligde' gebouwen gerealiseerd, die geen relatie met woningbouw vertonen en niet uitwisselbaar zijn. Dit zijn voorzieningen voor mensen met een verstandelijke handicap, een forensische problematiek of met een psychiatrische aandoening.

Zoals aangegeven, zal scheiden wonen en zorg naar verwachting met name leiden tot een minder grote behoefte aan intramurale groepswoningen, appartementengebouwen en verzorgingshuizen. De behoefte aan extramurale seniorenwoningen zal als gevolg daarvan toenemen. Stichting Experimenten Volkshuisvesting (SEV) en AEDES<sup>22</sup> hebben hiertoe een zogeheten Piramidemodel ontwikkeld om vraag en aanbod van woningen voor mensen met fysieke beperkingen op lokaal niveau te inventariseren. Het model brengt in beeld wat de opgave is voor aangepaste woningen op een termijn van 10 tot 20 jaar. Met het model is bijvoorbeeld uiteindelijk te berekenen wat de nieuwbouwopgave moet zijn om aan de behoefte van aangepaste woningen in een gebied, wijk of dorp te voldoen. Verder kan de methode in kaart brengen hoeveel en welke woningen aangepast ('opplussen') moeten worden. Het Piramidemodel toont enerzijds de mensen in een bepaald gebied, ingedeeld naar de mobiliteitsbeperking die zij hebben. Anderzijds laat de piramide het aanbod aan woningen zien dat geschikt of potentieel geschikt is voor mensen met een bepaalde mobiliteitsbeperking.

---

<sup>22</sup> Het Piramidemodel, SEV en Aedes januari 2012, <http://www.piramidemodel.nl/>



# 4

## KENGETALLEN VLOEROPPERVLAKTE

In dit hoofdstuk worden de kengetallen geactualiseerd voor de benodigde vloeroppervlakte in de Cure en de Care. Kengetallen voor vloeroppervlakte zijn van belang bij investeringsbeslissingen voor nieuwbouw van zorgvoorzieningen, evenals de exploitatiekosten en de mate waarin het zorgvastgoed bijdraagt aan een efficiënte bedrijfsvoering.

In de Handreiking is als uitgangspunt gekozen voor het kwaliteitsniveau zoals dat vastgelegd was in het voormalige bouwregime. Dat betekent dat voor wat betreft de vloeroppervlakte de prestatie-eisen worden gehanteerd zoals die ten tijde van het bouwregime golden. Voor de Care hebben deze prestatie-eisen ook ten grondslag gelegen aan de NHC's.

Zoals reeds eerder aangegeven wordt met deze kengetallen niet beoogd de bouwprojecten te uniformeren; kengetallen zijn hulpmiddelen bij de verder te maken keuzes van de individuele instellingen in hun specifieke omstandigheden.

## 4.1 CURE

De omvang van het ziekenhuis wordt vooral bepaald door de (ontwikkelingen in de) productie. Hierop zijn van invloed factoren als het specifieke functiepakket, de klinische en poliklinische adherentie, de leeftijdsopbouw van de adherente bevolking en de zorgzwaarte. Bij de programmering van een ziekenhuis moet naast de productie rekening worden gehouden met de noodzakelijke flexibiliteit. Hoewel de bouwmaatstaven en prestatie-eisen formeel hun wettelijke status hebben verloren kunnen de vervallen prestatie-eisen nog wel als hulpmiddel of als referentie bij de ruimtelijke programmering worden gehanteerd.

### 4.1.1 KENGETALLEN VLOEROPPERVLAKTE TOT OPHEFFING BOUWREGIME

In 2010 heeft TNO<sup>23</sup> zes volledig vervangende nieuwbouwprojecten van ziekenhuizen, die nog voor 2008 zijn ontwikkeld, aan een analyse onderworpen. Hieruit bleek dat de uiteindelijke vloeroppervlakte, de normatieve rekenoppervlakte oversteeg. De gemiddelde overschrijding bedroeg 8,8%. Het betreft overigens uitsluitend zogenaamde monolieten.

Tabel 4.1.1: ruimtebeslag ziekenhuisplannen

Hoofdfunctiegroep	Gemiddeld nuttige vloeroppervlakte per bed volgens 'prestatie-eis' in m <sup>2</sup>	Spreiding ingediend beslag nuttige vloeroppervlakte (nvo) over zes ziekenhuisplannen in m <sup>2</sup> per bed	
		min.	max.
Patiëntenhuisvesting	21,7	20,8	30,5
Medische Zorg: onderzoek	12,5	13,4	22,1
Medische Zorg: behandeling	6,7	9,1	12,7
Medische ondersteuning	5,9	4	8,7
Beheer en opleiding	5,3	4	9,8
Civiele en technische diensten	5,1	2,5	5,4
Personeelsvoorzieningen	2,3	2,4	3,8
Totaal nuttig	59,5		
Bruto/nuttig factor	1,6		
Totaal bruto	95		

Het verschil tussen de ingediende oppervlakte en de normatieve rekenoppervlakte berust op de keuzes in het programma van eisen en de bouwkundig/functionele ontwerpaspecten. Grote verschillen ontstaan bijvoorbeeld door de toename van eenpersoonskamers met individueel sanitair, het creëren van veel

<sup>23</sup> Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2010, TNO, juni 2010



Erasmus MC,  
Rotterdam; EGM

verkeersruimten of het introduceren van technische lagen. Dergelijke aspecten leiden tot een hogere bruto/nuttig verhouding dan de '1,6 factor' die als uitgangspunt in de vervallen prestatie-eisen was benoemd.

Het verschil met de 'normatieve' 95 m<sup>2</sup> per bed berust ook op de grote verschuiving als gevolg van de reductie van het aantal bedden in de verschillende projecten. Waar de 95 m<sup>2</sup> gebaseerd was op een planningsnorm van 2,8 bedden per 1.000 inwoners lag het feitelijk beddenaantal van de ziekenhuizen rond de 2 bedden per 1.000 inwoners. Bij deze ziekenhuisplannen leidt de vermindering van de bedden capaciteit niet tot een toe- of afname van de totale vloeroppervlakte maar wel tot verschuivingen tussen hoofdfunctiegroepen. Tegenover de vermindering staat een toename van het aantal eenpersoonskamers, die meer vloeroppervlakte per bed gebruiken. Per saldo heeft dit binnen de hoofdfunctiegroep 'patiëntenhuisvesting' niet tot grote verschuivingen geleid in het ruimtebeslag.

Uit tabel 4.1.1 volgt dat het feitelijk ruimtebeslag over de hoofdfunctiegroepen conform de vervallen prestatie-eisen nog redelijk overeenkomt met de ziekenhuisplannen. Alleen voor de hoofdfunctiegroepen Medische Zorg onderzoek en behandeling is sprake van een feitelijk verschil.

#### **4.1.2 NAAR GEACTUALISEERDE KENGETALLEN VLOEROPPERVLAKTE**

Voor wat betreft de vloeroppervlakte is ten behoeve van deze Handreiking een aantal recente ontwikkelingen na 2010 expliciet geanalyseerd. Daarbij valt op dat er de laatste jaren nadrukkelijk sprake is van een verlenging van de bedrijfstijden. Verder heeft er bij de polikliniek een efficiëncyslag plaatsgevonden (meer integratie van backoffice, minder decentrale wachtruimte). Ook is er sprake van een verbeterde logistiek (van personen en goederen, just in time) en worden uit efficiencyoverwegingen niet alle ondersteunende functies, zoals de catering, de laboratoria en de CSA, nog als onderdeel van het ziekenhuis gerealiseerd. Dit leidt er toe dat de benodigde oppervlakte afneemt. Daar staan ontwikkelingen tegenover die juist meer vloeroppervlakte vereisen. Voorbeelden hiervan zijn hybride OK's, éénbedskamers op de IC (meer gesluisd), een toename van holding en recovery, meer invasieve radiologie (minder chirurgie), meer eenpersoonskamers, standaard rooming-in, kraamsuites (minder verloskamers), meer PET scanners, meer apparatuur op poli en meer kleedruimte op poli, meer specifieke poli's en een toename van de techniekruimte en bruto/nuttig verhouding. Het totale per saldo effect hangt af van de keuzes die het ziekenhuis maakt. Het lijkt wel duidelijk dat er een verschuiving plaatsvindt naar dure m<sup>2</sup>'s en dat in de praktijk het aantal m<sup>2</sup>'s per bed enigszins toeneemt.

Voor de bepaling van de vloeroppervlakte van een ziekenhuis is het voorts wenselijk als er een meer nadrukkelijke koppeling wordt gemaakt tussen de productie enerzijds en de benodigde oppervlakte anderzijds. Hiervoor is voor elk project nader onderzoek nodig. Als een eerste handvat kan voor het berekenen van de totale vloeroppervlakte gebruik worden gemaakt van een signaleringsrapport van het Bouwcollege uit 2001, getiteld Berekeningsmethodiek normatieve vloeroppervlakte.

In dit signaleringsrapport werd de Minister geadviseerd de parameter 'bed' los te laten en over te stappen op de parameter 'adherente inwoner', en naast de klinische patiëntenstroom ook de poliklinische patiëntenstroom een bepalende factor te laten zijn voor de berekening van de normatieve

vloeroppervlakte van een ziekenhuis. Daarbij werd voor de totale oppervlakte uitgegaan van de 95 m<sup>2</sup> per bed corresponderend met 2,8 bedden per 1000 inwoners. In de berekeningsmethodiek wordt per patiëntenstroom (klinische en poliklinische adherentie) een marktaandeel bepaald dat geprojecteerd wordt op de toekomstige bevolking, leidend tot de toekomstige adherentie per patiëntenstroom van het ziekenhuis. Deze toekomstige adherentie per patiëntenstroom wordt vermenigvuldigd met een normatieve vloeroppervlakte per patiëntenstroom (klinisch: 162 m<sup>2</sup> per 1.000 adherente inwoners, poliklinisch: 104 m<sup>2</sup> per 1.000 adherente inwoners). Bij een 10% hogere bruto/nuttig factor nemen deze oppervlakten ook met 10% toe. De aldus berekende vloeroppervlakten per patiëntenstroom vormen tezamen de totale vloeroppervlakte voor het gebruikelijke functiepakket van een algemeen ziekenhuis. In sommige gevallen beschikt een algemeen ziekenhuis ook over bijzondere functies, waarvoor extra oppervlakte noodzakelijk is. Deze methodiek kan ook thans nog worden toegepast, waarbij het aanbeveling verdient ook nadrukkelijk de productie te bezien. Vooralsnog bestaat de indruk dat daar waar de productie nadrukkelijk het uitgangspunt vormde voor de programmering, gekozen is voor een lager beddenpromillage dan 2,8.

Samenvattend wordt in deze Handreiking gekozen voor een continuering van het oppervlaktekengetal van 95 m<sup>2</sup> per bed uitgaande van een beddenpromillage van 2,8. Als er geopteerd wordt voor een lager beddenpromillage zal de totale vloeroppervlakte niet afnemen. Het aantal m<sup>2</sup> per bed neemt dan toe. Bij een beddenpromillage van 2 zal bijvoorbeeld het aantal m<sup>2</sup> per bed uitkomen op 133. Het geringere aantal m<sup>2</sup>'s dat dan een benodigd is voor de bedden capaciteit is vereist om relatief meer oppervlakte voor onderzoek en behandeling te realiseren en om een hogere bruto/nuttig verhouding te realiseren dan de traditionele factor van 1,6. Vanuit de praktijk bezien blijkt een bruto/nuttig factor van 1,7 à 1,8 aangewezen.

## 4.2 CARE

Per 1 januari 2009 is het bouwregime voor AWBZ-voorzieningen beëindigd waarmee tevens de in 2007 geactualiseerde prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen formeel niet meer van kracht zijn. In deze prestatie-eisen was sprake van een driedeling in de verblijfscategorieën licht, zwaar en beveiligd. Voor een kostenneutrale overgang naar het nieuwe bekostigingsstelsel van NHC's op basis van ZZP's is een koppeling gelegd tussen de in de prestatie-eisen vermelde doelgroepen, huisvestingstypen en voorzieningen enerzijds en de verschillende ZZP's anderzijds. Het zijn veelal de cliënten met een lagere ZZP die gehuisvest zijn in de categorie licht. Overigens worden ook sommige cliënten met een hogere ZZP in de categorie licht verblijf opgenomen.

Voor de kengetallen vloeroppervlakte in deze Handreiking is een vertaalslag gemaakt van de prestatie-eisen naar m<sup>2</sup> bruto vloeroppervlakte (BVO) / per plaats. Ook voor de Care wordt in deze Handreiking de kwaliteit uit de prestatie-eisen gehanteerd. Hierbij moet worden opgemerkt dat de opsomming van gebouwtypes in de tabellen niet uitputtend is. Er is zoals in hoofdstuk 3 al is vermeld, uitgegaan van de meest voorkomende gebouwtypes per doelgroep en functie. Uiteraard zijn combinaties van verblijfsconcepten en gebouwtypes mogelijk. Verder kan worden opgemerkt dat uitgegaan is van de tot voor kort gebruikelijke groeps grootte, die overigens momenteel onder druk staat.





Verpleeghuis Oudshoorn,  
Alphen a/d Rijn; Rothuizen  
Cure+Care consultancy



In de navolgende tabellen zijn de kengetallen voor vloeroppervlakte vermeld, daarbij is onderscheid gemaakt naar gebouwtype en AWBZ-sector. De kengetallen zijn per BVO / per plaats. De bandbreedte wordt veroorzaakt doordat in de prestatie-eisen voor verschillende doelgroepen verschillende toeslagen en rekenoppervlaktes golden. Onder de tabellen is per sector een toelichting gegeven.

Tabel 4.2.a: Ouderenzorg kengetallen vloeroppervlakte

Ouderenzorg kengetallen vloeroppervlakte			
Schillenmethode	AWBZ-functie	Gebouwtype	BVO (m <sup>2</sup> p.p.)
Generiek wonen (licht verblijf)	individueel verblijf	woonzorgcentrum	72 - 82
		appartementen	72 - 82
Specifiek wonen (zwaar verblijf)	afdelingsverblijf	verpleeghuis (monoliet)	72 - 92
	groepsverblijf	geclusterde laagbouw	67 - 88
	groepsverblijf (pg)	kleinschalig groepswonen	54 - 69
Kantoor	centraal bureau		3,2 - 4,6
Activiteiten	begeleiding		in wonen
	therapie		

- in de ouderenzorg is de meest voorkomende variant die van individueel verblijf in een appartement, een geclusterde zorgwoning dan wel een verzorgingshuis. In de oppervlakte is opgenomen de begeleiding en behandeling;
- de maximale oppervlakte voor het verpleeghuis (monoliet) is inclusief de vloeroppervlakte voor kantoor (centraal bureau);
- voor de specifieke woongebouwen is uitgegaan van zwaar verblijf waarbij in de oppervlakteberekening van deze gebouwtypes bij het bepalen van de ondergrens alleen de ruimte voor verblijf is meegenomen. Bij de bovengrens zijn de ruimten voor ondersteunende begeleiding en behandeling en toeslagen voor specifieke aandoeningen in de woning meegerekend;
- voor generieke woongebouwen is in de oppervlakteberekening ruimte voor ondersteunende begeleiding meegenomen. De bovengrens wordt veroorzaakt door toeslagen voor onder meer ruimte voor persoonsgebonden hulpmiddelen en mobiliteit.

Tabel 4.2.b: Gehandicaptenzorg kengetallen vloeroppervlakte

Gehandicaptenzorg kengetallen vloeroppervlakte			
Schillenmethode	AWBZ-functie	Gebouwtype	BVO (m <sup>2</sup> p.p.)
Generiek wonen (licht verblijf)	individueel verblijf	appartement	63 - 76
Specifiek wonen (zwaar verblijf)	groepsverblijf	kleinschalig groepswonen	50 - 78
Kantoor	centraal bureau		2,9 - 4,1
Activiteiten	begeleiding	werkplaats dagbestededing	13,5 - 25,7
	therapie	behandel-/ therapiegebouw	9,8

- voor de specifieke woongebouwen is in de oppervlakteberekening bij het bepalen van de ondergrens alleen de ruimte voor verblijf meegenomen. Bij de bovengrens zijn de ruimten voor ondersteunende begeleiding en behandeling en toeslagen voor specifieke aandoeningen in de woning er aan toegevoegd;
- in de oppervlakteberekening van het appartement is bij de ondergrens alleen de ruimte voor verblijf vermeld. Bij de bepaling van de bovengrens worden ruimten voor ondersteunende begeleiding en een inloopruimte of huiskamer meegerekend;
- voor het behandelcentrum SGLVG kan worden uitgegaan van circa 95 m<sup>2</sup>;
- voor de beveiligde gebouwen (Forensische behandelkliniek SGLVG+) kan worden uitgegaan van circa 125 m<sup>2</sup>.

Tabel 4.2.c: Geestelijke gezondheidszorg kengetallen vloeroppervlakte

Geestelijke gezondheidszorg kengetallen vloeroppervlakte			
Schillenmethode	AWBZ-functie	Gebouwtype	BVO (m <sup>2</sup> p.p.)
Generiek wonen (licht verblijf)	individueel verblijf	appartement	63 - 80
Specifiek wonen (zwaar verblijf)	afdelingsverblijf /	RGC, APZ, PAAZ (monoliet)	76 - 89
	groepsverblijf	geclusterde laagbouw	76 - 89
Kantoor	centraal bureau		2,9 - 4,6
Activiteiten	begeleiding	werkplaats dagbestededing	13,5 - 24

- de C-categorie van ZZP's binnen de GGZ heeft betrekking op de huisvesting van Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW). Voor de RIBW's kan worden aangehaakt bij verblijf licht;
- in de oppervlakteberekening van de gebouwtypes is bij het bepalen van de ondergrens alleen de ruimte voor verblijf meegenomen. Bij de bovengrens worden de ruimten voor ondersteunende begeleiding en behandeling en toeslagen voor specifieke aandoeningen in de woning meegerekend;



- voor de appartementsgebouwen is uitgegaan van individueel verblijf en is bij de ondergrens alleen de ruimte voor verblijf meegenomen. Bij de bepaling van de bovengrens worden ruimten voor ondersteunende begeleiding en een inloopruimte/huiskamer er aan toegevoegd;
- voor de beveiligde gebouwen in de GGZ kan voor een forensisch psychiatrische afdeling (FPA), een forensische verslavingsafdeling (FVA) en een kliniek voor intensieve behandeling (KIB) worden uitgegaan van 85m<sup>2</sup> per plaats. Bij de forensische psychiatrische kliniek (FPK) en de forensische verslavingskliniek (FVK) van 110 m<sup>2</sup> per plaats. Een appartement voor resocialisatie omvat 66 m<sup>2</sup> per plaats.



# 5

## BOUWKOSTENINDEX EN AANBESTEDEN

Voor het indexeren van de bouwkosten wordt in deze Handreiking gebruik gemaakt van actuele projectindexen die in samenwerking met de Stichting Bureau Documentatie Bouwwezen (BDB) zijn opgesteld. Op grond van deze indexreeksen is de prijsontwikkeling berekend voor het zorgvastgoed over de periode januari 2011 tot juli 2013. In de eerste paragraaf wordt de keuze van de indices nader onderbouwd; in de tweede paragraaf komt de vraag aan de orde welke trend voor de ontwikkeling van de bouwkosten in de nabije toekomst te verwachten is. In de derde paragraaf wordt ingegaan op de verschillende vormen van aanbesteden en in de vierde paragraaf ten slotte wordt aandacht besteed aan de ontwikkelingen in de aanbestedingsresultaten in het recente verleden.

## 5.1 ACTUELE BOUWKOSTENINDEXEN

In deze paragraaf worden de ontwikkelingen in de bouwkosten geschetst met als doel te komen tot indicaties voor het actuele prijsniveau voor de ontwikkeling van de loonkosten en materiaalprijzen. Onder het bouwregime werd voor het indexeren van de bouwkosten gebruik gemaakt van de Gezondheidszorgindex. In 2011 zijn de bouwkosten voor de zorgbouwprojecten voor de laatste maal geactualiseerd<sup>24</sup> naar prijspeil 1 januari 2011, inclusief BTW. Voor de actualisatie van de bouwkosten is 1 januari 2011 derhalve een logisch startpunt.

In de Handreiking is ervoor voor gekozen om voor indexering van de bouwkosten niet meer uit te gaan van de Gezondheidszorgindex. In plaats daarvan is gekozen voor 3 actuele BDB-projectindexen om de ontwikkeling van lonen en materialen van zorgbouwprojecten te volgen. Dit heeft met een aantal redenen te maken. In de eerste plaats zijn de diverse gebouwen in de gezondheidszorg te verschillend om één index te kunnen gebruiken. Zo komt een belangrijk deel van het zorgvastgoed in de Care meer overeen met courant (commercieel) vastgoed. Voor de Cure is het aandeel van de installatietechniek in met name de hotfloor een belangrijke factor in de prijsontwikkelingen. In de tweede plaats worden in de praktijk door bouwende partijen in het zorgvastgoed de BDB-projectindexreeksen het meest toegepast voor de indexering van het bouwbudget en het opstellen van offertes. Om die redenen zijn in samenwerking met de Stichting Bureau Documentatie Bouwwezen 3 nieuwe BDB-projectindexreeksen ontwikkeld die de prijsontwikkeling van arbeid en materiaal in het zorgvastgoed volgen. Onderscheid is daarbij gemaakt in twee indices voor de Cure, te weten een voor de hotfloor en een voor de overige onderdelen van het ziekenhuis en een index voor de Care (Zorg & Wonen).

De BDB-indexcijfers worden vastgesteld op basis van een vaststaand pakket van materialen, arbeid en indirecte kosten. Wijzigingen in vormgeving, hoeveelheden, kwaliteit, arbeidsproductiviteit en marktontwikkelingen hebben geen invloed op deze (input-)cijfers. De BDB Indexcijfers zijn per 1 januari 2011 gesteld op 100.

In tabel 5.1.a zijn de BDB-projectindexen vermeld en de kostenontwikkeling weergegeven over de periode januari 2011 tot en met juli 2013.

Tabel 5.1.a: BDB-projectindexcijfers Cure en Care<sup>25</sup>

BDB - projectindex Cure en Care, excl. BTW, basisjaar 2011 = 100				
	januari 2011	juli 2013	Stijging over 2,5 jaar	Stijging per jaar
BDB-projectindex Cure - Hotfloor	100	102,79	2,79%	1,12%
BDB-projectindex Cure - Overig	100	102,63	2,63%	1,05%
BDB-projectindex Care - Zorg & Wonen	100	102,92	2,92%	1,17%

<sup>24</sup> Met de Gezondheidszorgindex: cijfer 132,5 = exclusief en inclusief BTW, het basisjaar 2001 = 100

<sup>25</sup> Een onderbouwing van de BDB-indexen alsmede de actuele prijsontwikkelingen kunnen worden opgevraagd bij het Bureau Documentatie Bouwwezen [www.bdb-index.nl/BDB\\_Indexcijfers](http://www.bdb-index.nl/BDB_Indexcijfers)

De stijging van de BDB-projectindex Care Zorg & Wonen bedraagt 2,92% over de periode 1 januari 2011 tot 1 juli 2013. Dit percentage zal in hoofdstuk 6 worden gebruikt voor de actualisatie van de bouwkosten in de Care.

Voor de Cure wordt in de Handreiking een gecombineerde BDB -projectindex Cure gebruikt op basis van het gewogen gemiddelde van de volgende indexcijfers:

- de BDB-projectindex Cure – Hotfloor (wegingsfactor is 1)
- de BDB-projectindex Cure – Overig (wegingsfactor is 2)

De wegingsfactoren zijn bepaald op basis van de oppervlakteaandelen in een algemeen ziekenhuis.

Rekening houdend met de wegingsfactoren bedraagt de stijging van de bouwkosten in de Cure 2,68%, over de periode 1 januari 2011 tot 1 juli 2013. Dit percentage wordt in hoofdstuk 6 gebruikt voor de actualisatie van de bouwkosten in de Cure.

Tabel 5.1.b: Gemiddelde stijging in de Cure

Gemiddelde stijging in de Cure, excl. BTW, basisjaar 2011 = 100				
	januari 2011	juli 2013	Stijging over 2,5 jaar	Stijging per jaar
BDB-projectindex Cure - Gecombineerd	100	102,68	2,68%	1,07%

De indexcijfers zijn berekend tot juli 2013. Dit betekent dat de in het volgende hoofdstuk te presenteren kengetallen voor de bouwkosten hetzelfde prijspeil hebben. Deze kengetallen kunnen met de beschreven indexen op dezelfde wijze worden geactualiseerd naar een actueel prijspeil.

## 5.2 FORECAST BOUWMARKT

In de vorige paragraaf zijn de ontwikkelingen in de bouwkosten geschetst met als doel te komen tot indicaties voor het actuele prijsniveau. Deze schets is uiteraard geënt op het verloop van de bouwkosten in het verleden. Interessant is welke verwachtingen er bestaan.

Het Economisch Instituut voor de Bouw (EIB) heeft in 2012 in opdracht van Bouwend Nederland een studie uitgebracht over de toekomstige ontwikkelingen in de bouw<sup>26</sup>. In dit rapport worden 4 theoretische scenario's uitgewerkt. Deze scenario's zijn afgestemd op twee variabelen. De ene variabele betreft de ontwikkeling van de economische groei en de demografische ontwikkeling. Daarbij wordt een hoge en een lage groei onderscheiden. De andere is die van de beleidsoriëntatie. Bij deze variabele wordt een onderscheid gemaakt tussen de Angelsaksische benadering gericht op waarden als vrijheid, particulier initiatief en zelfontplooiing en het zogenaamde Rijnlandse model. Het model kenmerkt zich door samenwerking en vertrouwen en streeft gelijkheid na. Dit model model veronderstelt een overheid die

<sup>26</sup> EIB, De bouw in 2020, vier kwantitatieve scenario's, juni 2012



Reinier de Graaf  
ziekenhuis, Delft;  
EGM, Deerns, ZRi

met actief beleid op het gebied van onder meer milieu, ruimtelijke ordening en zorg een sociale verzorgingsstaat nastreeft.

In alle scenario's wordt voor 2020 een herstel verwacht van de bouwproductie. Ten opzichte van 2012 wordt in de scenario's met een hoge groei zelfs een iets hoger niveau verwacht dan in het topjaar 2008. In de scenario's met een lage groei wordt in 2020 een ca. 10% hogere productie verwacht dan in 2012. De positieve ontwikkelingen doen zich volgens het EIB met name voor in de woningbouw, de GWW-sector en het onderhoud van gebouwen. In de utiliteitsbouw wordt geen substantiële groei verwacht en zeker niet in de nieuwbouw. Dit komt vooral door de kantorenmarkt. Voor de zorg wordt in de vier scenario's een stabilisatie in de nieuwbouw verwacht ten opzichte van 2012. Opvallend is wel dat de nieuwbouwproductie in de zorg in 2012 volgens het EIB hoger lag dan in 2008. Wellicht een uitvloeisel van het afschaffen van het vergunningensysteem. Evident is dat de bouw in de zorg minder gevoelig is voor de economische groei.

Overigens heeft het EIB in oktober 2012 een publicatie specifiek voor de zorg uitgebracht.<sup>27</sup> In deze publicatie wordt een positief beeld geschetst van de verwachte bouwproductie in de zorg. Verwacht wordt dat in alle sectoren, de Cure, de intramurale Care en de extramurale Care ten opzichte van 2010 een forse groei optreedt. In 2016 zou de totale bouwproductie volgens het EIB ruim € 1,8 mld. bedragen. In 2010 was de bouwproductie nog bijna € 1,6 mld. Voor 2030 wordt zelfs een bouwproductie verwacht van bijna € 3,7 mld. Deze inschattingen zijn primair gebaseerd op de verwachtingen rond de demografie en de economische ontwikkeling. De nieuwe beleidsontwikkelingen worden wel als bedreigingen gekarakteriseerd maar zijn niet kwantitatief meegenomen.

TNO heeft begin 2012 een publicatie uitgebracht over de verwachte ontwikkelingen in de bouw.<sup>28</sup> TNO heeft zich daarbij gebaseerd op de raming van december 2011 door het CPB. Op basis hiervan verwacht TNO ten opzichte van 2010 een tweetal jaren een daling van de woningbouw en vanaf 2013 weer een lichte stijging. Voor de utiliteitsbouw wordt zelfs voor de gehele periode tot 2016 een daling verwacht. Er is geen onderscheid gemaakt naar de verschillende sectoren van de utiliteitsbouw.

Uit bovenvermelde publicaties komt geen eenduidig beeld over de verwachte ontwikkeling van de bouwproductie in de zorg. Geconstateerd kan worden dat de economische ontwikkeling sinds eind 2011 alleen maar is verslechterd en dat het beleid van de overheid voor wat betreft de intramurale zorg niet opgevat kan worden als een impuls voor de bouwproductie. Het is dus niet te verwachten dat de marktontwikkeling zodanig is dat dit tot prijsstijgingen gaat leiden.

Voor wat betreft de ontwikkeling van de bouwkosten kan vooralsnog verondersteld worden dat deze ongeveer gelijke tred zal houden met de inflatie. Volgens het CPB<sup>29</sup> zal de inflatie in de periode 2014-2017 iets boven de 2% per jaar bedragen. Dit is volgens het CPB vergelijkbaar met de ontwikkeling van de contractlonen in de marktsector.

<sup>27</sup> EIB, Bouwen voor de zorg, oktober 2012

<sup>28</sup> TNO Bouwprognoses 2011-2016, 23 januari 2012

<sup>29</sup> CPB juni raming 2012 De Nederlandse economie tot 2017, inclusief begrotingsakkoord 2013.



### 5.3 AANBESTEDINGSVORMEN

In de gezondheidszorg komen vele aanbestedingsvarianten voor. Voorbeelden hiervan zijn ontwerpen uitgewerkt tot Voorlopig Ontwerp (VO) of Definitief Ontwerp (DO) die in de markt worden gezet soms met bekendmaking van het beschikbare budget.

Bij de aanbesteding gaat het om de beheersing van het evenwicht tussen 3 variabelen, te weten:

- prijs;
- kwaliteit;
- risico.

Als de prijs de dominante factor is, zal de kwaliteit de variabele zijn en vice versa. Ieder realisatietraject van een ontwerp kent een aantal risico's. Opdrachtgevende partijen slagen er niet altijd in om deze risico's voldoende transparant te maken, te benoemen en te beschrijven. Zij leggen de risico's neer bij de aannemende partijen. Deze moeten dan op basis van onvolledig inzicht een inschatting maken van de financiële risico's. Dit heeft invloed op de balans tussen prijs en kwaliteit. Onduidelijkheid bij de inschrijvers zal zich altijd vertalen in een hogere risicopremie, soms is dat al begrepen in de aanbidding soms komt deze pas in een later stadium terecht bij de opdrachtgever.

Binnen de eigen organisatie moet voldoende draagkracht zijn voor het ontwerp maar moet ook het inrichtingstraject van de medische apparatuur op hoofdlijnen tijdig bekend zijn. Daarnaast zal om een goede en verantwoorde aanbidding te kunnen doen inzicht moeten bestaan in de gevraagde kwaliteit en kwantiteit en de risico's.

Opdrachtgevers zoeken naar partijen die begrip hebben voor hun situatie en proberen tijdens hun selectie voor aanbestedingskandidaten partners te vinden waarmee zij goede afspraken kunnen maken en waar niet bij iedere onduidelijkheid in de vraagspecificatie het woord meerwerk valt. Partners waarmee zij duidelijke afspraken kunnen maken (over geld en planning) en die zelf de kwaliteit van hun proces en op te leveren bouwwerk bewaken. Kortom ze wensen een partner die hun zorg uit handen neemt waardoor zij zich kunnen focussen op de organisatorische veranderingen die gelijktijdig moeten plaatsvinden om het gebouw straks in gebruik te nemen.

Deze zoektocht naar partners staat haaks op het in de markt zetten van onvolledige producten. Een oplossing kan bijvoorbeeld liggen in het integraal ontwerpen binnen een Building Information Modelling (BIM) structuur waarbij het zorgvastgoed volledig wordt uitgedetailleerd (tot het niveau van werktekeningen) en waarbij tijdens het ontwerp periodiek clash control plaats vindt tussen de verschillende ontwerpdisciplines. Op deze wijze ligt de uiteindelijke kwaliteit duidelijk vast en worden de risico's voor de uitvoerende partijen verminderd en kan een goede prijs worden bepaald. Hierdoor wordt het onderhandelingstraject korter en kan er snel worden gestart met de realisatie.

### 5.4 AANBESTEDINGSRESULTATEN

In het eerste decennium van de 21<sup>e</sup> eeuw was er sprake van een overspannen bouwmarkt. In de zorgbouw leidde dit tot grote tegenvallers bij aanbestedingen. Bij diverse projecten waren

overschrijdingen van het vergunningbedrag met 10 à 20% geen uitzondering. Dit leidde tot vertragingen en pijnlijke bezuinigingen.

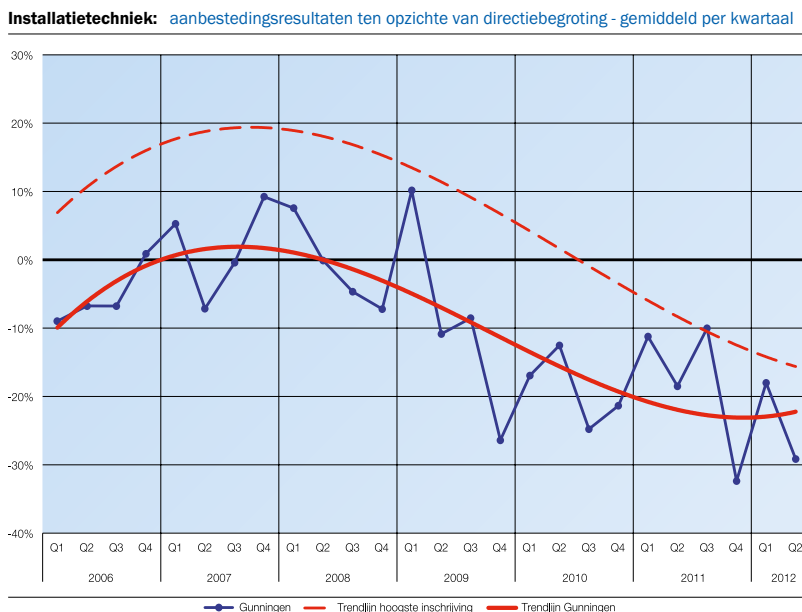
Ten gevolge van de financieel economische crisis is er al vanaf 2008 sprake van meevallende aanbestedingsresultaten. In 2010 heeft TNO<sup>30</sup> van 17 gezondheidszorgprojecten die in 2009 en 2010 waren aanbesteed de effecten becijferd. Van de 17 projecten waren er 15 in 2009 aanbesteed met een gezamenlijke inschrijfsom van € 111 mln. Het gewogen gemiddelde aanbestedingsresultaat van deze 15 projecten bedraagt 13,5% voordelig. De overige 2 projecten zijn in het voorjaar van 2010 aanbesteed met een gezamenlijke inschrijfsom van € 108 mln. Het gewogen gemiddelde van deze 2 projecten bedroeg 10,0% voordelig.

Het gewogen gemiddelde van de 17 geanalyseerde projecten bedroeg 11,8% voordelig. Het gewogen gemiddelde resultaat per discipline gaf het volgende beeld:

- bouwkundig 14,1% voordelig;
- werktuigbouw 6,8% voordelig;
- elektrotechniek 6,3% voordelig.

Deerns Nederland BV houdt al jaren bij hoe de prijzen in de installatiemarkt zich ontwikkelen. Uit de aanbestedingsbarometer van Deerns blijkt dat er ook vanaf 2010 sprake is van een aanhoudende prijsdruk.

Figuur 5.4.a : Aanbestedingsbarometer 1/2012, Deerns Nederland BV©

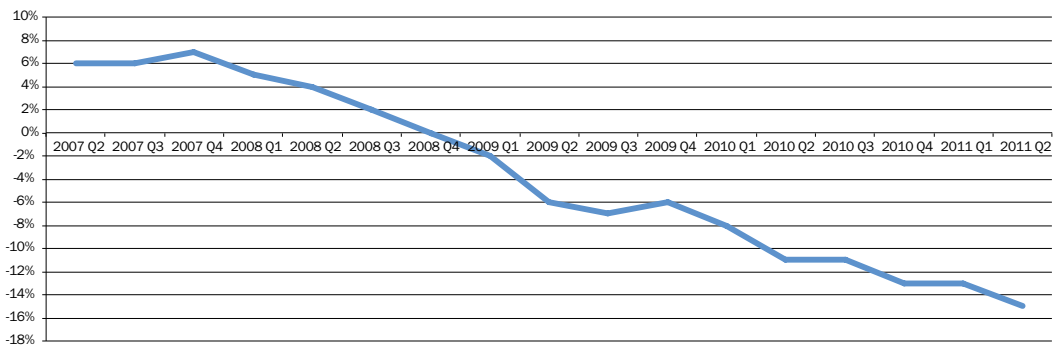


<sup>30</sup> Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2010, TNO

Gemiddeld lagen de prijzen in de installatiebranche 15 tot 20% onder de directiebegroting. De effecten voor de werktuigbouw worden becijferd op 15% voordelig en voor de elektrotechniek op 20% voordelig, bij traditionele vormen van aanbestedingen. In de afgelopen periode heeft Deerns een continuering van het lage prijsniveau geconstateerd. De aanbestedingsmonitor van Deerns betreft overigens meerdere sectoren en niet alleen de gezondheidszorg.

Het BDB volgt vanaf het begin van dit millennium eveneens de marktontwikkeling door de werkelijke prijsontwikkeling (outputcijfers) af te zetten tegen de BDB-(input)indexcijfers. De uitkomsten hiervan zijn in een grafiek (de zogenaamde 'marktindicator') tot uitdrukking gebracht.

Figuur 5.4.b : BDB Marktindicator©



De getoonde informatie loopt achter op de officiële publicaties van BDB . De recente en up-to-date alsmede geprognosticeerde informatie is verkrijgbaar bij BDB. Als gevolg van de ontwikkelingen in de markt dalen de werkelijke kosten vanaf 2008 onder de BDB-index, (0%-as), die de autonome ontwikkeling van loonkosten en materiaal prijzen aangeeft. De aanhoudende prijsdruk wordt derhalve ook bevestigd door de BDB-marktindicator.

Op basis van het bovenstaande kan een inschatting worden gemaakt van wat de markteffecten zijn bij een aanbesteding. Daarbij dienen uiteraard de recente ontwikkelingen en de regionale situatie te worden betrokken. Ook impliceert een lage inschrijving niet automatisch een goedkope en voorspoedige uitvoering van een project.



# 6

## GEACTUALISEERDE KENGETALLEN BOUW- EN INVESTERINGSKOSTEN

In dit hoofdstuk worden kostenuitgangspunten en kengetallen van de Cure en de Care vermeld en toegelicht. De bouwkosten per m<sup>2</sup> zijn opgesteld aan de hand van geactualiseerde prijzen die gelden op de peildatum, 1 juli 2013. Deze kengetallen kunnen met de beschreven indexen in 5.1 op de gebruikelijke wijze worden geactualiseerd naar een ander prijspeil.

De geactualiseerde kengetallen worden weergegeven in €/m<sup>2</sup> BVO (bruto vloeroppervlakte). Hierbij wordt de BVO bepaald aan de hand van de NEN 2580. De weergegeven kengetallen betreffen de bouw- en investeringskosten. Hierin zijn alle, door de bouwbedrijven gehanteerde, opslagen begrepen, zoals algemene uitvoeringskosten, algemene kosten, winst en risico, verzekeringen en coördinatiekosten. De bouwkosten zijn exclusief losse inrichtingen en gebruikersvoorzieningen. Een definitie van hetgeen in de Handreiking onder bouwkosten wordt verstaan is opgenomen in een demarcatielijst in bijlage 2. Hierin zijn de meest voorkomende onderdelen gedemarkeerd.

De gepresenteerde getallen zijn nadrukkelijk kengetallen welke geënt zijn op een gemiddelde uitwerking van een bouwplan. Met de kengetallen kan in de bouwvoorbereidingsfase tezamen met een inschatting van de benodigde oppervlakte een raming worden gemaakt van de investeringen die met een bouwplan samenhangen. Het zijn dus geen markt cijfers. Markt cijfers zijn afhankelijk van de concrete uitwerking van het bouwplan, het tijdstip van de bouw en de regionale bouwmarkt.

Op basis van de kengetallen bouwkosten kan in combinatie met de kengetallen vloeroppervlakte (hoofdstuk 4) en de bouwkostenindex (hoofdstuk 5) een actueel investeringskader voor de nieuwbouwprojecten van zorgvastgoed worden bepaald. Dit investeringskader is niet normatief; het verschaft de informatie die noodzakelijk is bij het bepalen van het kostenniveau van de onderling verschillende individuele bouwprojecten. Instellingen kunnen hierin dus differentiatie in kwaliteit en kosten aanbrengen.

De totale investeringskosten per m<sup>2</sup> van een project zijn de som van grondkosten, bouwkosten, bijkomende kosten, inventariskosten, directiekosten, rente tijdens de bouw, onvoorzien en startkosten. In deze Handreiking worden de bouwkosten, de bijkomende kosten, de directiekosten, rente tijdens de bouw, de post onvoorzien en een beperkt deel van de startkosten (zie 6.3) behandeld.

Grondkosten, inventariskosten en het overige deel van de startkosten<sup>31</sup> zijn dermate specifiek voor het plan of de locatie dat daarover in deze Handreiking geen uitspraken worden gedaan. In volgende Handreikingen zullen de grondkosten en startkosten uitgebreider aan de orde worden gesteld. Inventariskosten zijn kosten die betrekking hebben op de losse inrichting van een gebouw. Alle zaken die niet aard- of nagelvast met een gebouw zijn verbonden, zijn te beschouwen als inventaris. Voor een toelichting: zie bijlage 2 Demarcatielijst.

Voor meer informatie over de rubricering van de investeringskosten wordt verwezen naar NEN 2361 en de Elementenmethode 2005<sup>32</sup>. In deze uitgave zijn de bouwkosten verdeeld over de deelrubrieken: bouwkundige werken, W-installaties en klimaatinstallaties, E-installaties en transportinstallaties, vaste inrichtingen en terreinvoorzieningen. In de Handreiking zijn de indirecte bouwkosten naar rato verdeeld over de genoemde deelrubrieken. Voor de bijkomende kosten, directiekosten, de post onvoorzien en een

<sup>31</sup> Niet opgenomen zijn onder meer interimvoorzieningen en oude plankosten

<sup>32</sup> Stichting STABU en de BNA hebben de nieuwe publicatie Elementenmethode 2005 en de koppeling met de STABU<sup>2</sup>-systematiek gepubliceerd.

deel van de startkosten zijn gemiddelde percentages opgenomen die kunnen worden gehanteerd voor de bepaling van de benodigde investeringssom (zie paragraaf 6.3).

Per gebouwtype is in de Handreiking een kengetal berekend. Dit kengetal is voor een basisvoorziening afhankelijk van keuzes die gemaakt worden over lay-out, afwerkingen en techniek. Afhankelijk van deze keuzes kunnen de kosten afwijken van het gepresenteerde kengetal.

Per gebouwtype worden factoren genoemd die invloed kunnen uitoefenen op de prijs. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld brandweereisen of domotica. De prijsinvloeden worden net als de kengetallen uitgedrukt in € per m<sup>2</sup> en moeten worden beoordeeld als meer- / minderwerk op het kengetal. Het kan voorkomen dat een factor niet kan worden uitgedrukt in € per m<sup>2</sup>.

De kosteneffecten van het nieuwe Bouwbesluit 2012 werden aanvankelijk voor de zorgsector ingrijpend genoemd. Daarna is intensief overleg geweest tussen de departementen en de Brancheorganisatie Zorg<sup>33</sup> (BOZ) over de effecten van het nieuwe Bouwbesluit. Na overleg zijn er aanpassingen op het Bouwbesluit geweest waardoor er behoudens in bijzondere gevallen geen extra kosteneffecten optreden voor de zorgbouwprojecten. Voor de kengetallen bouwkosten van alle sectoren vindt er om die reden geen algemene verhoging plaats.

Door het nieuwe Bouwbesluit kunnen afhankelijk van de ontwerptechnische uitwerking van het desbetreffende project overigens wel extra kosten ontstaan, zoals de eisen rondom vluchtwegen. Ook de lokale brandweereisen voor sprinklers of de moderne watermistinstallatie kunnen aanleiding geven tot extra kosten. Geadviseerd wordt deze kosten in de ontwerpfase te onderzoeken en de lokale brandweereisen te ramen (kengetal bouwkosten voor sprinklers € 30, - per m<sup>2</sup> en voor watermist € 50, - per m<sup>2</sup>, exclusief BTW).

## 6.1 KENGETALLEN BOUWKOSTEN CURE

De stijging van de bouwkosten in de Cure over de periode 1 januari 2011 tot 1 juli 2013 bedraagt 2,68%. Deze stijging wordt toegepast op het kengetal bouwkosten (excl. BTW) voor de Cure

Bij de bepaling van de kengetallen bouwkosten voor de Cure moet rekening worden gehouden met uitbreiding van hoogtechnologische en kapitaalintensieve functies die specifiek zijn voor een ziekenhuis, zoals omschreven in hoofdstuk 4.1.2 de stijging van duurdere m<sup>2</sup>'s in de bouwplannen wordt veroorzaakt door een toename van de hoofdfunctiegroepen onderzoek en behandeling. Op basis van de gedifferentieerde kengetallen voor deze functiegroepen en het aandeel in de totale oppervlakte wordt het kostenverhogende effect op de bouwkosten per m<sup>2</sup> voor een algemeen ziekenhuis in deze Handreiking berekend op 1,8%. De laatste jaren is er bovendien sprake van een toenemend aandeel van werktuigbouwkundige en elektrische installaties in ziekenhuizen. Voortschrijdende technologische

<sup>33</sup> boz Brancheorganisatie Zorg, persbericht en brief vaste commissie voor Binnenlandse Zaken: NIEUWE BOUWREGELS KOSTEN MILJARD, 25 mei 2011

ontwikkelingen verhogen de kostprijs per m<sup>2</sup>. Verder neemt de gevelfactor toe en worden er extra investeringen gedaan in flexibiliteit voor alternatieve aanwending van gebouwdelen. Deze plussen hebben eveneens een verhogend effect op de bouwkosten. De totale stijging van de bouwkosten voor de Cure per m<sup>2</sup> als gevolg van zorginhoudelijke en technische wijzigingen wordt geschat op 3%.

Door ziekenhuizen wordt in toenemende mate gekozen voor de toepassing van brandbeveiliging met sprinkler- of watermistsystemen. Deze systemen geven per definitie een hoger beveiligingsniveau, omdat een brand geheel automatisch, zonder tussenkomst van mensen, snel en effectief wordt bestreden. De bouwkosten voor de Cure zijn in de Handreiking verhoogd met een bedrag van € 30, - per m<sup>2</sup>, exclusief BTW, voor de toepassing van een sprinklerinstallatie, onder de rubriek E-installaties.

Het kengetal bouwkosten voor de Cure per m<sup>2</sup> BVO op prijspeil 1 juli 2013 is in tabel 6.1.a weergegeven.

Tabel 6.1.a Cure kengetal bouwkosten

BOUWKOSTEN Cure Nieuwbouw € / m <sup>2</sup> BVO, prijspeil juli 2013	Exclusief BTW	Inclusief 21% BTW afgerond	Percentage van de bouwkosten
1.1 bouwkundige werken	1.035	1.252	52%
1.2 W-installaties en klimaatinstallaties	378	457	19%
1.3 E-installaties en transportinstallaties	418	506	21%
1.4 vaste inrichtingen	120	145	6%
1.5 terreinvoorzieningen	40	48	2%
<b>1.0 BOUWKOSTEN</b>	<b>1.991</b>	<b>2.409</b>	

In het kengetal bouwkosten Cure zijn de bouwkosten verdeeld over de deelrubrieken: bouwkundige werken, W-installaties en klimaatinstallaties, E-installaties en transportinstallaties, vaste inrichtingen en terreinvoorzieningen volgens de vermelde percentages naast de tabel. Deze verdeling over de deelrubrieken is indicatief. In het jaarbeeld bouwkosten 2010 is een verdeling aangehouden van 51,8%, 20,1%, 18,5%, 6,8% en 2,8%. Uit een gespreksronde met adviesbureaus is naar voren gekomen dat het aandeel van de installatietechniek sterk is toegenomen. Een analyse van een beperkt aantal recente projecten bevestigen dit beeld. Daarnaast zijn in de Handreiking in de deelrubriek E-installaties de kosten voor de sprinkler opgenomen.

De gedifferentieerde kengetallen bouwkosten / m<sup>2</sup> van de verschillende ziekenhuisfuncties in een algemeen ziekenhuis zijn weergegeven in tabel 6.1.b. met alle daarbij behorende functies in de klassieke verhoudingen. Ze zijn weergegeven als een percentage van de gewogen gemiddelde bouwkosten van een algemeen ziekenhuis. Deze percentages kunnen in combinatie met de 'schillenmethode' als uitgangspunt worden gebruikt in situaties waarin een ziekenhuisorganisatie nieuwbouw voor een of meer ziekenhuisfuncties wil realiseren. Door de berekening van de bouwkosten met de gedifferentieerde kengetallen zijn de bouwkosten direct zichtbaar door de keuze van de vorm en de functieverdeling over de schillen. In de percentages zijn de kosten voor de installaties specifiek aan de functiegroepen toegerekend; dit betekent dat deze bijvoorbeeld bij OK's veel hoger zijn dan gemiddeld.

Aan deze gedifferentieerde prijzen moet de specifieke prijsontwikkeling die op in paragraaf 6.1 is geraamd op 3% nog worden toegerekend. Naar verwachting zal dit primair betrekking hebben op de hotfloor en het hotel. In volgende Handreikingen zal een tool worden ontwikkeld om op basis van kengetallen een bouwbudget te kunnen berekenen.



Tabel 6.1.b : gedifferentieerde kengetallen bouwkosten Cure

x = het kengetal wordt in komende Handreikingen nader bepaald op basis van kostenonderzoek.

Gedifferentieerde kengetallen % bouwkosten / m <sup>2</sup> Cure		Hotfloor	Fabriek	Kantoor	Hotel
Functie					
Verpleging	algemene verpleging				100%
	special care	120%			120%
	kinderverpleging				100%
	kraamverpleging				100%
	dagverpleging				100%
Onderzoek en behandeling	spreekuurafdeling			90%	
	algemeen orgaanfunctie-onderzoek			110%	
	beeldvormende diagnostiek	120%			
	nucleaire geneeskunde	110%			
	poliklinische behandeling			110%	
	spoedeisende hulp	120%			
	operatie-afdeling	160%			
	verlosafdeling	100%			
	dialyse			x	
fysiotherapie			x		
Ondersteunende functies	centrale sterilisatie		135%		
	apotheek (productie)		105%		
	apotheek (distributie)			105%	
	laboratorium (KCL, MML, PAL)		105%		
	gemeenschapsruimten			90%	90%
	maatschappijvoorzieningen			90%	90%
	centrale stafaccommodatie			75%	
	beschikbaarheidsdienst				75%
	beddencentrale		75%		
	linnenverzorging		80%		
	personeelsgarderobe (KIA/KUA)		80%		
	personeelsrestaurant en -recreatie			90%	90%
	centrale keuken		145%		
	centraal magazijn		70%		
	facilitair bedrijf (overig)			75%	
	bestuur en directie			75%	
	administratie en archief			75%	
	opleiding personeel			75%	

## 6.2 KENGETALLEN BOUWKOSTEN CARE

De stijging van de BDB-projectindex Care – Zorg & Wonen over de periode 1 januari 2011 tot 1 juli 2013 bedraagt 2,92%. De stijging wordt toegepast in de Care op de bouwkosten (excl. BTW).

Voor de kengetallen in de Care is per sector een vertaalslag gemaakt van de kostennormen per m<sup>2</sup> BVO naar één kengetal bouwkosten Care (de kostennorm per m<sup>2</sup> voor specifieke bouw). In deze paragraaf wordt een eerste aanzet gegeven om dit kengetal naar analogie van de schillenmethode te vertalen in gedifferentieerde bouw- en investeringskosten per functie. Het is de bedoeling dit in de komende Handreikingen verder uit werken.

De prestatie-eisen kenden een aantal individuele kostentoeslagen per gebouwtype en sector. Navraag bij een aantal adviesbureaus die werkzaam zijn in het zorgvastgoed bevestigt het beeld dat deze afzonderlijke toeslagen in de praktijk niet meer worden toegepast omdat het basisbedrag voldoet voor de door de instellingen in de praktijk gemaakte keuzes. Verder is de populatie in de ouderenzorg wel verzwaard maar de kengetallen voor de deelrubrieken met technische installaties worden door de adviseurs voldoende geacht.

Ook de Care instellingen is er aandacht voor de toepassing van brandbeveiliging met sprinkler- of watermistssystemen. De installatiekosten zijn niet opgenomen in het kengetal bouwkosten omdat de toepassing projectafhankelijk is.

Uneto-VNI heeft voor opdrachtgevers en installateurs een methodiek ontwikkeld<sup>34</sup> om het ontwerpproces richting te geven. Het biedt een leidraad om in te kunnen spelen op de wensen van klanten met een specifieke behoefte. De extra kosten voor domotica, buiten wat al onder het bouwregime gebruikelijk was, is niet in het kengetal opgenomen.

Het kengetal bouwkosten voor de Care per m<sup>2</sup> BVO op prijspeil 1 juli 2013 is in tabel 6.2.a weergegeven.

Tabel 6.2.a kengetal bouwkosten Care

BOUWKOSTEN Care kosten nieuwbouw € / m <sup>2</sup> BVO, prijspeil juli 2013	Exclusief BTW	Inclusief 21% BTW afgerond	Percentage van de bouwkosten
1.1 bouwkundige werken	880	1.065	63,2%
1.2 W-installaties en klimaatinstallaties	202	244	14,5%
1.3 E-installaties en transportinstallaties	177	214	12,7%
1.4 vaste inrichting	98	119	7,0%
1.5 terreinvoorzieningen	36	44	2,6%
<b>1.0 BOUWKOSTEN</b>	<b>1.393</b>	<b>1.686</b>	

<sup>34</sup> <http://www.stappenplanzorgwoning.nl/>



Koninklijke Kentalis,  
Sint-Michielsgestel; ZRi

In het kengetal voor de care zijn de bouwkosten verdeeld over de deelrubrieken: bouwkundige werken, W-installaties en klimaatinstallaties, E-installaties en transportinstallaties, vaste inrichtingen en terreinvoorzieningen volgens de vermelde percentages naast de tabel. Deze verdeling over de deelrubrieken is gebaseerd op een analyse van 6 recente verpleeghuisplannen. Vanwege de beperkte omvang van het aantal geanalyseerde projecten is de verdeling indicatief.

De gedifferentieerde kengetallen bouwkosten / m<sup>2</sup> per functie zijn weergegeven in tabel 6.2.b. met alle daarbij behorende functies. Ze zijn weergegeven als een percentage van de bouwkosten Care.

Tabel 6.2.b : gedifferentieerde kengetallen bouwkosten Care

x = het kengetal wordt in komende Handreikingen nader bepaald op basis van kostenonderzoek.

Gedifferentieerde kengetallen % bouwkosten / m <sup>2</sup> Care		Specifiek woon-gebouw	Generiek woon-gebouw	Kantoor	Activiteiten School
Functie					
Wonen en verpleging	afdelingsverblijf	100%			
	groepsverblijf (kleinschalig)	100%	85%		
	individueel verblijf	100%	85%		
	beveiligd verblijf	120%			
Onderzoek en behandeling	(dag) activiteitenruimten				80% - 100%
	theapieruimten (groeps)				100%
	therapieruimten (individueel)				100%
	begeleiding (medisch en psychosociaal)			90%	
	spreekuurafdeling			90%	
	fysiotherapie				x
Ondersteunende functies	apotheek (distributie)			x	
	gemeenschapsruimten			x	x
	maatschappijvoorzieningen			x	x
	centrale stafaccommodatie			x	
	beschikbaarheidsdienst	100%	85%		
	personeelsgarderobe			x	
	personeelsrestaurant en -recreatie			x	x
	centrale keuken				x
	centraal magazijn				x
	faciliteitsbedrijf (overig)			90%	
	bestuur en directie			90%	
	administratie en archief			90%	
	opleiding personeel			90%	

Deze percentages kunnen in combinatie met de 'schillenmethode' als uitgangspunt worden gebruikt in situaties waarin een zorgorganisatie nieuwbouw wil realiseren. Zo is een generiek woongebouw 85% van de bouwkosten Care. Door de berekening van de bouwkosten met de gedifferentieerde kengetallen zijn de bouwkosten direct zichtbaar door de keuze van de vorm en de functieverdeling over de schillen. In volgende Handreikingen zal een tool worden ontwikkeld om op basis van kengetallen snel een bouwbudget te kunnen berekenen.

### 6.3 KENGETALLEN INVESTERINGSKOSTEN CURE EN CARE

De bouwkosten zijn de kosten die rechtstreeks op de bouw betrekking hebben. Dat betekent niet dat daarmee alle investeringskosten in kaart zijn gebracht. Naast de bouwkosten moet rekening worden gehouden met de hieronder weergegeven zogenaamde staartkosten.

De staartkosten kunnen worden onderverdeeld in een aantal rubrieken. Onderstaand wordt op deze rubrieken ingegaan. De daarbij vermelde percentages aan kosten moeten worden beschouwd als indicatieve richtgetallen. Ze zijn gelijk aan de percentages die ten grondslag hebben gelegen aan de NHC's voor de Care. Deze percentages zijn de in Handreiking toegepast voor zowel de Cure en de Care.

- bijkomende kosten. Tot de bijkomende kosten behoren de overheidsheffingen, zoals leges en precario, de aansluitkosten van de nutsbedrijven en de kosten van verzekeringen, waaronder de CAR. Voor de bijkomende kosten is uitgegaan van maximaal 2,5% van de bouwkosten;
- directiekosten. Tot de rubriek directiekosten worden alle met de voorbereiding en begeleiding van de bouw verband houdende kosten gerekend, waaronder alle kosten voor onderzoek, advisering, managementondersteuning en planontwikkeling. Afhankelijk van de aard van het project en de mate waarin adviseurs worden ingeschakeld kan het bedrag voor directiekosten variëren<sup>35</sup>. In de Handreiking is ervan uitgegaan dat maximaal 14% van de bouwkosten voor directiekosten wordt aangewend;
- programma- en bestekswijzigingen. De rubriek programma- en bestekswijzigingen moet worden beschouwd als een reservering voor bij de uitvoering van het bouwplan optredende programma- en bestekswijzigingen. Vroeger werd dit de post onvoorzien genoemd. In de NHC's is rekening gehouden met 4% over het totaal van de kosten van de rubrieken Bouwkosten, Bijkomende Kosten en Directiekosten. Vroeger was dit percentage gelijk aan 2. Omdat er geen beroep meer kan worden gedaan op een vorm van compensatie voor tegenvallers tijdens de bouw is dit percentage verhoogd tot 4, voor zowel de Cure als de Care;
- loon- en prijsstijgingen. De rubriek loon- en prijsstijgingen biedt een reservering voor de bij de uitvoering van het bouwplan optredende loon- en prijsstijgingen hiervoor is een percentage van 2,5 opgenomen. Deze 2,5% wordt berekend over het totaal van de kosten van de rubrieken Bouwkosten, Bijkomende Kosten en Directiekosten en wordt berekend over de halve bouwtijd;
- rente tijdens de bouw. Voor de financiering van een investering moet in de regel vreemd vermogen worden aangetrokken waarover ook al tijdens de bouw rente moet worden vergoed. In de Handreiking

<sup>35</sup> Bij kleine projecten is dit percentage veelal niet haalbaar en bij hele grote projecten is dit ruim voldoende.

- is rekening gehouden met een rente van 5% conform het percentage gehanteerd bij de NHC's. Deze 5% wordt evenals de loon- en prijsstijgingen berekend over het totaal van de kosten van de rubrieken Bouwkosten, Bijkomende Kosten en Directiekosten en wordt berekend over de halve bouwtijd;
- startkosten. De rubriek Startkosten is een verzamelrubriek van resterende, bouwgerelateerde kostenposten. Onder de gebruikelijke startkosten worden verstaan de kosten voor droogstoken en overig energieverbruik, bewaking, schoonmaak en pr-activiteiten. Bij renovatie en vervangende nieuwbouw is verder ook altijd sprake van kosten voor verhuizing van patiënten, bewoners en inboedel. Voor deze rubriek rekening gehouden met kosten ter grootte van 1,5% van de bouwkosten.

Bouwprojecten kunnen naast bovengenoemde kosten in specifieke situaties geconfronteerd worden met andere kosten. Genoemd kunnen worden kosten voor fasering, voor sloop, tijdelijke huisvesting, niet-gebouwegebonden terreininfrastructuur, bovenwijkse voorzieningen en kosten voor gebouwd parkeren.

Het verdient aanbeveling dat men zich tijdig oriënteert op dit risico, te meer daar in de NHC's niet of nauwelijks met deze elementen rekening is gehouden. Wel is in de NHC-tarieven uitgegaan van een gemiddelde grondprijs verhoogd met 10% en een systematiek waarbij wordt afgeschreven op grond. Deze opslag is beschikbaar als maximum voor deze specifieke kosten. Kosten voor maaiveldparkeren zijn meegenomen in de bouwkosten en dus ook in de NHC's. Voor de ziekenhuissector zijn er geen NHC's (zie Bijlage 1) van toepassing en moeten deze kosten dus geheel uit de exploitatie worden bestreden. In tabel 6.3.a zijn de investeringskosten voor de Cure per m<sup>2</sup> BVO op prijspeil 1 juli 2013 weergegeven en in tabel 6.3.b de investeringskosten voor de Care.

Tabel 6.3.a kengetal investeringskosten Cure

INVESTERINGSKOSTEN Cure nieuwbouw € / m <sup>2</sup> BVO, prijspeil juli 2013 bouwtijd 30 maanden en verdiepingshoogte 3,75 meter.	Exclusief BTW	Inclusief 21% BTW afgerond
1.0 BOUWKOSTEN	1.991	2.409
2.0 BIJKOMENDE KOSTEN	50	61
3.0 INVENTARIS	p.m.	p.m.
4.0 DIRECTIEKOSTEN	279	338
5.0 RENTE tijdens de BOUW	145	175
6.1 programma- & bestekwijzigingen	93	113
6.2 loon- & prijsstijgingen	73	88
7.0 STARTKOSTEN	30	36
<b>TOTALE INVESTERINGSKOSTEN</b>	<b>2.661</b>	<b>3.220</b>

Tabel 6.3.b kengetal investeringskosten Care

INVESTERINGSKOSTEN Care kosten nieuwbouw € / m <sup>2</sup> BVO, prijspeil juli 2013 bouwtijd 12 maanden en verdiepingshoogte 3,30 meter.	Exclusief BTW	Inclusief 21% BTW afgerond
1.0 BOUWKOSTEN	1.393	1.686
2.0 BIJKOMENDE KOSTEN	35	42
3.0 INVENTARIS	p.m.	p.m.
4.0 DIRECTIEKOSTEN	195	236
5.0 RENTE tijdens de BOUW	41	50
6.1 programma- & bestekwijzigingen	65	79
6.2 loon- & prijsstijgingen	20	24
7.0 STARTKOSTEN	21	25
<b>TOTALE INVESTERINGSKOSTEN</b>	<b>1.770</b>	<b>2.142</b>



# 7 TENSLOTTE

Het ontwikkelen van een gebouw c.q. verbouwing start met het opzetten van een goed Programma van Eisen (PvE). In dit PvE legt een instelling vast wat zij minimaal wil hebben gerealiseerd bij de oplevering van het gebouw. De ervaring leert dat de opstellers van dit PvE zich in hoofdzaak beperken tot functionele en ruimtelijke eisen. Er wordt niet altijd stil gestaan bij het feit dat het zorgvastgoed een productiemiddel is. Het zorgvastgoed moet zichzelf in de looptijd van zijn bestaan terugverdienen, met als gevolg dat een grote nadruk wordt gelegd op het beheersen van de oppervlakte en de benodigde investeringskosten. Er is daardoor weinig aandacht voor de productiecapaciteit en levensduur c.q. de exploitatiekosten van een gebouw. De ervaring leert dat deze kosten circa 5 maal zo hoog zijn als de bouwkosten.

In de conceptontwikkelingsfase van een gebouw zal dus nadrukkelijker moeten worden gekeken naar de productiecapaciteit van het gebouw in relatie tot de personele inzet. Er zullen in het op te stellen PvE meer eisen gesteld moeten worden aan de logistieke kant van de productie-, de patiënten- en goederenstromen, de productieoptimalisatie en de toekomstige flexibiliteit. Tevens zal steeds meer nadruk moeten worden gelegd op de levensduurkosten van een gebouw: wat zijn de te verwachten kosten om dit 'productiemiddel' gedurende zijn levensduur te laten functioneren en in stand te houden. Het gaat hierbij om onderhouds- en beheerskosten, energiekosten en schoonmaakkosten maar ook de kosten van tussentijdse aanpassingen en modernisering. In volgende Handreikingen zullen deze levensduurkosten aan de orde worden gesteld in een vervolg-benchmark.



## BIJLAGE 1 INVESTERINGEN EN FINANCIERING KAPITAALLASTEN VIA ZORGPRODUCTIE

In de tijd van het bouwregime kregen de instellingen als een voorziening was gebouwd waarvoor (namens VWS) een vergunning was verleend de bij die investering behorende kapitaallasten (rente en afschrijving) automatisch via de tarievenwetgeving nagecalculeerd. Na de afschaffing van de vergunningverlening is dit principe verlaten. De kapitaallasten moeten via de productprijzen worden terugverdiend. Overigens betekent dit niet dat de garantie op de kapitaallasten in een keer is afgeschaft. Het beleid voor wat betreft de garantiestelling en het terugverdienen van de kapitaallasten via de productprijzen verschilt tussen de Cure en de Care.

### *Cure*

Ziekenhuizen kregen vanaf 2008 te maken met het feit dat alleen nacalculatie van kapitaallasten kon plaatsvinden voor investeringen waarvoor ex wet toelating zorginstellingen (WTZi) een vergunning was verleend of investeringen welke in die periode via de instandhoudingsmiddelen waren gefinancierd. Voor nieuwe investeringen, gedaan na de afschaffing van het bouwregime, was geen nacalculatie mogelijk. Bovendien was er aanvankelijk alleen recht op nacalculatie voor het niet geliberaliseerde deel van de omzet. Voor het zogenaamde B-segment werden ziekenhuizen geacht de kapitaallasten in de prijzen mee te nemen. Deze prijzen waren immers vrij onderhandelbaar. Overigens is met ingang van 1 januari 2009 een overgangsregeling getroffen waarbij de kapitaallasten behorend tot het B-segment nog over een periode van drie jaar met een aflopend percentage werden nagecalculeerd (met 75%, 50% en 25%). Het B-segment bedroeg toen landelijk gemiddeld 34% van de omzet. Voor het gereguleerde deel van de omzet, het A-segment, bestond in het begin dus nog een garantie op de bestaande kapitaallasten.

De NZa heeft in 2010 een beleidsregel opgesteld welke een oplossing bood voor de bestaande kapitaallastenproblematiek bij ziekenhuizen. Dit gebeurde nadat de Minister van VWS in een brief aan de Tweede Kamer een overgangsregeling had aangekondigd. De overgangsregeling was volgens de Minister bedoeld om instellingen in de gelegenheid te stellen zich aan te passen aan een nieuwe bekostigingssituatie waarbij de kapitaallasten niet langer zouden worden nagecalculeerd. De beleidsregel van de NZa was een overgangsregeling voor wat betreft de nacalculatie. De regeling had betrekking op het gereguleerde deel van de ziekenhuiszorg.

Ook was de beleidsregel een garantieregeling<sup>36</sup>, die een vangnet bood op het moment dat de budgettering van de ziekenhuizen zou worden afgeschaft. De garantieregeling loopt tot 2017. Als een ziekenhuis minder terugverdient op de kapitaallasten dan een bepaalde minimale gegarandeerde vergoeding, wordt dit verschil aangevuld. De vergoeding zou voor 2011 95% bedragen en loopt stapsgewijs af naar 70% in 2016. De NZa stelt de aanvullende vergoeding vast. De garantieregeling is pas van kracht op het moment dat de ziekenhuisbudgetten worden afgeschaft. Omdat in 2011 de budgettering nog van toepassing was, bedroeg de feitelijke kapitaallastenvergoeding in 2011 nog steeds

<sup>36</sup> Beleidsregel garantieregeling kapitaallasten 2011 t/m 2016, NZa

100%. In de prijzen van de producten voor het A-segment werd een opslag van 8% opgenomen voor kapitaallasten. Voor de radiotherapie bedroeg dit percentage 16,7%.<sup>37</sup> De opbrengst aan kapitaallasten die een ziekenhuis met de gerealiseerde productie realiseert wordt vergeleken met de minimaal gegarandeerde vergoeding.

Een belangrijke voorwaarde voor toepassing van deze beleidsregel is dat de kosten betrekking hebben op een bouwproject waarvoor het Bouwcollege een WTZi-vergunning heeft afgegeven. Andere bouwprojecten komen hier niet voor in aanmerking. De regeling wordt alleen toegepast op het gereguleerde deel van de ziekenhuiszorg (het A-segment). Overigens is nadien het B-segment uitgebreid. De garantieregeling heeft betrekking op het oude A-segment, dus inclusief het later geliberaliseerde deel van de productie.

De garantieregeling geldt tot 2017 en is van toepassing op de algemene ziekenhuizen, de categorale ziekenhuizen, de revalidatiecentra en epilepsiecentra. Voor de academische ziekenhuizen geldt tot en met 2016 een bijzondere regeling. Na 2016 zal er een nieuwe bekostigingsregel voor de kapitaallasten van het gereguleerde deel van de productie komen. Het is nog niet bekend hoe deze zal worden vormgegeven.

#### Care

Toen per 1 januari 2009 het bouwregime voor de Care kwam te vervallen werd bepaald dat de kapitaallasten gekoppeld aan door het Bouwcollege op basis van de WTZi afgegeven vergunningen volledig vergoed zouden worden. Dit gold ook voor investeringen die na afschaffing van het bouwregime zijn gerealiseerd. VWS heeft vervolgens gekozen voor de invoering van de zogenaamde normatieve huisvestingscomponenten (NHC's), per product (Zorgzwaartepakket)

De NHC is een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw) bouw en instandhouding. Deze vergoeding bestaat uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus van een AWBZ-voorziening, rente, afschrijvings- en instandhoudingsuitgaven bij een bezettingspercentage van 97% en bij een vastgestelde investeringsnorm te dekken. Voor de normering van het investeringspatroon, is gekozen voor een looptijd van 30 jaar zonder renovatie. De NHC's in de Care zijn zowel qua oppervlakte als qua kosten afgestemd op de prestatie-eisen uit de tijd van het bouwregime.

In de NHC is geen vergoeding opgenomen voor investeringen in medische en overige inventarissen en in computerapparatuur en -programmatuur. Bij de berekeningen van de NHC is uitgegaan van de in de bouwnormen 2008 opgenomen vierkante meters per cliënttype. De uitkomsten daarvan zijn gekoppeld aan het totale aantal cliënten per zorgzwaartepakket (ZZP) dat in het voorjaar van 2009 bekend was en in de onderscheiden sectoren intramurale zorg ontving. Tot slot is dit afgezet tegen de premisse dat alle gebouwen in de intramurale langdurige zorg op enig moment ten minste moeten kunnen beschikken over het bij de bouwnormen 2008 horende aantal vierkante meters per ZZP. Voor de bouwtijd is uitgegaan van een periode van 18 maanden. Voor de jaarlijkse instandhouding is een percentage van

<sup>37</sup> De kapitaallasten omvatten iets meer dan de gebruikelijke rente en afschrijving.





Marnix Revalidatiecentrum voor Ouderen, Vlaardingen; EGM



0,8% van de nieuwbouwwaarde opgenomen op jaarbasis. Voor grond, interim-huisvesting en terreinvoorzieningen is één component genomen, namelijk de gemiddelde grondprijs in Nederland plus 10%.

De maximale prijs voor het maximale aantal cliënten/zorgzwaartepakketten is vervolgens afgezet tegen 5% rente en prijspeil 2011. In het macrobedrag dat daaruit voortvloeide, is verdisconteerd dat alle gebouwen in de langdurige zorg qua vierkante meters op het niveau zijn gebracht van de voor de integrale tarieven als basis genomen vierkante meters volgens de bouwnormen 2008. Dit bedrag vormde voor de NZa de maximale ruimte waarbinnen tarieven kunnen worden berekend.

Voor de Care zijn de tarieven ingevoerd per 2012. Er geldt een overgangperiode die loopt tot 2018 waarbij bestaande zorgaanbieders geleidelijk toegroeien naar het NHC tarief per product. De NHC wordt gedurende de overgangperiode van 2012 tot 2018 jaarlijks geïndexeerd met 2,5%. In 2017 worden de NHC-parameters rente en indexering geëvalueerd, waarna in 2018 de volledige invoering zal plaatsvinden. Voor nieuwe zorgaanbieders gelden de vastgestelde NHC tarieven al wel volledig.

Het was niet mogelijk voor de curatieve GGZ de NHC's al per 2012 in te voeren. Dat is per 1 januari 2013 gebeurd. Gekozen is voor 7 verschillende NHC's gekoppeld aan de 7 onderscheiden verschillende soorten DBC's voor verblijf. De gehanteerde uitgangspunten zijn met uitzondering van de bezettingsgraden exact gelijk aan die van de Care. De bezettingspercentages, gekoppeld aan het soort verblijf, zijn gebaseerd op gegevens die beschikbaar zijn gekomen in het kostprijsonderzoek voor de productstructuur voor verblijf 2012. Het overgangsregime loopt tot 2018 en is gelijk aan dat van de Care, zij het dat ingestapt wordt in 2013 in plaats van 2012.

Ook voor de forensische zorg zijn de NHC's analoog aan de curatieve zorg in 2013 ingevoerd. De NHC's zijn gekoppeld aan de ZZP's en DBBC's die worden onderscheiden. Rekening is gehouden met een bezettingsgraad van 94%. Het overgangsregime loopt ook bij de forensische zorg tot 2018 en is gelijk aan dat van de Care, zij het dat ingestapt wordt in 2013 in plaats van 2012.

Omschrijving	Budget		
	Bouw- bud- get	Inven- taris	Ru- briek <sup>38</sup>
<b>Vaste inrichting</b>			
<i>laboratoriummeubilair</i>			
laboratoriumkasten/-meubilair		X	3.0
zuurkasten		X	3.0
koel-/vriescellen		X	3.0
vuilverwerking		X	3.0
LAF-kasten		X	3.0
veiligheidskasten		X	3.0
W- en E- voorzieningen in en/of op de tafels en kasten	X		1.2 / 1.3
labtafels	X		1.4
waterbehandeling RO (decentraal)		X	3.0
<i>Vaste timmerwerken</i>			
balies	X		1.4
vaste betimmeringen	X		1.4
kastenwanden	X		1.4
werkbladen	X		1.4
keukenblokjes/aanrechten (pantry's)	X		1.4
postvakkenkasten	X		1.4
babycommodes / babybadjes	X		1.4
werkkastenschappen	X		1.4
zitbanken in kleedcellen	X		1.4
doorgeefkasten	X		1.4
achterhout	X		1.4
<i>Sanitair</i>			
wastafels, inclusief kranen en appendages	X		1.4
toiletputten	X		1.4
spiegels	X		1.4
douchegarnituren	X		1.4
doucheschermen	X		1.4
planchetten	X		1.4
bedpanspoelers		X	3.0
badkuipen	X		1.4
hoog/laag-baden		X	3.0
lavagetoiletten	X		1.4

<sup>38</sup>voor omschrijving Rubriek zie hoofdstuk 6.



Omschrijving	Budget		
	Bouw- budget	Inven- taris	Ru- briek <sup>38</sup>
<b>Overige vaste inrichting</b>			
grootkeukeninstallaties		X	3.0
CSA-apparatuur		X	3.0
apotheekapparatuur		X	3.0
losse medicijn-, koel- of vrieskast		X	3.0
bedden centrale-apparatuur		X	3.0
vuilcomprimeersinstallaties		X	3.0
vaste hijsinstallaties		X	3.0
rails hijsinstallaties (beperkt)	X		1.1
op rails verrijdbare archiefstellingen		X	3.0
ADL-keuken/-toilet	X		1.4
(vaste) hydrotherapievoorzieningen	X		1.4
losse baden		X	3.0
vloer- of grondbasculen		X	3.0
loodschotten	X		1.1
vouw wanden	X		1.1
wandstoelen in de kleedcellen	X		1.4
wandstoelen in de douches	X		1.4
beugels in toiletten en douches	X		1.4
(electrische) binnen en buiten zonwering	X		1.4
lichtwering		X	3.0
glazenwasinstallatie	X		1.4
geluidskappen	X		1.4
audiovisuele middelen		X	3.0
specifieke garderobevoorzieningen	X		1.4
vaste bloembakken	X		1.4
losse bloembakken		X	3.0
bijzondere hoekbeschermers en stootplaten	X		1.4
losse klokken		X	3.0
stortkokers	X		1.1
buizenpost	X		1.3

Omschrijving	Budget		
	Bouw- budget	Inven- taris	Ru- briek <sup>38</sup>
<b>Medische inventaris</b>			
onderzoekbanken		X	3.0
röntgenlichtkasten		X	3.0
anesthesie- en beademingsapparatuur		X	3.0
scopenreinigers en scopen		X	3.0
infuuspompen		X	3.0
couveuses		X	3.0
koelkasten incl. databekabeling (voor medische doeleinden)		X	3.0
elektromedische apparatuur		X	3.0
patiëntenbewakingsapparatuur		X	3.0
beademingsapparatuur		X	3.0
röntgenapparatuur		X	3.0
automaten		X	3.0
losse sterilisatoren		X	3.0
operatielampen		X	3.0
onderzoekslampen		X	3.0
plafondpendels/zuilen		X	3.0
stoelconstructie pendels	X		1.1
bedwandpanelen (beddenkamers)	X		1.4
voorzieningengoten (intensieve verpleging)		X	3.0
multimedia systeem (per bed)		(ICT)	3.0
bedden		X	3.0
infuusstandaards		X	3.0
weegschalen		X	3.0
warmtelampen		X	3.0
transportmiddelen		X	3.0
instrumentenwagens		X	3.0
prefab kooi van Faraday, incl. compensatiestaal		X	3.0
(inbouw)audiocabine		X	3.0
sectie- en snijtafels		X	3.0
isotopen kluis		X	3.0
waterbehandeling t.b.v. medische doeleinden (decentraal)		X	3.0





Omschrijving	Budget		
	Bouw- budget	Inven- taris	Ru- briek <sup>38</sup>
<b>Overige inventaris</b>			
stoelen		X	3.0
tafels		X	3.0
bureaus		X	3.0
kasten		X	3.0
stellingen		X	3.0
plantenbakken		X	3.0
rolstoelen		X	3.0
wachtkamermeubilair		X	3.0
automatiseringsapparatuur (computer/printer/copier)		X	3.0
beamer/projectieapparatuur		X	3.0
gesloten TV systeem (CCTV)		X	3.0
koelkasten		X	3.0
paternosterkasten		X	3.0
restaurantieve voorzieningen		X	3.0
regeneerwagens		X	3.0
informatiesystemen/schermen		X	3.0
verduistering en lichtwering		X	3.0
<b>Terreininrichting</b>			
straatmeubilair	X		1.5
afvalbakken terrein	X		1.5
fietsenstallingen	X		1.5
lantarenpalen	X		1.5
bewegwijzering (op terrein)	X		1.5
parkeerapparatuur		X	3.0
informatiesystemen		X	3.0
brandhydranten	X		1.5
riolering	X		1.5
HWA infiltratie	X		1.5



## OVER HET ACVZ

De Stichting AcvZ, Adviescentrum voor Zorghuisvesting, is per 1 juni 2013 opgericht en is een samenwerkingsverband van Cure + Care consultancy te Bilthoven en Zorgbouw Consult te Zoeterwoude. Het AcvZ richt zich er op om vanuit een onafhankelijke visie en positie werkzaamheden te ondersteunen van partijen betrokken bij het bouwen in de zorg. Dit krijgt gestalte zowel in individuele projecten als in sectorale en generieke vraagstukken via kennisoverdracht, advisering, second opinion, regioverkenning en haalbaarheidsonderzoek.

In het AcvZ is kennis en ervaring aanwezig die mede berust op eerdere werkzaamheden en deskundigheid van het vroegere Bouwcollege. Vanuit diverse contacten met het veld is geconcludeerd dat er behoefte bestaat aan actualisering van kennis en een aantal kerngegevens, zoals onder andere kostengetallen, maatstaven, definities. Een eerste proeve hiervan is de nu uitgebrachte Handreiking.

## OVER DE AUTEURS

De Handreiking is geschreven door Leo Mimpen en Theo Staats. Leo Mimpen is sinds 1980 werkzaam op het gebied van beleid, capaciteitsbehoefte, huisvesting- en vastgoedvraagstukken in de zorgsector en is van huis uit econoom. Theo Staats is sinds 1990 als bouwkundige werkzaam in de zorgsector op het terrein van huisvesting- en vastgoedvraagstukken en in het bijzonder de herontwikkeling van zorgvastgoed en instellingsterreinen. Beiden hebben diverse publicaties op hun naam staan.

Sinds medio 2013 zijn ze zelfstandig ondernemer en sinds kort werken ze samen in het netwerk Consultancy Zorg en Bouw (nCZB). Zij leggen zich toe op het maken van analyses van zorg- en huisvestingsconcepten en het bedenken van praktische oplossingen vanuit een onafhankelijke invalshoek. Daarbij richten ze zich vooral op het begeleiden van instellingen (zowel zorgorganisaties als verzekeraars) met huisvesting- en vastgoedvraagstukken.



**Adviescentrum  
voor Zorghuisvesting**