TNO-rapport

Integraal bouwen, beheren en bekostigen

Rapport over de voor- en nadelen van geïntegreerd contracteren (DBFMO) van zorgvastgoedontwikkeling

Auteurs:
G. van Beek
F. Bisschop
A.W. Klein
H.E. Post
T.A. Staats

Rapport van TNO

Inhoud

Samenvatting — 5

1 Inleiding — 7

2 Contractvormen in de bouw — 10
2.1 Kenmerken van het geïntegreerde contract — 10
2.2 Traditionele versus geïntegreerde contracten — 12

3 Geïntegreerde contracten in de praktijk — 19
3.1 De ervaringen van de Rijksgebouwendienst — 19
3.2 De ervaringen in het onderwijs — 21
3.3 Buitenlandse ervaringen — 22

4 De visie van partijen in de gezondheidszorg — 24
4.1 Wat vindt de zorgverzekeraar? — 24
4.2 Wat vindt het zorgkantoor? — 25
4.3 Wat vinden de banken? — 26
4.4 Wat vinden de bouwmanagers van de ziekenhuizen? — 27

5 Kansen, bedreigingen en aandachtspunten voor geïntegreerde contracten in de Nederlandse zorgbouw — 30
5.1 Kansen — 30
5.2 Bedreigingen — 32
5.3 Aandachtspunten — 33
5.4 Geïntegreerde contracten een volwaardig alternatief? Conclusies — 38

6 Handvatten voor de vastgoedbeslisser in de gezondheidszorg — 41

Bijlagen
I Veranderende context van de Nederlandse gezondheidszorg — 44
II Typering vastgoed in de intramurale gezondheidszorg — 48
III Bronnen en geraadpleegde literatuur — 51
IV Lijst van geïnterviewden — 53
V Samenstelling klankbordgroep — 54
VI Afkortingen — 55

Summary — 56

Samenvatting

Ziekenhuizen en andere instellingen voor gezondheidszorg die een nieuw gebouw willen realiseren of grootscheeps willen renoveren, moeten hun plannen gefinancierd krijgen. Dat was tot voor kort eenvoudig, omdat de staat impliciet garant stond voor deze investeringen. Door het verdwijnen van het bouwregime is goedkeuring van het ministerie van VWS niet meer nodig.

De situatie is voor vastgoedbeslissers in de zorg dus nogal veranderd: ze moeten met gedegen businesscases bij de bank aankomen. En als de kapitaallasten, die in de tarieven worden doorberekend, te hoog worden, prijst het ziekenhuis zich uit de markt. Alle reden dus om eens te kijken of het nieuwe gebouw goedkoper neergezet, de renovatie goedkoper uitgevoerd en de exploitatiekosten verlaagd kunnen worden.

Met een traditionele aanbesteding vallen vermoedelijk weinig kostenvoordelen te behalen. De contractvormen waarmee in publiek-private samenwerking ervaring is opgedaan zijn echter mogelijk wèl interessant om te gebruiken in de zorgbouw, ook al zijn ziekenhuizen private instellingen. Zulke contracten worden geïntegreerde contracten of DBFMO-contracten (Design, Build, Finance, Maintain and Operate) genoemd. Afhankelijk van de behoefte van de opdrachtgever worden in dergelijke contracten het ontwerp, de bouw, de financiering, het onderhoud en de facilitaire diensten aan één consortium gegund. Het consortium neemt de risico's en alleen van tevoren bepaalde risico's zijn voor rekening van de opdrachtgever.

De vraag is of in de zorgsector geïntegreerde contracten een volwaardig of eventueel beter alternatief voor traditionele contracten zijn, en zo ja, aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan. Deze vragen worden in dit rapport behandeld evenals de vraag wat vastgoedbeslissers in de zorgbouw kunnen doen wanneer zij een geïntegreerd contract overwegen.

Voor dit onderzoek is gekeken naar sectoren waarin ervaring met dit type contracten is opgedaan, zoals bij scholenbouw en de Rijksgebouwendienst, die ook grote projecten uitvoert. Ook buitenlandse voorbeelden zijn bekeken.

De verschillen met het traditionele aanbesteden zijn groot: de voorbereidingstijd voor een DBFMO-contract is langer en er wordt gewerkt met outputspecificaties in plaats van een bestek. De langere voorbereidingstijd verdient zich echter bij genoemde partijen wel terug, omdat risico's niet meer bij de opdrachtgever liggen, er meer zekerheid is over de kosten tijdens het gebruik, de kostenefficiency hoger is en de prijs/kwaliteitverhouding hoger is. Bijkomend voordeel van een volledig geïntegreerd DBFMO-contract is dat de opdrachtgevende zorginstelling zelf geen financiering voor

de investering hoeft aan te trekken en dat de betaling van de beschikbaarheidsvergoeding pas aanvangt nadat het bouwproject gerealiseerd is en de dienstverlening door het consortium begint. Toepassing van DBFMO creëert zo veel rust in de financiële huishouding van de opdrachtgever.

Uit gesprekken met zorgverzekeraars, bankiers, bouwmanagers van zorginstellingen en medewerkers van zorgkantoren blijkt dat zij allen, naast problemen, kansen zien voor deze vorm van contracteren in de zorgbouw, met name bij grote projecten vanaf minstens € 50 mln. De kostenbesparing, de risicobeheersing en de creativiteit die van de deelnemers wordt verlangd kunnen pluspunten zijn.

De voornaamste bedreiging voor deze vorm van contracteren ligt bij de overheid: een goede businesscase kan voor de financier pas opgesteld worden als er zekerheid is in wet- en regelgeving. Zo moet duidelijk zijn over welk deel van de omzet vrij over tarieven onderhandeld kan worden en welk deel door de overheid wordt vastgesteld. Ook de mogelijkheid dat de overheid over het vrije deel van de omzet een prijsbeheersingsinstrument inzet zou sterke consequenties hebben voor de mogelijkheid krediet aan te trekken voor een geïntegreerd contract. Al geldt dit natuurlijk ook voor het aantrekken van financiering door zorginstellingen zelf bij traditionele contracten.

De conclusies over DBFMO-contracten in de zorg zijn dan ook positief: meer dan ooit tevoren lijkt de tijd rijp te zijn voor dergelijke contracten in de zorgbouw en is het nuttig ervaring met dit type contracten op te doen, nu de kosten van de levensduur van het vastgoed een belangrijker onderwerp worden. Voor vastgoedbeslissers in de zorgbouw worden enkele handvatten geboden die kunnen helpen bij de afweging, zoals de Publiek Private Comparator.

1 Inleiding

Wie nu een nieuw ziekenhuis of andere zorginstelling wil bouwen, staat voor grote uitdagingen. Vooral door de gewijzigde regelgeving is de bank voorzichtig geworden met het verstrekken van financiering. De kredietcrisis is daar nog eens overheen gekomen. Een instelling moet daarom een gedegen businesscase opstellen. En als de kapitaallasten, die in de tarieven worden doorberekend, te hoog worden, prijst het ziekenhuis zich uit de markt. Alle reden dus om eens te kijken of het nieuwe gebouw goedkoper neergezet, de renovatie goedkoper uitgevoerd en de exploitatiekosten verlaagd kunnen worden.

Tot voor kort hadden instellingen in de gezondheidszorg die grootschalige bouwplannen hadden goedkeuring nodig van het ministerie van VWS. De bijbehorende kapitaallasten werden op basis van nacalculatie doorberekend in de tarieven. Dit systeem werd het bouwregime genoemd. Kredieten om te bouwen werden gemakkelijk verstrekt omdat de staat impliciet garant stond.

Nu het bouwregime is ingetrokken is de situatie voor de instellingen in de gezondheidszorg volledig veranderd: zij moeten met gedegen onderbouwde plannen de kredietmarkt op en de banken lopen ook echt risico op de verstrekte leningen. Daar komt bij dat de marktwerking in de zorg prijsconcurrentie tot gevolg heeft. Een instelling die lagere tarieven kan berekenen voor het vrije segment heeft een grotere kans op succes bij het afsluiten van zorgcontracten.

Al deze veranderingen maken het zinvol voor beslissers in de zorg om te kijken hoe de kapitaallasten een zo klein mogelijk bestanddeel van de prijzen kunnen vormen. Met de traditionele aanbestedingsprocedure vallen vermoedelijk weinig kostenvoordelen te behalen. De procedure geeft in de meeste gevallen slechts korte tijd zekerheid over de kosten en de kostenefficiency is laag. De opdrachtgever ontwerpt een programma van eisen en de aannemer voert dit uit. Na oplevering van het gebouw is de aannemer klaar. Kostenoverschrijdingen zijn normaal en de werkwijze leidt niet bepaald tot een grote mate van innovatie. De gebouwen kunnen vaak alleen gebruikt worden voor de functie waarvoor ze zijn ontworpen en de economische waarde ervan is dus laag.

Publiek-private samenwerkingsconstructies vormen een volkomen andere vorm van contractering, waarmee de overheid de laatste tien jaar ervaring heeft opgedaan bij de aanleg van wegen, de bouw van ministeries en huisvestingsprojecten in het onderwijs (scholenbouw). Met deze vorm van contractering kan flink bespaard worden: bij vastgoed is de ervaring dat tussen de 10 à 15% meerwaarde bereikt wordt en bij infrastructuur is tot wel 30% bespaard in vergelijking met traditionele aanbestedingen. Ziekenhuizen zijn echter private instellingen, samenwerking met marktpartijen zou

daarom privaat-private samenwerking zijn. De contractvormen waarmee in publiek-private samenwerking ervaring is opgedaan zijn desondanks misschien wel interessant om te gebruiken in de zorgbouw. Zulke contracten worden geïntegreerde contracten genoemd of DBFMO-contracten (Design, Build, Finance, Maintain and Operate). Een geïntegreerd contract wordt bij veel PPS-projecten gebruikt en wij willen analyseren wat de kansen en voordelen ervan in de zorgsector kunnen zijn en aan welke voorwaarden dan voor de Nederlandse gezondheidszorg voldaan moet zijn.

De centrale vragen van dit rapport zijn dus:

- Zijn in de zorgsector geïntegreerde contracten een volwaardig of eventueel beter alternatief voor traditionele contracten?
- Aan welke randvoorwaarden moet voldaan worden voordat geïntegreerde contracten succesvol geïmplementeerd kunnen worden in de gezondheidszorg?
- Wat kunnen vastgoedbeslissers in de zorgbouw doen wanneer zij een geïntegreerd contract overwegen?

Het onderzoek waarover dit rapport gaat is uitgevoerd door het Centrum Zorg en Bouw, een onderdeel van TNO. De opdrachtgevers hebben nadrukkelijk de wens uitgesproken het rapport te richten op de vastgoedbeslissers in de zorg, zoals leden van Raden van Bestuur, bouwdirecteuren en HEAD's. Daarbij gaat het vooral om beslissers in de curatieve zorg, omdat geïntegreerde contracten pas echte voordelen opleveren bij grote bouwvolumes, die in de curesector veel vaker voorkomen dan in de caresector.

Aan sommige voorwaarden om tot geïntegreerde contracten te komen moet echter door de politiek worden voldaan. Daarom is dit rapport in tweede instantie gericht op de overheid, die de voorwaarden kan scheppen voor succesvolle implementatie van geïntegreerde contracten in de zorgbouw.

In hoofdstuk 2 komen de geïntegreerde contracten met hun voor- en nadelen aan de orde en worden deze contractvormen vergeleken met de traditionele contracten.

In hoofdstuk 3 staan de praktijkervaringen met geïntegreerde contracten bij infrastructuur, rijksoverheid en onderwijs centraal. Ook de buitenlandse ervaringen met geïntegreerde contracten in de gezondheidszorg worden hier besproken.

In hoofdstuk 4 wordt gelet op de visies van partijen in de gezondheidszorg. We hebben gesproken met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgkantoren, banken en bouwmanagers.

In hoofdstuk 5 worden op basis van het gepresenteerde materaal de kansen, bedreigingen en aandachtspunten voor geïntegreerde contracten in de Nederlandse gezondheidszorg geanalyseerd. Daarna worden conclusies getrokken over de vraag of geïntegreerde contracten een volwaardig alternatief zijn.

Het laatste hoofdstuk geeft de vastgoedbeslisser handvatten bij het nemen van beslissingen.

Tot slot heeft het rapport een aantal bijlagen, waarin onder meer de veranderende context van de Nederlandse gezondheidszorg wordt geschetst (bijlage I). Bijlage II geeft de kenmerken van het vastgoed in de Nederlandse gezondheidszorg weer.

2 Contractvormen in de bouw

Een contract en een bouworganisatie kunnen voor elk bouwproces op maat worden opgesteld en bestaan daarom uit talloze variaties. Toch is er een onderscheid te maken tussen de verscheidene vormen.

Het traditionele contract
Bij deze contractvorm ontwerpt de aanbesteder of diens architect of raadgevend ingenieur het gebouw en voert een aannemer het ontwerp uit. Daarnaast valt ook het bouwteam onder de traditionele noemer. Bij deze contractvorm wordt de aannemende partij al in de ontwerpfase bij het plan betrokken. Nadat het ontwerp gereed is zal de aannemende partij in het, in de ontwerpfase, gevormde team verder zorg dragen voor de uitvoering van het plan.

Het geïntegreerde contract
Bij deze contractvorm verzorgt één partij zowel het ontwerp als de bouw van het project en vervult deze partij ook onderhoud en exploitatie van het object.

De alliantie
Bij deze contractvorm vervult de aanbesteder gezamenlijk met een marktpartij één of meer taken van het bouwproces. Is er bij de traditionele vorm en de geïntegreerde vorm nog sprake van een afbakening van taken en (juridische) verantwoordelijkheden van de partijen, bij een alliantie valt de afbakening weg en dragen de partijen gezamenlijk het risico. Allianties komen in de gezondheidszorg nauwelijks of niet voor en deze vorm wordt in dit rapport verder niet behandeld.

In dit rapport wordt het traditionele contract bekend verondersteld. Daarom wordt hier voornamelijk het geïntegreerde contract behandeld en vergelijken we dit met het traditionele contract.

2.1 Kenmerken van het geïntegreerde contract

In het geïntegreerde contract kunnen het ontwerp, de bouw, de financiering, het onderhoud en het gebouwbeheer worden opgenomen. In de meest complete vorm noemt men dit een DBFMO-contract, waarbij de letters staan voor Design, Build, Finance, Maintain en Operate. Deze contracten kunnen worden samengesteld naar gelang de opdrachtgever in meer of mindere mate invloed wil uitoefenen op het bouwproces en het proces na realisatie. Wenst de opdrachtgever veel invloed, dan kan hij kiezen voor bijvoorbeeld een DB-contract, waarbij alleen het ontwerp en de bouw worden uitbesteed aan de aannemende partij. Dit wordt niet als een geïntegreerd contract beschouwd. Een verdere stap is de toevoeging van het onderhoud van het opge-

leverde gebouw aan het contract: een DBM-contract. In deze contractvorm gaat de opdrachtgever al een langer lopende relatie aan met de opdrachtnemer; en dit is de meest eenvoudige vorm van een geïntegreerd contract. Als de opdrachtgever vrijwel alles wenst uit te besteden, dan kiest deze voor een nog uitgebreidere variant, het DBMO-contract, waarbij niet alleen het bouwproces wordt uitbesteed, maar ook het onderhoud en de aan het gebouw gebonden facilitaire diensten (gebouwbeheer). Als laatste component kan ook de financiering aan het contract toegevoegd worden en ontstaat een DBFMO-contract. In dat geval wordt de instelling geconfronteerd met maar één partij, vaak een voor het bouwproject samengesteld consortium (of SPV, zie hierna), die de huisvesting en het onderhoud daarvan na de realisatie verzorgt.

Bij de meest uitgebreide vorm worden ook de facilitaire diensten door het consortium verzorgd. Hier valt te denken aan bijvoorbeeld beveiliging, catering, reststoffenmanagement, schoonmaak, receptie, en interne verhuizingen.

Het is aan de opdrachtgever zelf welke facilitaire diensten hij wenst op te nemen in het bereik van het project. Deze keuze kan op basis van efficiency worden gemaakt, maar kan ook worden beïnvloed door andere zaken, zoals het voorkomen van onrust in de organisatie of het in de eigen organisatie houden van bepaalde diensten, vanwege het grote belang van deze diensten (bijvoorbeeld de schoonmaak van de operatiekamers).

Omdat geïntegreerde contracten vaak afgesloten worden bij initiatieven van een grote omvang, waarbij de partijen voor een lange tijd een samenwerking aangaan, wordt dikwijls een uitvoeringsorganisatie speciaal voor het project opgericht. Deze uitvoeringsorganisatie, Special Purpose Company (SPC) of Special Purpose Vehicle (SPV), functioneert als een geheel private onderneming. De in Nederland gangbare term voor zo'n constructie is consortium.

Door de oprichting van een consortium heeft de opdrachtgever nog maar te maken met één partij. Hoe het consortium verder wordt ingericht is afhankelijk van de onderlinge rolverdeling, de vraag of de deelnemers eigen vermogen inbrengen, het aantal deelnemers en de onderling afgesloten contracten. Dit is geen zorg voor de opdrachtgevende partij.

Het consortium sluit het geïntegreerde contract af met de opdrachtgever. De verplichtingen die zijn vastgelegd in het contract worden doorgezet naar de aannemers die deel uitmaken van het consortium. Op deze wijze worden de risico's neergelegd bij die partijen die deze het beste kunnen beheersen. Het doorschuiven van de verplichtingen naar de aannemers kan worden geregeld in zogenaamde back-to-back-contracten of kettingbedingen.

In de bouw in de zorg komt tot nu toe bijna alleen de DB-variant voor, met als uitzondering de bouw van een ziekenhuis met een DBM-contract. Dit is vooral het gevolg van het feit dat zorginstellingen zich in het verleden alleen hoefden te richten op het verlenen van zorg. De huisvesting diende zodanig te zijn dat zorg er optimaal kon worden verleend. Zaken als de exploitatiekosten en levensduurkosten van de huisvesting waren van ondergeschikt belang, vooral omdat deze kosten toch wel door de overheid werden nagecalculeerd.

2.2 Traditionele versus geïntegreerde contracten

De verschillen tussen traditionele en geïntegreerde contracten staan in onderstaande tabel kort opgesomd. In deze paragraaf worden de verschillen verder uitgewerkt, met specifieke aandacht voor de situatie in de zorg.

	Traditioneel	Geïntegreerd
a	korte voorbereidingstijd	lange voorbereidingstijd
b	veel voorbeelden (in de zorgbouw)	beperkt aantal voorbeelden (in de zorgbouw)
c	kortlopende contracten	langlopende contracten
d	risico's bij de opdrachtgever	risico's bij de partij die deze het beste draagt
e	korte zekerheid over de kosten	langdurige zekerheid over de kosten
f	lagere kostenefficiency	hogere kostenefficiency
g	lagere prijs/kwaliteitverhouding	hogere prijs/kwaliteitverhouding
h	bouwen vanaf bestek	bouwen met outputspecificaties
i	betaling op het moment van oplevering of al tijdens de bouw; daarna afbetaling van zelf aangetrokken investering	betaling van beschikbaarheidsvergoeding vanaf moment van oplevering, niet tijdens de bouw (*alleen bij DBFMO*)

a. Korte voorbereidingstijd versus lange voorbereidingstijd
De voorbereidingstijd voor een geïntegreerd contract is langer dan die van een traditioneel contract. Er is immers sprake van meer afstemming en veel zaken dienen voor de start van de bouw al te zijn geregeld in de contracten. Hierbij moeten contracten op maat worden gemaakt en kan men niet volstaan met traditionele contracten in het jasje van een geïntegreerd contract te stoppen, zoals bij veel projecten in het buitenland wel gebeurde.
Daar staat tegenover dat de bouw bij een geïntegreerd contract meestal korter duurt en dat de kans op uitloop op de planning hierbij minder is dan bij traditionele contracten.

Overigens is de totale doorlooptijd van een bouwplan van een ziekenhuis, tot en met de fase van de oplevering, vaak minimaal een jaar of tien. De langere voorbereidings-

tijd voor het geïntegreerde contract is uiteindelijk dus slechts een beperkt deel van deze totale doorlooptijd.

Er is de laatste tijd in enkele sectoren veel kennis en ervaring op het gebied van geïntegreerde contracten opgedaan. Met behulp van deze kennis kan de voorbereidingstijd verkort worden. Voor de zorg moeten deze kennis en ervaring in de nabije toekomst geschikt en toegankelijk gemaakt worden. Een groot deel van de langere voorbereidingstijd zal overigens veroorzaakt worden doordat veel tijd gaat zitten in de cultuuromslag in het denken van de organisatie en in het formuleren van outputspecificaties.

Daarnaast dienen zorginstellingen vandaag de dag een gedegen businesscase te maken, voor de te realiseren initiatieven, waarbij de daarin te formuleren doelstellingen als leidraad, dus als voorbereiding, voor het opstellen van geïntegreerde contracten kunnen worden gehanteerd, wat de voorbereidingstijd verkort.

b. Veel voorbeelden versus een beperkt aantal voorbeelden
Doordat in het verleden in de zorgbouw veel gebruik is gemaakt van traditionele contracten bestaan er voor deze vorm meer voorbeelden dan van het geïntegreerde contract. De kans op conflicten over interpretatie- en definitiekwesties is daardoor bij de traditionele vorm kleiner. De laatste tijd zijn meer initiatieven met geïntegreerde contracten uitgevoerd, onder andere door de Rijksgebouwendienst. Doordat veel gegevens over deze initiatieven worden vrijgegeven, groeit de hoeveelheid voorbeelden van geïntegreerd contracteren ook.

c. Kortlopende contracten versus langlopende contracten
Geïntegreerde contracten zijn over het algemeen langetermijncontracten. Ze houden een langdurige samenwerking tussen partners in, met het risico van gebrek aan flexibiliteit. Deze inflexibiliteit hoeft echter niet. Om te komen tot een hoge mate van flexibiliteit legt de opdrachtgever zijn wensen op een duidelijke en eenduidige wijze vast in de vorm van outputspecificaties. De opdrachtnemer heeft hierbij de vrijheid om met creatieve en innovatieve oplossingen aan de outputspecificaties van de opdrachtgever te voldoen en te komen met oplossingen die op basis van een traditioneel contract niet mogelijk zijn. Bij het bouwen en exploiteren van een zorginstelling is deze creativiteit van groot belang om de vaak complexe problemen te kunnen oplossen.

Als de opdrachtgever bijvoorbeeld na verloop van tijd toch aanpassingen aan de huisvesting wenst, kan in het contract worden vastgelegd dat aanpassingswensen van de opdrachtgever ook aan een derde partij kunnen worden uitbesteed, indien de opdrachtnemer de aanpassingen niet of niet marktconform kan uitvoeren. Deze bepalingen zouden in een soort van 'standaardcontract' kunnen worden vastgelegd,

waarin wordt opgenomen dat het gebouw blijft voldoen aan de dan geldende eisen en wensen. Vooral in de zorgsector is dit belangrijk, daar gewijzigde inzichten in behandelmethodes vaak leiden tot logistieke en bouwkundige aanpassingen aan de huisvesting. Daarnaast zou het consortium verder geprikkeld kunnen worden om een flexibel gebouw te realiseren, wanneer dit bijvoorbeeld verantwoordelijk wordt gemaakt voor de verhuur van een deel van het gebouw indien dat deel niet meer door de opdrachtgever wordt gebruikt.

Door de contracten zodanig in te richten dat aanpassingen gemakkelijk kunnen worden gerealiseerd, voorkomt men het spanningsveld tussen een star langlopend contract en een dynamische zorgwereld, wat bij initiatieven gerealiseerd met het Engelse PFI-systeem vaak het geval bleek.

De opdrachtnemer zal bij een geïntegreerd contract, uit eigenbelang, vaak een flexibel gebouw neerzetten om tegen relatieve lage kosten aanpassingswensen te kunnen doorvoeren en door de inzet van zijn eigen kennis en ervaring een, voor beide partijen, zo goed mogelijke oplossing te vinden.

d. Risico's bij de opdrachtgever versus risico's bij de partij die deze het beste draagt
Bij het aangaan van geïntegreerde contracten worden alle risico's verbonden aan de bouw en de fasen daarna ondergebracht bij het consortium. Alleen de in het contract expliciet benoemde risico's liggen bij de opdrachtgevende partij. Zo worden risico's neergelegd bij de partijen die het beste het risico kunnen beheersen. Doen waar je goed in bent is hier het devies. Doordat de risicoverdeling vooraf in het contract dient te worden vastgelegd, worden de partners in het contract gedwongen de eventuele risico's te analyseren en deze, door de activiteiten zo goed mogelijk te organiseren, beheersbaar te maken. Eén van de effecten van het onderbrengen van risico's bij het opdrachtnemende consortium is te komen tot kostenreducerende innovatie bij zowel de bouw als de fasen daarna.

Het financiële risico bij geïntegreerde contracten is lager dan bij het traditionele contract. Het project wordt meestal binnen het afgesproken budget gerealiseerd (mits de opdrachtgever niet komt met inhoudelijke wijzigingen), waar bij de traditionele vorm deze doelstelling vaak niet wordt bereikt en ten gevolge van meerwerk/meerkosten het budget wordt overschreden. Bij een volledig geïntegreerd DBFMO-contract verschuift het financieel risico naar het opdrachtnemend consortium. De financier kan geen hypothecaire zekerheid worden geboden, indien het juridisch eigendom bij de opdrachtgever (in dit geval de zorginstelling) blijft. Dit kan leiden tot een extra risicoopslag door de financier. De dekking van het financieel risico zit in de zekerheid van de kasstromen voortvloeiend uit de verleende zorg gedurende de looptijd van het contract.

e. Korte zekerheid over de kosten versus langdurige zekerheid over de kosten
Bij een traditioneel contract stopt de samenwerking tussen de opdrachtgever en de opdrachtnemer na de oplevering van het gebouw. Afspraken over kosten zijn daarom alleen gerelateerd aan de realisatie van het gebouw (en eventueel een garantieperiode). Nadat de opdrachtgever het gebouw betrekt dient deze nieuwe partijen te contracteren voor bijvoorbeeld onderhoud en beveiliging. Ook zal voor eventuele aanpassingen aan het gebouw in de toekomst weer een nieuwe aanbesteding (c.q. nominatie of selectie) moeten worden uitgeschreven. Nieuwe contracten en nieuwe aanbestedingen geven onzekerheid over de totale exploitatiekosten van het gebouw.

Bij een geïntegreerd contract ligt dit heel anders. De totale kosten voor het gebruik van het gebouw worden vooraf vastgesteld. Het inzicht in de totale kosten wordt hierdoor voor de opdrachtgever verhoogd en deze kosten kunnen intern en extern beter verantwoord worden. Daarnaast is de opdrachtnemer, bij een geïntegreerd contract, verzekerd van een stabiele inkomstenstroom in de toekomst, die een gegarandeerde financiële basis creëert.

f. Lagere kostenefficiency versus hogere kostenefficiency
De totale jaarlijkse exploitatiekosten van een ziekenhuis liggen op ongeveer hetzelfde niveau als de investering die eenmalig voor een nieuwbouwcomplex wordt gepleegd. Van deze totale exploitatiekosten bestaat ruim 60% uit personele kosten, de huisvestingslasten bedragen gemiddeld circa 10% van de totale exploitatiekosten. Aandacht besteden aan het behalen van efficiëntievoordelen in de van jaar op jaar terugkerende exploitatie kan dus zeer lonend zijn. Dit geldt niet alleen voor de personele kosten, maar ook voor de huisvestingskosten.

Omdat gebouwen in de zorg complexer zijn dan kantoorgebouwen of woonhuizen, is een uitgebreide contractvorm, zoals DBFMO, wellicht een goede optie. Bij de uitgebreide vorm worden immers zaken als onderhoud en beheer, die spelen in de exploitatieperiode na het realiseren van het bouwproject, meegenomen. En deze zaken worden bij die partijen gelegd die de hiermee gemoeide risico's het beste kunnen beheersen. Naarmate een gebouw complexer van aard is, is er op het gebied van levensduurkosten veel te winnen en te verliezen. Door de M en de O in het contract op te nemen worden dan prikkels gecreëerd om de inrichting van het onderhoud en de exploitatie optimaal af te stemmen op het ontwerp en de bouw, zodat efficiencyvoordelen behaald kunnen worden. Doordat het opdrachtnemende consortium de verschillende partijen betrekt in het ontwerp kunnen de totale kosten van het gebouwgebruik worden beperkt. De kennis van deze partijen op het gebied van bijvoorbeeld technische instandhouding, energiebeheer en schoonmaak wordt dan optimaal gebruikt. Te denken valt onder meer aan energiebesparende keuzes, keuzes voor bepaalde materialen en de opzet van het ontwerp waardoor de schoonmaakkosten dalen en de levensduur kan worden vergroot (bijvoorbeeld hardstenen vloeren), maar ook een centrale

ligging van de bewakingsunit waardoor met minder bewakingspersoneel kan worden gewerkt. Zo zijn er diverse mogelijkheden die door de gespecialiseerde bedrijven kunnen worden aangedragen. Bij eerdere ervaringen met grote bouwinitiatieven is in het verleden sprake geweest van flinke besparingen op de levensduurkosten, laten de ervaringen van de Rijksgebouwendienst zien.

Voorbeelden hiervan:

Naam	**Gerealiseerde meerwaarde t.o.v. traditionele aanbesteding**
Ministerie van Financiën	15%
Informatie Beheer Groep en de Belastingdienst Groningen	5 tot 6% (naar verwachting)
Montaigne Lyceum te Den Haag	16%
Kromhout Kazerne	15%

Het meenemen van beheer in het contract wil niet op voorhand zeggen dat bijvoorbeeld de schoonmaak daarmee ook voor 20 jaar bij een bepaalde partij wordt vastgelegd. Dat hangt af van de afspraken die partijen in het contract maken.

Verder is het meestal zo dat de facilitaire diensten die in het kader van operate worden opgenomen in een geïntegreerd contract onderhevig zijn aan market-testing en benchmarkingprocedures. Dit impliceert dat de prijs van deze diensten op vastgestelde tijdstippen op marktconformiteit wordt geanalyseerd en indien nodig kan worden aangepast.

g. Lagere kwaliteit versus hogere kwaliteit
Bij traditionele contracten houdt het belang van de opdrachtnemer in principe op na de oplevering van het bouwproject. Hierdoor zijn belangen van de opdrachtnemer bij een traditioneel contract heel anders dan bij een geïntegreerd contract (DBFMO).

De wens van de opdrachtgever zal, bij zowel een traditioneel als bij een geïntegreerd contract, de beste kwaliteit voor de laagste prijs zijn. De opdrachtnemer zal, bij een traditioneel contract, voornamelijk een zo groot mogelijke winstmarge proberen te halen en heeft geen belang bij lage levensduurkosten van het project, een belang dat hij wel heeft bij een geïntegreerd contract. Dit heeft tot gevolg dat concurrentie op het gebied van kwaliteit bij een traditionele aanbesteding nagenoeg teniet wordt gedaan. Hierdoor kunnen de levensduurkosten zo hoog oplopen dat de winst voor de opdrachtgever (de lage inschrijving) verdwijnt. Goedkoop wordt duurkoop.

h. Bouwen vanaf bestek versus bouwen met outputspecificaties
Waar in een traditioneel contract wordt gebouwd vanaf het bestek, wordt er bij geïntegreerde contracten gebouwd op basis van outputspecificaties. Een outputspecifica-

tie is bijvoorbeeld: tussen 7.30 en 18.00 dient de temperatuur 20° C te zijn met een marge van 0,5° C.

Het voordeel van outputspecificaties is dat de wensen van de opdrachtgever in gebruikerseisen kunnen worden geformuleerd. De opdrachtnemer is verantwoordelijk voor de vertaling van deze eisen in een concreet ontwerp. Na de bouwfase kan de opdrachtgever de opdrachtnemer erop aanspreken als het gebouw niet voldoet aan de gestelde outputspecificaties en de opdrachtnemer een korting op de maandelijkse beschikbaarheidvergoeding opleggen.

Indien men kiest voor een traditioneel contract, wordt er tussen de opdrachtgever en de opdrachtnemer een bestek afgesproken dat wordt gerealiseerd. Het is de taak van de opdrachtnemer om te bouwen zoals in het bestek is afgesproken. Mocht het gebouw bij het gebruik niet voldoen aan de gebruikerswensen, omdat bijvoorbeeld de belevingswaarde anders is dan uit het ontwerp zou blijken, dan ligt het probleem (en de eventuele aanpassingskosten) bij de opdrachtgever.

i. Betaling op het moment van oplevering versus betaling gedurende de gebruiksduur
Binnen een geïntegreerd contract wordt betaald op basis van een beschikbaarheidvergoeding en een gebruiksvergoeding. Daarbij wordt niet betaald op het moment van oplevering, zoals bij een traditioneel contract, maar de betaling wordt gekoppeld aan de geleverde prestatie van het consortium (zie onderstaand schema).

Het grootste voordeel van deze wijze van betaling zit in de rust die het creëert in de financiële huishouding van de opdrachtgever. Er is geen 'badkuip' (deze ontstaat doordat uitgaven en inkomsten in de tijd niet goed op elkaar aansluiten – zie verder 5.3), zoals bij traditionele contracten: er is voor de opdrachtgever immers geen investeringsuitgave. Er is alléén de betaling van de maandelijkse beschikbaarheidsvergoeding aan het consortium.

Het voordeel voor de opdrachtgever van deze wijze van betaling is dat het consortium tijdens de gebruiksduur van het gebouw ook de gespecificeerde kwaliteit zal moeten leveren om inkomsten te genereren. Verder leidt deze wijze van betaling ook tot een grotere prikkel om bijvoorbeeld op tijd het project op te leveren. Mocht het consortium immers niet voldoen aan het tijdig beschikbaar stellen van het gebouw, dan zal aan het consortium een boete worden opgelegd. Ook wordt er later begonnen met het betalen van de beschikbaarheidvergoeding (bijvoorbeeld door later met de betaling daarvan te starten). Dit betalingsmechanisme leidt tot een grote prikkel om het gebouw op tijd op te leveren.

Bij traditioneel contracteren leidt een niet tijdige oplevering vaak tot een discussie over de schuldvraag en zijn er minder instrumenten om de opdrachtnemer te prikkelen tot een oplevering op of voor de afgesproken datum.

3 Geïntegreerde contracten in de praktijk

In Nederland is in verschillende sectoren ervaring opgedaan met publiek-private samenwerking voor de ontwikkeling van vastgoed en infrastructuur. De Rijksgebouwendienst en het onderwijs hebben al enkele malen positieve ervaringen opgedaan met deze alternatieve contracten. Vooral het onderwijs is hier interessant, omdat deze sector wel enigszins vergelijkbaar is met de gezondheidszorg: in beide sectoren gaat veel publiek geld om en is de investeringsbeslissingsbevoegheid gedelegeerd naar de sector. In de wegenbouw ten slotte wordt al vaak met geïntegreerde contracten gewerkt, maar een weg is niet vergelijkbaar met een ziekenhuis, dus gaan we daar verder niet op in. In dit hoofdstuk laten we enkele ervaringsdeskundigen aan het woord en geven we een overzicht van buitenlandse ervaringen met geïntegreerde contracten in de gezondheidszorg.

3.1 De ervaringen van de Rijksgebouwendienst

Diederik van der Staay is kennismanager en adviseur bij de Rijksgebouwendienst (Rgd). Hij vertelde het volgende over de ervaringen van de Rgd.

De Rgd zorgt voor de huisvesting van rijksdiensten, zelfstandige bestuurorganen en internationale organisaties en heeft een vastgoedportefeuille van bijna 2.000 gebouwen. De Rgd adviseert en ondersteunt bij huur, de bouw en het ontwerp en kan ook het onderhoud van de gebouwen verzorgen.

De Rgd heeft een voorbeeldfunctie indien zij zelf bouwopdrachten verleent. In dat kader streeft de Rgd er ook naar in het bouwproces innovatief te opereren. Zo is in het verleden al een aantal projecten met geïntegreerde contracten gerealiseerd. Te denken valt aan de renovatie van het ministerie van Financiën, de nieuwbouw van het kantoor van de Belastingdienst in Doetinchem en de nieuwbouw van het detentiecentrum op Rotterdam Airport.

De Rgd werkt, indien wordt overgegaan tot een geïntegreerd contract, alleen met de uitgebreide variant DBFMO. Volgens Van der Staay is namelijk de meeste winst te behalen bij de exploitatie van het gebouw. Bij de realisatie van nieuwbouw heeft de Rgd geen risicodragende rol - de Rgd is immers opdrachtgevende partij.

De Rgd ziet vooral voordelen bij een geïntegreerd contract. Een groot voordeel is de verdeling van de risico's. De risico's worden bij de partijen neergelegd die daar het best mee overweg kunnen. Op deze wijze neemt de omvang van de risico's voor de opdrachtgever af. Verder is gebleken dat de levensduurkosten bij geïntegreerde contracten gemiddeld 10 à 15% lager zijn dan bij traditionele contracten. Als goed voor-

beeld voor de kostenbesparing noemt de Rgd de renovatie van het Ministerie van Financiën, waarbij de innovatieve wijze van aanbesteden een kostenbesparing van 15% heeft opgeleverd ten opzichte van een traditionele wijze van aanbesteding.

De contracten die gebruikt worden door de Rgd kennen de mogelijkheid om het uitvoerende consortium te vragen te anticiperen op nieuwe ontwikkelingen. Het consortium krijgt dan de mogelijkheid om als eerste een nieuwe prijs voor te leggen, waarna de Rgd deze prijs toetst aan de markt. Indien de prijs van het consortium hoger uitvalt, bestaat de mogelijkheid om de nieuwe ontwikkeling in de dienstverlening uit te besteden aan een andere partij. De opdrachtgever zit dus niet vast aan het consortium voor *nieuwe* ontwikkelingen.

Indien het consortium de nieuwe ontwikkeling wel introduceert, worden de voordelen over de partijen verdeeld. Verder is het uiteraard van belang een flexibel gebouw neer te zetten dat de opdrachtgever de mogelijkheid biedt om toekomstige wijzigingen te vragen en het consortium de mogelijkheid te laten creëren deze wijzigingen tegen een relatieve lage prijs door te voeren.

In het contract moet duidelijk worden vastgelegd wie waarvoor verantwoordelijk is. Het best kunnen de eisen van de opdrachtgever in de vorm van outputspecificaties worden vastgelegd. Duidelijk moet zijn wanneer een outputspecificatie niet is gehaald. Daarvoor ontwikkelen opdrachtgever en opdrachtnemer prestatie-indicatoren die in een nulmeting gebenchmarkt worden. Zo wordt vastgelegd hoe wordt bepaald of een prestatie is geleverd of niet. De gebruiker kan dit doen, maar ook het consortium, dat direct dient te worden afgerekend indien het zijn controlerende taak niet goed uitvoert.

Bij de Rgd wordt voor de toepassing van geïntegreerde contracten een ondergrens van € 25 miljoen gehanteerd. Voorafgaand aan alle projecten groter dan € 25 miljoen wordt een Publiek Private Comparator (PPC) opgesteld. Dat is een instrument dat de financiering van traditionele contracten vergelijkt met een publiek-private uitvoering van een project. Het gaat bij een PPC om de kwaliteit en om de financiële verschillen. De meerwaarde wordt dan ook uitgedrukt in tijd en geld, en het berekent ex ante de te verwachten meerwaarde van een geïntegreerd contract. Bij de Rgd wordt meer dan de helft van de initiatieven van minimaal € 25 miljoen na het doen van een PPC vervolgens met een geïntegreerd contract gebouwd.

De Rgd adviseert zeker geïntegreerde contracten in de zorg nader te onderzoeken en daar waar mogelijk te introduceren. Omdat de bouw van een ziekenhuis zeer complex is, is daar volgens Van der Staay veel voordeel op het gebied van exploitatie te behalen.

Conclusie: De Rijksgebouwendienst is al ervaren met het gebruik van geïntegreerde contracten. Zij is overwegend positief over deze contractvorm. Als de Rgd overgaat op het gebruik van geïntegreerde contracten, kiest zij altijd voor de meest uitgebreide vorm (DBFMO), omdat bij de gebouwen van de Rgd veel winst op de exploitatie van het gebouw is te behalen. Voordat wordt gekozen voor een vorm van contractering maakt de Rgd gebruik van een PPC. Indien wordt gekozen voor een geïntegreerd contract wordt benadrukt dat de organisatiedoelen, waarvan de uitgangspunten voor het gebouw worden afgeleid en vertaald in outputspecificaties, goed en meetbaar dienen te worden vastgelegd in het contract.

3.2 De ervaringen in het onderwijs

Wesley Veekman werkt als senior projectmanager bij het Servicecentrum Scholenbouw, een door de ministeries van Financiën en Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen geïnitieerde onafhankelijke adviesorganisatie op het gebied van geïntegreerde of innovatieve aanbesteding bij de bouw van scholen.

Op het gebied van scholenbouw gebeurt momenteel niet veel, ondanks het feit dat veel schoolgebouwen echt aan vervanging toe zijn. Het trage verloop in de scholenbouw komt doordat de gemeente geoormerkt geld krijgt voor de bouw en de school geld ontvangt voor onderhoud en exploitatie. Dit splitsen van de geldstromen voor een gebouw leidt ertoe dat de gemeente een goedkoop gebouw wil neerzetten en de school een gebouw met lage onderhoudskosten. Gesprekken tussen gemeente en school kunnen zich hierdoor met gemak vijf tot tien jaar voortslepen.

Het Servicecentrum Scholenbouw probeert deze impasse te doorbreken en kiest voor een optimale afstemming tussen ontwerp, bouw, financiering, onderhoud en exploitatie. Omdat schoolgebouwen steeds vaker multifunctioneel worden en het bedrag van de oorspronkelijke investering voor het gebouw daarmee stijgt, wordt het aantrekkelijk alternatieve aanbestedings- en contractvormen te bekijken.

Een goede procesmanager moet zo'n proces aansturen, benadrukt Veekman. Er zijn immers veel partijen betrokken bij de bouw van een nieuwe school (bestuur, gemeente, soms een woningcorporatie, architect, aannemer enzovoort). De integrale aanpak die het Servicecentrum voorstaat, zorgt voor betere afstemming tussen ontwerp, bouw en beheer. In de traditionele aanpak worden vaak fouten gemaakt. Zo passen de installaties die voor het binnenklimaat en de energiezuinigheid moeten zorgen niet altijd goed bij het gebouw dat wordt neergezet.

In het onderwijs wordt doorgaans voor DBM(O)-contracten gekozen. Op het moment dat het om grotere projecten gaat, kan de F ook in beeld komen. De lengte van het contract wordt vaak afgestemd op de momenten waarop een grote onderhoudsbeurt verwacht wordt of de verwachte levensduur van de installaties.

Flexibiliteit in het gebouw wordt steeds belangrijker. Gemiddeld verandert de visie op onderwijs iedere 5 à 6 jaar en dat stelt eisen aan de aanpasbaarheid van het gebouw. Er is daarom veel vraag naar demontabele wanden aan de binnenkant van het gebouw en er is de nodige aandacht voor transparantie in het gebouw.

Als grote voordelen van de integrale aanpak en een alternatieve manier van aanbesteden en contractvorming ziet het Servicecentrum Scholenbouw dat sprake is van meer helderheid aan het begin, zowel op het gebied van kosten als op het punt van kwaliteit. Er is een betere focus, op voorhand wordt meer nagedacht door alle partijen ook over de langere termijn. Er wordt meer geïnvesteerd (in tijd en geld) aan de voorkant in zaken als duurzame energie en flexibiliteit. Dat verdient zichzelf terug. En tussen gemeente en school worden afspraken gemaakt over de verrekening van die initiële meerinvestering, zodat de tegengestelde belangen ook minder worden.

Conclusie: Er zijn op veel vlakken parallellen tussen onderwijs en gezondheidszorg. Voor grotere projecten in de gezondheidszorg (ziekenhuizen, grote verpleeg- en verzorgingshuizen) leert de praktijk in onderwijsland dat het zeker zin heeft op zijn minst na te denken over alternatieve contractvormen. In het onderwijs zijn voordelen identificeerbaar op het gebied van kosten en kwaliteit van het gebouw, het tempo van het proces en het verminderen van belangentegenstellingen tussen gemeente en school. Het langetermijndenken wordt gestimuleerd door een geïntegreerd contract.

3.3 Buitenlandse ervaringen

In diverse Europese landen is of wordt momenteel ervaring opgedaan met geïntegreerde contracten, ook in de gezondheidszorg.

Spanje kent hierin een lange traditie, voornamelijk in de wegenbouw. De laatste jaren worden geïntegreerde contracten ook in andere sectoren, zoals onderwijs, gevangenissen, overheidsgebouwen en gezondheidszorg toegepast. Zo heeft de gemeente Madrid bijvoorbeeld de laatste jaren acht projecten in de gezondheidszorg opgezet met gebruikmaking van geïntegreerde contracten.

In Frankrijk is in 2002 een programma, genaamd *Hôpital 2007*, gepresenteerd door het ministerie van Volksgezondheid. Het programma was gericht op het verbeteren van het niveau van dienstverlening en de efficiëntie in de gezondheidszorg door het moderniseren en reorganiseren van de (gezondheidszorgfuncties in de) gebouwen. Onderdeel van dit programma waren 35 projecten met geïntegreerde contracten, die niet alleen betrekking hadden op ziekenhuizen.

In Zweden is de County Council (een soort provincie) verantwoordelijk voor de gezondheidszorg. Stockholm County Council pakt de bouw van het New Karolinska Solna

University Hospital (NKS) via een geïntegreerd contract op. Het betreft het eerste project van dit soort in Zweden, met een geschatte investering van € 1,45 mld. Naar verwachting zal dit nieuwe universitaire ziekenhuis in het jaar 2015 opengaan.

Italië had in 2007 74 projecten met geïntegreerde contracten die in verschillende stadia verkeerden en een totale investering van € 3,9 miljard besloegen. Sommige gebouwen zijn inmiddels in gebruik, het meest ziekenhuizen.

In Portugal is in 2004 sprake geweest van een eerste golf aan projecten met geïntegreerde contracten, waaronder vier ziekenhuizen. In het kader van een tweede golf in 2007 zijn nog eens vijf ziekenhuizen met het proces begonnen.

In Griekenland is onlangs wetgeving op het gebied van PPS aangenomen. In het verlengde daarvan worden in een aantal sectoren pilots gepland, waaronder drie ziekenhuisprojecten.

Ook in diverse Duitse deelstaten worden pogingen ondernomen projecten op te zetten die met gebruikmaking van geïntegreerde contracten gerealiseerd worden.

Voor veel van de genoemde landen geldt dat de overheid beslissingen neemt over investeringen in de zorgbouw en dat de zorg ook door de overheid wordt bekostigd. De overheid kan daar dus zelf besluiten te werken met geïntegreerde contracten en de overheidsfinanciën leveren dan een prikkel op om tot dergelijke contracten over te gaan. In Duitsland wordt de zorg niet door de overheid bekostigd, maar dat land kent, net als Nederland, een verzekeringssysteem. Weliswaar is het gebruikelijk dat deelstaten ziekenhuisinvesteringen bekostigen, maar juist de afwezigheid van voldoende middelen noopt ziekenhuizen op een andere wijze hun bouw te financieren. DBFM(O) kan dan een uitkomst zijn, te meer daar de bekostiging plaatsvindt via een systeem dat enigszins vergelijkbaar is met de bekostiging in het vrije segment van ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding die Duitse ziekenhuizen ontvangen biedt weinig ruimte om een forse stijging van de kapitaallasten op te vangen die uit een omvangrijke investering voortvloeit.

Conclusie: Landen waar de overheid beslist over investeringen in de bouw in de gezondheidszorg en de kosten van de gezondheidszorg betaalt, gebruiken de laatste jaren meer en meer geïntegreerde contracten. Het grote voorbeeld hiervan is natuurlijk Groot-Brittannië. De Nederlandse gezondheidszorg bevindt zich ten opzichte van deze landen in een andere positie, omdat de infrastructuur hier in particuliere handen is en de overheid niet beslist over de investeringen en niet bijdraagt in de financiering van de infrastructuur. In de meeste andere EU-landen zijn de mogelijkheden tot sturing door de overheid dus veel groter en directer dan in Nederland.

4 De visie van partijen in de gezondheidszorg

In Nederland is al een paar keer overwogen een nieuw ziekenhuis te bouwen met onderdelen van geïntegreerde contracten. In dit hoofdstuk geven we de opvattingen weer van de bouwmanagers die bij deze initiatieven betrokken waren. Maar allereerst schenken we aandacht aan de positie en visie van zorgverzekeraars, zorgkantoren en banken.

4.1 Wat vindt de zorgverzekeraar?

Zorgverzekeraars hebben tot taak via contractering van zorgaanbieders te garanderen dat hun verzekerden de zorg kunnen ontvangen. De ziekenhuizen waarmee gecontracteerd wordt zijn verantwoordelijk voor de wijze waarop zij aan hun verplichtingen tegenover de zorgverzekeraar voldoen. Het hoeft dus ook geen verbazing te wekken dat deze verdeling van verantwoordelijkheden in de opvattingen van verzekeraars is terug te vinden. Uit de gesprekken die met verzekeraars gevoerd zijn bleek dat verzekeraars goed doordrongen zijn van deze verantwoordelijkheidsverdeling tussen hen en de zorgaanbieders. Zij geven aan bewust niet op de stoel van de zorginstelling te willen gaan zitten als het om bouw gaat. Bovendien geven de geïnterviewde verzekeraars aan dat zij hun verzekerden niet willen dwingen om voor een bepaald ziekenhuis te kiezen. Dit is ook niet het geval als er een bijzondere band met een ziekenhuis is, zoals een gemeenschappelijk platform om over de kwaliteit van zorg te praten.

De formele posities van verzekeraars en zorginstellingen nemen natuurlijk niet weg dat er veelvuldig over onderwerpen als bouw gesproken wordt. En daarbij realiseren verzekeraars zich maar al te goed dat zij in een regionale context werken en in veel gevallen min of meer tot een ziekenhuis 'veroordeeld' zijn. Een bouwproject dat te groot of te ambitieus is of slecht gemanaged wordt, levert dus ook voor de verzekeraar een probleem op. Vandaar dat verzekeraars aangeven dat zij kapitaallasten zullen vergoeden op een niveau dat in de buurt van het landelijk gemiddelde ligt. Zij begrijpen dat de vergoeding na nieuwbouw zal moeten stijgen, maar willen een extra toeslag binnen een beperkte bandbreedte houden. Verder benadrukken de verzekeraars in gesprekken met de zorginstelling dat het verstandig is goede kennis in te huren, omdat deze vaak niet aanwezig is.

In één geval heeft een verzekeraar de principebereidheid uitgesproken om een meerjarencontract af te sluiten. Hiermee werd in een specifieke casus meer zekerheid voor de bank geschapen, waardoor financiering van een omvangrijk project mede mogelijk gemaakt werd.

Conclusie: zorgverzekeraars gaan niet op de stoel van de instelling zitten als het om bouwprojecten gaat. Zij zijn wel geïnteresseerd in en gebaat bij een aanpak die succesvol is en die als uitkomst heeft dat goede zorg voor een redelijke prijs kan worden geleverd. Gegeven de kenmerken van geïntegreerde contracten zouden zij zich een dergelijke aanpak goed kunnen voorstellen.

4.2 Wat vindt het zorgkantoor?

Het zorgkantoor stemt vraag en aanbod op elkaar af voor de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de zorg binnen de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg. Het zorgkantoor maakt jaarlijks afspraken met gecontracteerde zorgaanbieders in hun regio over de aard, de omvang, de prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg.

Uit een enquête die onder de zorginkopers is gehouden bleek dat zorginkopers goed doordrongen zijn van deze verantwoordelijkheidsverdeling tussen hen en de zorgaanbieders. Alle respondenten geven aan dat bouw een onderwerp is van overleg met de zorginstellingen. Onderwerpen van overleg zijn onder meer of de nieuwbouw past bij de huidige en verwachte toekomstige zorgvraag, gevolgen voor het regionale aanbod en kwaliteitsnormen.

De respondenten is gevraagd naar wat zij vinden van toepassing van geïntegreerde contracten in de care. Uit de diverse reacties blijkt dat de zorgkantoren vrezen dat bij geïntegreerde contracten, waar de zorgaanbieder cruciale beslissingen neemt op het gebied van wonen, deze beslissingen genomen worden op grond van financiële overwegingen in plaats van wensen van de cliënt.

De respondenten hebben weergegeven aan welke randvoorwaarden voldaan zou moeten worden voordat geïntegreerde contracten succesvol geïmplementeerd kunnen worden in de care. Een greep uit de antwoorden: "Betrokkenheid met zorg, ervaring met bouwprocessen in de zorg, op de hoogte zijn van kwalitatieve en kwantitatieve eisen in de zorg. Geen winstoogmerk. Een helder kader voor de mogelijkheden en wenselijkheden van zorgbouw, gereguleerde planontwikkeling met waarborgen voor 'aansluiting' met de overige regionale zorginfrastructuur. Een heldere regie. Kennis bij zorgaanbieder en zorgkantoor/verzekeraar (AWBZ voor eigen verzekerden) over 'stenen'. Gelijk speelveld voor alle zorgaanbieders (nieuwbouw versus oude gebouwen) aangaande de afschrijving".

Conclusie: zorgkantoren gaan niet op de stoel van de instelling zitten als het om bouwprojecten gaat. Zij geven aan te kiezen voor het primaat van de cliënt. Uit dat oogpunt zien zorgkantoren voor- en nadelen. Voordelen in de zin van kosteneffectievere en snellere uit-

voering van bouwprojecten; nadelen voor wat betreft de 'harmonieuze' ontwikkeling van zorgcapaciteit in een regio en de mogelijke gevolgen daarvan.

4.3 Wat vinden de banken?

Banken hebben inmiddels veel ervaring opgedaan met projecten met geïntegreerde contracten, zowel bij infrastructuur als bij gebouwen.

De banken zijn grote voorstanders van het in de gezondheidszorg nadenken over geïntegreerde contracten. Instellingen worden op deze wijze geprikkeld vanuit het perspectief van levenscyclus na te denken over een gebouw, en dat versterkt een wijze van denken die gegeven de veranderde manier van omgaan met kapitaallasten in de gezondheidszorg toch al nodig is.

Daarbij zullen de banken nauwkeurig inzicht in de businesscase willen hebben. Ook bij een traditioneel contract is dat echter het geval. Banken zijn niet kritischer bij geïntegreerde contracten, wel zetten ze andere kennis in dan bij een traditioneel contract.

In andere sectoren zien de banken dat significante kostenvoordelen zijn te behalen op de levensduurkosten, oplopend tot wel 30% in sommige situaties. Ziekenhuizen hebben, naar de mening van de banken, nog te weinig oog voor de waarde van kennis die andere partijen kunnen inbrengen en de financiële voordelen die dergelijke kennis kan opleveren. Ook de creatieve inbreng van andere partijen wordt door de banken gewaardeerd.

Een belangrijk voordeel vinden de banken ook dat risico's van tevoren worden geschat en contractueel over verschillende partijen verdeeld worden. Tegelijk merken ze dat het sterk juridische karakter van dergelijke constructies met ingewikkelde contracten bij de opdrachtgevers weerstanden oproept. Ook voor de gezondheidszorg zal het werken met zulke contracten wennen betekenen en is de vraag of in de zorg bereidheid bestaat om alle risico's contractueel op voorhand te willen afdichten.

Conclusie: banken zien meerwaarde voor de gezondheidszorg in het toepassen van geïntegreerde contracten. Deze meerwaarde zit vooral in het nadenken door instellingen in hun businessplannen over toekomstige kosten en opbrengsten, de levenscyclusbenadering en in het feit dat wat in scenario's in een businessplan wordt doorgerekend contractueel wordt vastgelegd, zodat een aanzienlijke reductie van onzekerheid ontstaat.

4.4 Wat vinden de bouwmanagers van de ziekenhuizen?

Hoewel in Nederland nog nooit een ziekenhuis is gebouwd met een geïntegreerd contract, zijn er diverse instellingen die deze contractvorm overwogen hebben en soms ook onderdelen ervan hebben toegepast. Het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda heeft in 2004 als eerste een verkenning laten uitvoeren naar de mogelijkheden van een geïntegreerd contract. Het ziekenhuis heeft uiteindelijk niet voor zo'n contract gekozen, voornamelijk omdat het geen volledige nieuwbouw betrof, waardoor de processen voor een externe partij minder goed te optimaliseren waren. Ook een ander ziekenhuis heeft uiteindelijk niet gekozen voor een geïntegreerd contract. Betekent dit nu dat er geen kans is voor geïntegreerde contracten in de gezondheidszorg? De medewerkers van de ziekenhuizen die hierover hun licht hebben laten schijnen vertelden het volgende.

Risicobeheersing
Als een van de grootste voordelen van geïntegreerde contracten zien zij dat deze leiden tot een betere risicobeheersing in vergelijking met traditionele contracten. De bouwkosten zijn bij een reguliere aanbesteding soms nauwelijks beheersbaar. In het geval van een geïntegreerd contract vormen meerkosten tijdens het proces het probleem van de opdrachtnemer en niet van de opdrachtgevende partij. En dat geldt eveneens voor bijvoorbeeld een langere bouwtijd en schadeclaims die ingediend worden door anderen.

Het leidt ook tot rust in het ziekenhuis tijdens het bouwproces. Een gebruiker van het gebouw die met wensen komt, zal (ook) de opdrachtnemer moeten overtuigen dat deze wens tot verbetering leidt en niet (alleen) de opdrachtgever.

Gedurende de bouw wordt steeds meer gekozen voor een standaardisatie van ruimte, zodat een flexibele invulling mogelijk is. Tijdens de bouw zijn dan geen grote wijzigingen meer noodzakelijk. Dat leidt tot rust en zorgt voor kostenbeheersing.

Geïntegreerde contracten bevorderen het bedrijfsmatig denken en werken in het ziekenhuis. De noodzakelijke helderheid die de zakelijke relatie met de opdrachtnemer vereist, dwingt het ziekenhuis om goed na te denken over wat de instelling van de opdrachtnemer verlangt en wat dat mag kosten.

Nadruk op exploitatiekosten
De exploitatie van het ziekenhuis is ten opzichte van de initiële investering de afgelopen jaren een steeds belangrijker element in het afwegingsproces rond de bouw geworden. Dit heeft te maken met het feit dat de vergoeding van onder meer de kapitaallasten niet meer op voorhand voor lange termijn is gegarandeerd, zoals dat tot voor kort wel het geval was. De gevolgen van een investering voor de exploitatie in de

(tientallen) jaren daarna worden tegenwoordig daarom door een ziekenhuis veel beter afgewogen dan tot enkele jaren terug.

Gewenningsproces
Instellingen voor gezondheidszorg moeten nog wennen aan de manier van denken over gebouwen die en aan het andere proces dat geïntegreerde contracten met zich meebrengen. Het werken met outputspecificaties in plaats van met een bestek is bijvoorbeeld nieuw voor de gezondheidszorg. De opdrachtgever moet zich durven laten verrassen door oplossingen die de opdrachtnemer aandraagt en dat is een gewenningsproces.

Goede projectstructuur
Een goede regie op tijd, geld, kwaliteit, organisatie en informatie is essentieel. Ook omdat veel partijen zijn betrokken is een duidelijke projectstructuur noodzaak. De opdrachtnemer is een voor dit project opgericht consortium. De opdrachtgever doet zaken met dit opdrachtnemend consortium.

Verder is een goede samenwerking en onderling vertrouwen tussen de verschillende partijen minstens zo belangrijk als goede en sluitende contracten. Een goede samenwerking komt het proces ten goede en kan tot besparingen in tijd en kosten leiden en tot verbeteringen in de kwaliteit.

Inzet van tijd
Het ontwikkelen van traditionele contracten kost in de fase tot de aanvang van de bouw minder tijd dan een geïntegreerd contract. Er kan snel een eerste paal de grond in. Het nadenken over de opdracht en de gesprekken met de (potentiële) opdrachtnemers over de inhoud van het contract vergen meer tijd bij geïntegreerde contracten, niet in de laatste plaats vanwege de tijd die het kost om in de opdrachtgevende organisatie een cultuuromslag teweeg te brengen. Om in outputspecificaties te leren denken in plaats van een volledig bestek kost tijd.

Tijdens de uitvoer van de bouw is dit echter omgekeerd. Dat heeft te maken met het gegeven dat alle uitgangspunten voor de bouw voor zowel opdrachtgever als opdrachtnemer helder zijn en dat daarover in die fase geen discussie meer plaatsvindt.

Inbreng adviseurs
Eén van de aspecten die meespeelt in de meerkosten in termen van tijd en geld is de grotere inbreng van adviseurs (waaronder juristen) bij de contractvorming. Deze proberen risico's te identificeren en deze in het contract helder bij ofwel de opdrachtgever ofwel het consortium neer te leggen. Deze contracten zijn nieuw in de gezondheidszorg en ingewikkelder dan wat men tot nu toe gewend was. En uiteindelijk,

aldus de betrokken medewerkers van ziekenhuizen, zijn niet alle risico's vast te leggen in contracten en is voldoende vertrouwen over en weer van de contractpartners ook een wezenlijke randvoorwaarde voor een goede samenwerking.

Moment van toepassing
Hoe vroeger je eraan begint, hoe groter de kans van slagen. Bij voorkeur wordt een geïntegreerd contract overwogen vanaf het begin van het proces, want het heeft consequenties voor het gehele proces van het ontwikkelen van een gebouw om dat proces via een geïntegreerd contract te laten verlopen. Als het gebouw eigenlijk al ontwikkeld is, is het misschien niet zinvol om nog naar een andere contractvorm over te stappen, waarin met outputspecificaties wordt gewerkt in plaats van met een bestek. Een late overgang van traditioneel bouwen naar werken met een consortium zal leiden tot vertraging. Dan begint het proces opnieuw en dat vergt veel van de medewerkers in een organisatie. Ook verhoogt het het risico op onrust in de organisatie.

Creativiteit
Bij goed opgestelde outputspecificaties worden de creativiteit en innovatiekracht van opdrachtnemers gestimuleerd door een geïntegreerd contract. De opdrachtgever specificeert zijn opdracht en de geïnteresseerde opdrachtnemers worden in de gelegenheid gesteld met creatieve oplossingen te komen. Als outputspecificaties echter overmatig gedetailleerd worden opgesteld, bestaat het risico dat verschillende partijen nauwelijks nog een innovatieve inbreng kunnen hebben.

Schaalvoordelen
Synergie- en schaalvoordelen kunnen resulteren uit samenwerking met een partner op het gebied van bijvoorbeeld inkoop, goederenlogistiek en financiële administratie. Flexibiliteit aan de ene kant (inhoud en lengte contract) en een scherpe prijs aan de andere kant zijn daarbij in de gesprekken over het contract essentiële elementen. Ziekenhuizen kiezen er overigens soms voor om zelf met een aantal andere ziekenhuizen samen een onderneming voor dergelijke processen op te richten in plaats van een bestaande externe onderneming te contracteren.

Nieuwbouw of grootschalige renovatie
Geïntegreerde contracten lijken vooral voordelen te kunnen bieden in situaties waarin sprake is van (volledige) nieuwbouw van een ziekenhuis of een renovatie na een complete kaalslag van het oude gebouw. Volledige nieuwbouw betekent een veel groter potentieel aan efficiencywinst in vergelijking met een renovatie.

Conclusie: De bevindingen van de betrokken medewerkers van ziekenhuizen wijzen erop dat geïntegreerde contracten wel degelijk kansen hebben in de gezondheidszorg.

5 Kansen, bedreigingen en aandachtspunten voor geïntegreerde contracten in de Nederlandse zorgbouw

In dit hoofdstuk worden de kansen voor het invoeren van geïntegreerde contracten in de Nederlandse gezondheidszorg besproken. Na een analyse van bedreigingen en van aandachtspunten, wordt het hoofdstuk afgesloten met conclusies over de vraag of deze contracten een volwaardig alternatief zijn voor de traditionele aanbestede contracten.

5.1 Kansen

Meer aandacht voor levensduurkosten
Het beleid aangaande de gezondheidszorg is de laatste jaren erg veranderd. De financiële risico's van de zorgverlening nemen voor de instellingen toe, nu de inkomsten meer variabel worden. In de cure geldt dat voor prijs en volume, in de care vooral door het volume. De kapitaallasten kunnen niet meer automatisch worden doorberekend in de tarieven, de instellingen hebben meer moeite om de financiering rond te krijgen en ze moeten businesscases opstellen. Het gevolg van deze veranderingen is dat de focus van de instellingen verschuift van de initiële investeringskosten naar levensduurkosten en exploitatiekosten van het gebouw.

Dit alles vergroot het perspectief voor geïntegreerde contracten. De grotere bemoeienis van de financier maakt dat het langetermijndenken van de instellingen gevoed wordt. Met geïntegreerde contracten zijn de uitgaven voor huisvesting veel beter voor de lange termijn te bepalen en worden dus de risico's voor grootschalige nieuwbouw verlaagd. De instellingen kunnen zich met een geïntegreerd contract meer richten op de zorg. Bijkomend voordeel voor financiers is dat een consortium winst mag uitkeren, wat de aantrekkelijkheid van geïntegreerde contracten voor marktpartijen vergroot.

Kostenbesparing
Geïntegreerde contracten leiden in andere sectoren tot kostenbesparingen. In de infrastructuur kan de besparing oplopen tot 30%, bij gebouwen worden de kosten gereduceerd met 10 tot 15%. Ook in de gezondheidszorg is de verwachting dat de levensduurkosten van de gebouwen tot 10% lager kunnen liggen dan bij een traditioneel contract.

In het begin van het proces van de ontwikkeling van een gebouw kosten het maken van de afweging en outputspecificaties overigens meer tijd en geld dan bij traditio-

nele contracten. Dit zal ook in de gezondheidszorg het geval zijn. Tenslotte kost het opdoen van ervaring altijd tijd en het opstellen van nieuwe contracten ook. Later in het proces is sprake van tijd- en geldbesparing.

Financiering
Het meenemen van de component financiering (de F in DBFMO), zo blijkt uit ervaringen in andere sectoren, wordt pas relevant bij een initiële investering van ten minste ca. € 50 mln. Dat betekent dat voor de gezondheidszorg deze component alleen zinvol meegenomen kan worden bij projecten in de sector ziekenhuizen en bij grotere projecten in de andere sectoren.

Het toevoegen van de financiering aan een DBMO-contract levert vanuit diverse invalshoeken winstpunten op voor partijen.

Voor de opdrachtgever, de zorginstelling, is het voordelig dat deze bij een DBFMO-project niet zelf de financiering hoeft aan te trekken – in tegenstelling tot bij traditioneel aanbestede projecten. Het consortium trekt zelf de financiering aan.

Een verder voordeel voor het ziekenhuis is dat bij een DBFMO-contract sprake is van een regelmatige kasstroom: de maandelijkse beschikbaarheidsvergoeding. Die is vergelijkbaar met de uitgaven aan kapitaallasten bij een traditioneel aanbesteed project, plus de in een dergelijk project niet uitbestede onderhouds- en exploitatiekosten. Als een instelling zelf de financiering regelt, treedt onder het nieuwe stelsel naar verwachting de eerste circa acht jaren een financieringsprobleem op, omdat de uitgaven aan kapitaallasten hoger zullen liggen dan de inkomsten gegenereerd door zorgverlening (de bij deskundigen bekende badkuip). Als de voor het project aangetrokken financiering een kortere looptijd kent zodat na acht of tien jaar geherfinancierd moet worden verlengt dat mogelijkerwijs de badkuip. Het risico van een mismatch verschuift in het geval van een geïntegreerd contract van de opdrachtgever naar de opdrachtnemer.

De opdrachtgever heeft, wanneer een directe financieringsrelatie tussen de opdrachtnemer en de bank(en) bij het betreffende project bestaat, een extra stok achter de deur dat het contract door de opdrachtnemer wordt nageleefd. Niet alleen de opdrachtgever zal daarop toezien en eventueel sancties toepassen als aan de voorwaarden uit het contract niet voldaan wordt, ook de bank zal daar oog op houden, vanuit het perspectief van een financieringsrisico.

Uit ervaringen met geïntegreerde contracten in de zorg in andere landen is gebleken dat het banken moeite kost om voor lange contractsperioden in de financiering te kunnen voldoen. Mede om die reden is er voor gepleit om de financieringsbehoefte van DBFM-projecten zo te herstructureren dat een deel er van interessant wordt voor

institutionele beleggers. Ook vanwege de financieringsproblemen die ziekenhuizen op dit moment ondervinden met bouwprojecten zou voor de Nederlandse situatie onderzocht kunnen worden of er vanuit institutionele beleggers interesse bestaat de ontwikkeling van zorgvastgoed te financieren. Het kan daarnaast interessant zijn om na te gaan of het mogelijk is het consortium ook uit andere bronnen kapitaal aan te laten trekken, bijv. van de medisch specialisten van het ziekenhuis.

Mogelijke toepassing in cure en care
Geïntegreerde contracten zijn een interessante optie bij nieuwbouw van volledige ziekenhuizen of van duidelijk afgebakende onderdelen zoals gebouwen voor de kantoor- of de hotelfunctie of voor een laboratorium, uiteraard op voorwaarde dat het investeringsvolume voldoende hoog is.

Voor de veelal kleinschalige projecten in de sectoren gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is DBMO al niet aan de orde, laat staan dat de F in beeld komt. De toepassing van geïntegreerde contracten zou wel overwogen kunnen worden bij de herstructurering van grootschalige instellingsterreinen in deze sectoren, waarbij een aantal gebouwen op instellingsterreinen wordt vervangen. Daarnaast zouden in de ouderenzorg nieuwbouwprojecten van verpleeg- en/of verzorgingshuizen kunnen worden gecombineerd, al dan niet in combinatie met woningbouw, waardoor een groter investeringsvolume wordt bereikt en een geïntegreerd contract ook toegepast zou kunnen worden.

Bij dergelijke projecten zijn vaak meerdere partijen betrokken en spelen diverse transacties (grondtransactie en eigendomsoverdracht bijvoorbeeld). Geïntegreerde contracten kunnen dan meer ruimte geven aan het proces van gebiedsontwikkeling met marktpartijen die van elkaar afhankelijk zijn.

5.2 Bedreigingen

Er is eigenlijk maar één grote bedreiging te zien:

Onzekerheid in wet- en regelgeving
Zonder meer de grootste bedreiging voor het werken met geïntegreerde contracten is de onzekerheid waarmee de gezondheidszorg van overheidswege te maken heeft. Er is voor de ziekenhuizen bijvoorbeeld sprake van een vast segment, een gereguleerd segment en een vrij segment. Hoe de verhouding tussen deze segmenten zal zijn in de toekomst is niet helder, en evenmin of een eenmaal vastgestelde verhouding door de tijd stabiel zal blijven. Om een goede businesscase te maken zou een instelling daar wel zekerheid over moeten hebben, evenals over de vergoeding van kapitaallasten in de verschillende segmenten.

Een extra onzekerheid vormt de kans dat het kabinet een prijsbeheersingsinstrument voor het vrije segment inzet. Dit zou de financiële positie van de ziekenhuizen ondermijnen en de mogelijkheid om krediet aan te trekken nog verder verkleinen, los van het type contract waarvoor gekozen wordt (traditioneel of geïntegreerd).

Voor de care is de hoogte van de normatieve kapitaallastenvergoeding momenteel nog niet bekend. De staatssecretaris houdt overigens in principe invloed op de hoogte van de integrale zzp-tarieven.

De risico's veroorzaakt door wet- en regelgeving zijn zowel van toepassing op traditionele als geïntegreerde contracten. Maar omdat bij geïntegreerde contracten sprake is van langdurige contracten tussen opdrachtgever en opdrachtnemer, zijn deze risico's bij een geïntegreerd contract groter dan bij de keuze voor een traditioneel contract.

5.3 Aandachtspunten

Naast de bedreiging van onzekerheid over wet- en regelgeving zijn er punten waaraan bij de ontwikkeling van een nieuw gebouw aandacht moet worden besteed:

De businesscase
Nu de stelselwijziging een feit is en de vergoeding van kapitaallasten niet langer gegarandeerd wordt, kunnen instellingen feitelijk alleen maar investeringen uitvoeren wanneer zij krediet van de bank verkrijgen. De bank beoordeelt een kredietaanvraag op een aantal aspecten zoals de kwaliteit van het management, een aantal financiële kengetallen, de businesscase en de executiewaarde van het gebouw.

De businesscase bevat een financiële doorrekening van alle kasstromen over de geplande gebruiksduur van het project. Doel van de businesscase is om aan de financier aan te tonen dat de investering rendement oplevert en dat de leningnemer in staat zal zijn om rente en aflossingsverplichtingen te voldoen.

Bij vastgoedinvesteringen zien we bij traditionele contracten dat in de eerste jaren na de investeringen de lasten die daaruit voortvloeien hoog zijn. Pas na een aantal jaren worden de inkomsten hoger dan de uitgaven. De periode die men moet overbruggen totdat de kasstroom zodanig positief is dat de eerdere tekorten zijn gecompenseerd wordt wel aangeduid als de badkuip. De lengte van deze periode is een van de aspecten van de businesscase waar nauwkeurig naar gekeken wordt, omdat gedurende deze jaren de financier van de investering een hoger risico ervaart. De badkuip ontstaat dus doordat inkomsten en uitgaven in de tijd niet goed op elkaar aansluiten. Een van de manieren waarop een betere afstemming tussen deze geldstromen kan ontstaan is door een gebouw niet zelf te realiseren, maar te huren. Huur volgt in de regel

de inflatie en ook de jaarlijkse inkomsten uit productie zullen in de regel de prijsontwikkeling volgen.

Een geïntegreerd contract verplaatst het probleem van de niet met elkaar overeen komende geldstromen. Het is niet de opdrachtgever die het kasritmepatroon van de hogere initiële uitgaven ter bekostiging van de vastgoedinvestering in evenwicht moet zien te brengen met de door de tijd relatief stabiele ontvangsten. Het opdrachtnemende consortium wordt eigenaar van de mismatch tussen uitgaven en ontvangsten en financiert de vastgoedontwikkeling voor. Na de afschaffing van het bouwregime en de aan de vergunning verbonden garanties is het nu voor de banken van groter belang om de kwaliteit van zorginstellingen als debiteur vast te stellen - er is immers niet langer een achterliggende garantie ter dekking van de financiering. De zekerheid die de opdrachtgever aan de opdrachtnemer en de financiers kan geven is dat er altijd vraag naar zorg zal zijn. Het is aan de zorginstelling om aan te tonen dat het primaire proces voldoende marge genereert om gedurende de looptijd van het geïntegreerde contract altijd de beschikbaarheidvergoeding te kunnen voldoen. Het is daarbij in principe niet nodig dat de opdrachtnemer hypothecaire zekerheid verkrijgt. Dit is te meer zo omdat de eventuele executiewaarde (in geval van het in gebreke blijven van de zorginstelling) van zorgvastgoed doorgaans zeer laag is; het gebouw is tot nu toe in de meeste gevallen alleen geschikt voor gebruik door een zorginstelling en er is geen tweedehandsmarkt voor zorgvastgoed.

Flexibiliteit
Een instelling kan onzekerheden trachten te reduceren door meer flexibiliteit in een bouwplan in te bouwen. Bij het creëren van flexibiliteit moet sprake zijn van een afweging van de kosten en baten tegen de inschatting van de kans dat de flexibiliteit benut gaat worden. Flexibiliteit moet worden aangebracht op die plaatsen in gebouwen en contracten waar in de toekomst veranderingen zijn te verwachten. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een zwaardere fundering die in de toekomst ook grotere belastingen kan dragen of aan een aangepaste verdiepingshoogte met het oog op mogelijke toekomstige aanpassingen aan de installaties. In het contract kunnen clausules worden opgenomen die de opdrachtnemer prikkelen, bijvoorbeeld door deze verantwoordelijk te maken voor de verhuur van een deel van het gebouw indien dat deel niet meer voor de gezondheidszorg zou worden gebruikt.

Die flexibiliteit kan met geïntegreerde contracten op diverse manieren bevorderd worden. Bij het maken van de outputspecificaties is het van wezenlijk belang dat de opdrachtgever vanaf het begin van het proces aandacht aan die aspecten van flexibiliteit geeft die hij cruciaal acht voor zijn businesscase. De contractduur is een ander element waarin de instelling flexibiliteit kan zoeken. Ook bij het bepalen van de delen van een instelling die zich meer of minder lenen voor geïntegreerde contracten is flexibiliteit een van de afwegingen. En ten slotte moet een instelling afwegen welke

beheerfuncties/facilitaire diensten deze in het geintegreerde contract wil opnemen en welke niet. Op deze vier aandachtspunten, waarvan de laatste drie samen te vatten zijn in de term 'scope' van het project, wordt hieronder ingegaan. Daarbij moet een instelling zich realiseren dat zij als het ware moet spelen met de interactie tussen deze vier punten om tot optimale flexibiliteit te komen.

Outputspecificaties
Geïntegreerde contracten vereisen andere specificaties dan traditionele contracten van bouwprojecten: in plaats van inputspecificaties (bestek) werkt men met outputspecificaties. Een van de redenen hiervoor is dat daarmee getracht wordt de creativiteit en innovatiekracht van opdrachtnemers te stimuleren. In de zorg is met het formuleren van outputspecificaties nog geen ervaring opgedaan. Uit de evaluatie van een living-building-project van een school is gebleken dat het niveau van een definitief ontwerp in ieder geval te gedetailleerd is om nog voldoende speelruimte te creëren. De kunst is dus voor de opdrachtgever om niet te zeer in detail zijn wens weer te geven, maar wel zodanig dat de uitkomst voldoet aan zijn bedoelingen. Bovendien is geconstateerd dat niet alleen het optimaliseren van de kosten verbonden aan de activiteiten van het consortium, maar ook de operationele kosten van het primaire proces van de zorginstelling belangrijk zijn. Een programma van eisen lijkt daarom te globaal om voldoende zekerheid te bieden dat het ontwerp hieraan voldoet. Wellicht is het een mogelijkheid om te experimenteren met outputspecificaties in de vorm van een structuurontwerp met bijbehorende businesscase. TNO is momenteel bezig een dergelijk concept te ontwikkelen. Deze ontwerpfase, die tussen programma van eisen en definitief ontwerp in ligt, maar tot nu te in de zorg weinig is toegepast, is het structuurontwerp. In het structuurontwerp is het mogelijk de logistieke hoofdstromen weer te geven en de gebouwduurzaamheid in relatie tot toekomstige veranderingen te analyseren.

Contractduur
Opvattingen over de lengte van het contract verschillen tussen partijen en er zijn nog geen langjarige ervaringen in andere sectoren. Sommige van onze gesprekspartners gaan uit van contracten van 30 jaar. Anderen geven de voorkeur aan een contractduur van 20 jaar, omdat voor een dergelijke periode de benodigde aanpassingen in het ziekenhuisgebouw vermoedelijk nog best meevallen.

Bij geïntegreerde contracten in de zorg kunnen de kosten tijdens de gebruiksperiode veel hoger liggen dan in de infrastructuur. Dit is afhankelijk van de in het contract afgesproken periode waarop het contract betrekking heeft. De onderhoudsperiode na de aanleg van infrastructuur varieert in de meeste gevallen van 10 tot 20 jaar. Voor de opdrachtgever is het van groot belang, onder meer met het oog op flexibiliteit, na te denken over de contractduur of eventueel van verschillende perioden uit te gaan voor

delen van het contract. De flexibiliteit die de opdrachtgever daarmee denkt te bereiken moet deze afwegen tegen de prijs die er voor moet worden betaald.

Delen van een instelling realiseren via geïntegreerde contracten?
In de gesprekken die we gevoerd hebben over geïntegreerde contracten is soms gesuggereerd een geïntegreerd contract toe te passen op delen van een instelling, en voor andere delen een traditioneel contract in te zetten. In de praktijk zal dit opknippen alleen voor ziekenhuizen relevant kunnen zijn en niet voor de andere sectoren. Het ziekenhuis zou dan opgeknipt kunnen worden conform de indeling volgens de schillenmethode. De kantoorfunctie (met uitzondering van de polikliniek), de laboratoria (fabriek) en de hotelfunctie (voor patiënt en familie) lenen zich waarschijnlijk het beste voor een geïntegreerd contract. Functies als de OK's en de IC (hot floor) worden in die visie niet meegenomen in een geïntegreerd contract.

Belangrijk bij het opknippen van een gebouw is dat een logistiek goed geheel ontstaat, zeker op het moment dat sprake is van één locatie waarin de verschillende functies worden ondergebracht. Als onderdelen van het ziekenhuis als gevolg van dit opknippen niet goed op elkaar aansluiten is sprake van een interfaceprobleem. Bij verwevenheid van functies wordt opknippen lastig, zo niet onmogelijk.

Welke facilitaire diensten opnemen in het geïntegreerde contract?
De opdrachtgever kan zelf beslissen welke facilitaire diensten hij op wil nemen in het contract. Vaak wordt ervoor gekozen om diensten als schoonmaak, reststoffenmanagement, catering, linnengoed, beveiliging, receptie en interne verhuizingen op te nemen. Vooral de gebouwgebonden facilitaire diensten die bepalend zijn bij de optimalisatie van de levensduurkosten en de functionele integratie van het gebouw, leveren meerwaarde op wanneer deze worden meegenomen in het contract.

Mogelijk zijn bepaalde diensten in de huidige situatie al uitbesteed, zoals schoonmaak en catering. De mate waarin dat al gebeurd is bepaalt mede de mogelijke mate van sociale onrust onder het personeel aan de ene kant en de mogelijke besparing op de exploitatiekosten aan de andere kant. Overigens mag sociale onrust naar onze mening geen reden zijn om niet tot een geïntegreerd contract met daarin opgenomen de desbetreffende facilitaire diensten over te gaan: het gaat er juist om besparingen in de exploitatie te bereiken. Niet ingrijpen mag op korte termijn sociaal overkomen, het levert op de langere termijn slechts exploitatietekorten en financiële risico's voor de hele instelling op.

Publiek Private Comparator
Bij een aantal ziekenhuizen is in het verleden een studie uitgevoerd volgens het Publiek Private Comparator-model. Dit is een exercitie die standaard wordt uitgevoerd als de overheid van plan is een project als PPS-project uit te voeren. Bij de opzet van

een dergelijke analyse is het echter van belang stil te staan bij de verschillen tussen geïntegreerde contracten bij de overheid en in de zorg. Naast het feit dat kostprijsverhogende belastingen voor de overheid een andere rol spelen dan voor een private partij gaat het om het volgende:

- In PPC's wordt doorgaans weinig aandacht aan de financieringsaspecten besteed. De reden hiervoor zou kunnen zijn dat de overheid een eersteklas debiteur is. Voor zorginstellingen geldt dit zeker niet.
- PPS is gestart in de infrastructuur. Ook een geïntegreerd contract voor de bouw van een ziekenhuis heeft meestal betrekking op de facilitaire kant van het ziekenhuis. Op dit vlak kunnen private partijen kennis en ervaring inbrengen die tot optimalisering van het ontwerp kunnen leiden. Maar voor een goed functionerend ziekenhuis in termen van een efficiënt bedrijfsmiddel is meer nodig. Weliswaar blijkt uit benchmarkdata dat er voor facilitaire kosten vaak aanzienlijke voordelen zijn te behalen, voor het primaire proces in het ziekenhuis zijn de mogelijke besparingen nog veel groter. Het ziekenhuisontwerp dat door partijen wordt gerealiseerd heeft dus vooral meerwaarde als dat tevens zo is ontworpen dat de logistiek niet alleen voor het goederenvervoer, maar ook voor patiënten en personeel geoptimaliseerd wordt.
- Opvallend is dat in een aantal PPC-studies voor ziekenhuizen de voordelen van geïntegreerde contracten in kaart worden gebracht door de kosten voor bijvoorbeeld onderhoud en energie van het ziekenhuis voor te leggen aan private partijen die mogelijk in een geïntegreerd contract geïnteresseerd zouden zijn. Hierdoor lopen onderzoek en onderhandelen feitelijk door elkaar. Een objectiever beeld zou kunnen ontstaan als meer informatie over referentiekosten beschikbaar zou zijn.

Financiering
Eén van de voorwaarden die vervuld dienen te worden om de financierbaarheid van met behulp van geïntegreerde contracten gerealiseerde projecten te verbeteren betreft de financieringskosten die bij een traditionele bouwplanrealisatie door de instelling zelf laag zouden kunnen blijven zolang het waarborgfonds in de zorg nog bestaat. Dit leidt al tot een ongelijk speelveld en een negatieve startpositie voor een geïntegreerd contract.

Betrokkenheid interne partijen in de instelling
Formeel is de raad van bestuur opdrachtgever van een bouwplan. In de praktijk zijn personeel en in een ziekenhuis specialisten ook belanghebbenden. Tussen de raad van bestuur en de maatschappen van specialisten kunnen spanningen ontstaan als deze zich onvoldoende betrokken voelen.

Voorkomen moet worden dat partijen het proces voortijdig kunnen verlaten zonder daar veel financiële schade van te ondervinden. In de contracten tussen diverse partijen wordt met dergelijke risico's rekening gehouden en worden deze zoveel mogelijk

ingedamd. Dit risico bestaat dus ook bij interne partijen binnen de instelling. Eén van de manieren om deze risico's te beperken is het betrekken van de specialisten en het zorgpersoneel bij het formuleren van de outputspecificaties voor de kernfuncties van het ziekenhuis, met name de hot floor. Op die manier wordt de betrokkenheid van onder meer de maatschappen sterk vergroot en zullen ze zich meer aan het plan gecommitteerd voelen.

BTW-problematiek
Het oplossen van de BTW-problematiek vergt aandacht. Zorginstellingen betalen geen BTW over hun personeel. Bij het uitbesteden van diensten, bijvoorbeeld facilitaire en administratieve diensten in een geïntegreerd contract, zijn private partijen wel omzetbelasting verschuldigd, waarmee zij in het nadeel zijn ten opzichte van de eigen organisatie van een instelling. Daarbij moet aangetekend worden dat de omvang van het BTW-nadeel wel afhankelijk is van het betalingsregime, de mogelijkheid om BTW-betalingen uit te stellen en de vermogenskosten van het consortium.

De Minister van Financiën heeft in 2005 aangegeven dat de gevolgen van BTW niet in de weg mogen staan bij de keuze voor investeringen door middel van een DBFMO-contract, ingeval dit meerwaarde oplevert ten opzichte van een traditioneel contract. Indien dat het geval is, zal onderzocht moeten worden of de BTW-afdracht gecompenseerd kan worden of dat compensatie botst met Europese staatssteunregelgeving.

Locaties
De geringe beschikbaarheid van locaties voor grote nieuwbouwprojecten in de gezondheidszorg kan een belemmerende factor zijn voor het tot stand komen van projecten. Omdat geïntegreerde contracten vooral bij complete nieuwbouw voordelen kunnen bieden vanwege de grotere mogelijke efficiencywinst, is het wel essentieel te kunnen beschikken over een locatie.

5.4 Geïntegreerde contracten een volwaardig alternatief? Conclusies

Meer dan vroeger is de zorgsector rijp voor geïntegreerde contracten. Dat wordt in de eerste plaats veroorzaakt door de veranderende wet- en regelgeving. Tot enkele jaren terug werd een instelling in de gezondheidszorg niet geprikkeld om na te denken over de exploitatiekosten van het gebouw, en al helemaal niet over de kapitaallastencomponent daarin. Er was immers sprake van automatische nacalculatie van de kapitaallasten gedurende de levensduur van het gebouw, ongeacht de hoogte van de initieel en tussentijds gepleegde investeringen. Dat is aan het veranderen. Instellingen krijgen te maken met een situatie waarin de inkomsten aan kapitaallasten afhankelijk zijn van de gerealiseerde productie. Dit stimuleert ook een grotere nadruk op een beheersing van de exploitatiekosten gedurende de levenscyclus van het gebouw. De

instelling krijgt er belang bij een groot deel van de risico's gedurende de exploitatie bij de opdrachtnemer neer te leggen.

Voor de instellingen in de gezondheidszorg worden de nadelen van traditionele contracten ook steeds duidelijker. Grootste nadeel is waarschijnlijk dat de opdrachtnemer bij een traditioneel contract geen belangen meer heeft nadat het gebouw is opgeleverd. De opdrachtnemer is bij een traditioneel contract daarom niet geïnteresseerd in de levensduurkosten van het gebouw na oplevering.

Daarnaast wordt in andere, deels goed vergelijkbare sectoren zoals het onderwijs de laatste jaren meer en meer van geïntegreerde contracten gebruik gemaakt. De zorgsector kan van deze praktijkervaringen profiteren, bijvoorbeeld daar waar in andere sectoren inmiddels standaardcontracten beschikbaar zijn gekomen. Deze zullen ook in de gezondheidszorg grotendeels toegepast kunnen worden, zij het dat ze uiteraard aangepast moeten worden aan specifieke eisen in de gezondheidszorg. De levensduurkosten kunnen bij gebouwen 10 tot 15% lager liggen bij geïntegreerde contracten ten opzichte van traditionele contracten.
Ook in de sector gezondheidszorg in andere Europese landen wordt momenteel veel ervaring met geïntegreerde contracten opgedaan. Het gaat dan meestal wel om landen waar de gezondheidszorg vanuit belastinggelden gefinancierd wordt.

Verzekeraars zijn gebaat bij een aanpak die succesvol is en die als uitkomst heeft dat goede zorg voor een redelijke prijs kan worden geleverd. Ook zij staan vanuit dat perspectief welwillend tegenover het implementeren van geïntegreerde contracten in de gezondheidszorg.

En ten slotte zien ook banken meerwaarde voor de gezondheidszorg in het toepassen van geïntegreerde contracten. Deze meerwaarde zit wat hen betreft vooral in het nadenken door instellingen in hun businessplannen over toekomstige kosten en opbrengsten en daarnaast in het contractueel vastleggen van de doorrekeningen, zodat de onzekerheid aanzienlijk gereduceerd wordt.

Om daadwerkelijk te beginnen met geïntegreerde contracten moet echter eerst aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Kort gezegd moet de gezondheidszorg zekerheid op de lange termijn hebben, zekerheid die overheid en zorgverzekeraars moeten geven.

- Eén van de belangrijkste voorwaarden die vervuld moet worden voor een succesvolle implementatie van geïntegreerde contracten is het bieden van zekerheid door de overheid over het langetermijnbeleid dat deze voert. Er is momenteel geen stabiliteit in de wet- en regelgeving. Veel maatregelen die getroffen worden zijn tijdelijke of overgangsmaatregelen, zonder dat duidelijk is hoe de uiteindelijke systemen er

uit zullen zien. Dit maakt partijen kopschuw, niet alleen raden van bestuur van instellingen, maar bijvoorbeeld ook banken. Omdat instellingen zich bij een geïntegreerd contract langdurig als opdrachtgever verbinden aan een opdrachtnemer, speelt dit punt van onzekerheid hier een nog grotere rol dan bij de keuze voor een traditioneel contract.

- Een ander punt betreft het creëren van zekerheden voor financiers: banken die het opdrachtnemend consortium financieren dienen voldoende zekerheid te ervaren over de vraag of de opdrachtgevende zorginstelling over de duur van het contract in staat zal zijn de contractuele beschikbaarheidsvergoeding te voldoen. Dat betekent dat over minimale volumes en prijzen (tarieven) van de geleverde zorg voldoende duidelijkheid moet bestaan. Instellingen lopen daarbij aan tegen het gegeven dat zij in het algemeen met zorgverzekeraars geen contracten voor meerdere jaren kunnen afsluiten. Dat versterkt bij banken die het opdrachtnemend consortium financieren de onzekerheid over de inkomsten over een langere periode dan het eerste jaar.
- Een groter eigen vermogen van instellingen zou financiers van opdrachtnemende consortia een grotere mate van zekerheid kunnen bieden dat de opdrachtgevende zorginstelling in staat zal zijn de beschikbaarheidsvergoeding te voldoen. Dat is echter geen noodzakelijke voorwaarde. Zorginstellingen zijn geen eersteklas debiteurs, zoals de overheid dat wel is. Overwogen zou kunnen worden de inspanningen vanuit de overheid niet zozeer te richten op het versterken van de eigenvermogenspositie van de instellingen, maar als overheid voor een zekere borging te zorgen van de toekomstige cashflows voortvloeiend uit de te verlenen zorg (minimum tariefgarantie).
- Het ontbreekt gezondheidszorginstellingen aan kennis over en ervaring met geïntegreerde contracten. Met dergelijke contracten werken is nieuw voor de gezondheidszorg, evenals het formuleren van outputspecificaties, en die onbekendheid leidt er toe dat instellingen eerder geneigd zijn terug te vallen op een traditioneel contract. Dergelijke kennis en ervaring moet dus opgebouwd worden door de instellingen.

6 Handvatten voor de vastgoedbeslisser in de gezondheidszorg

Geïntegreerde contracten zijn nieuw in de gezondheidszorg. In dit hoofdstuk bieden we de instellingen enige handvatten hoe met deze nieuwe materie om te gaan.

Voordat een instelling kiest voor een bepaalde contractvorm, of dit nu traditioneel of geïntegreerd is, moet zij goed de voor- en nadelen van beide contractvormen tegen elkaar afwegen. De zgn. Publiek Private Comparator (PPC) is daarvoor het geëigend instrument: deze toets vergelijkt de financiering van traditionele contracten met een publiek-private uitvoering van een project. In de toets wordt gelet op de kwaliteit van de uitvoering en op de financiële verschillen. De meerwaarde wordt dan ook uitgedrukt in tijd en geld. Een handleiding voor het uitvoeren van een PPC is te vinden op www.ppsbijhetrijk.nl. Deze geeft inzicht in de manier waarop de overheid de afweging tussen de verschillende contractvormen maakt.

Naast een analyse van de scope van het project (omvang en complexiteit van de bouwopgave en alle na realisatie gewenste en/of noodzakelijke onderhoud en exploitatie over de lengte van de gebruiksduur van het object) en de eigen organisatie moet de instelling een inschatting maken van het risico dat deze wil lopen of juist bij een andere partij wil onderbrengen. Verder bepaalt de instelling welke rol deze als opdrachtgever wil spelen, de tijd die de instelling heeft of wenst te geven voor het bouwproces, het financiële vraagstuk, en de kennis die aanwezig is.

Onderwerpen ter afweging van een instelling bij de keuze van een contract

Risico: In hoeverre wil de opdrachtgever risico lopen tijdens de bouw, maar ook nadat het gebouw is gerealiseerd.

Invloed: Hoe meer het proces aan een derde wordt overgelaten, hoe minder invloed de opdrachtgever heeft op de uitvoering en het uiteindelijke resultaat.

Tijd: De ene contractvorm vergt meer voorbereidingstijd dan de andere contractvorm. Is een opdrachtgever in staat en bereid om veel tijd aan de voorbereiding te besteden?

Financiën: Bij de verschillende vormen van contracten wordt niet alleen de toedeling van werkzaamheden geregeld, maar ook welke partijen in welke mate financieel dragend zullen zijn.

Omvang: Hoe groot of hoe complex het project is, heeft invloed op de voorbereiding en planning. Indien een project maar van beperkte omvang is, zal het kiezen voor een uitgebreide vorm van contract in de regel niet lonend zijn.

Kennis: Het bouwen van een nieuwe instelling is voor de directie van deze instelling vaak een eenmalig proces. In die zin kan het inwinnen van expertise niet vroeg genoeg beginnen. Zorg er echter voor deze kennis niet in te winnen bij partijen die later een belang zullen hebben bij de inrichting van het bouwproces.

Wees als instelling bij het maken van het businessplan vooral bedacht op de levensduurkosten die samenhangen met de te plegen investering. Daarbij gaat het voor instellingen in de gezondheidszorg niet alleen om besparingen op bijvoorbeeld de facilitaire diensten, maar met name om het verhogen van de winstgevendheid van het primaire proces.

Voor de zorgsector zou een zorgspecifieke scan voor geïntegreerde contracten ontwikkeld moeten worden. De voor de overheid ontwikkelde PPC zou daarom uitgebreid kunnen worden met het volgende:
- onderzoek de financierbaarheid van het project en de daaraan verbonden condities;
- beschrijf hoe het te ontwikkelen project kan bijdragen aan de rentabiliteit van de zorginstelling. Met andere woorden: is het ontwerp in staat een efficiënt zorgproces te faciliteren?;
- maak daar waar mogelijk gebruik van benchmarkdata in plaats van pseudo-biedingen van geïnteresseerde partijen.

Let als instelling bij het maken van een bouwplan en het opstellen van contracten op het aanbrengen van flexibiliteit op die plaatsen in gebouwen en contracten waar in de toekomst veranderingen zijn te verwachten. Flexibiliteit kan bevorderd worden door te letten op de scope van het project (tot uitdrukking komend in de contractduur, het bepalen van welke delen en welke beheerfuncties/facilitaire diensten van een instelling in het project meegenomen worden) en op de outputspecificaties.

Op het punt van de outputspecificaties is gebleken dat een definitief ontwerp te gedetailleerd is. Vanwege het belang van een functioneel en logistiek optimaal ontwerp, ook voor het zorgproces, is een klassiek programma van eisen juist te weinig gespecificeerd. Een ontwerpfase die daar tussen in ligt, maar tot nu toe in de zorg weinig is toegepast, is het *structuurontwerp*. In het structuurontwerp is het mogelijk de logistieke hoofdstromen weer te geven en de duurzaamheid van het gebouw met het oog op toekomstige veranderingen te analyseren. Instellingen kunnen overwegen om het structuurontwerp, vergezeld van de bijbehorende businesscase, toe te passen bij een experiment met een geïntegreerd contract.

Zorg voor een planning waarin ruimte wordt ingebouwd om outputspecificaties op te stellen. Instellingen hebben nu de neiging vooral aandacht aan de contractvorm en de

juridische consequenties te besteden en de tijd die moet worden ingeruimd voor het maken van outputspecificaties te vergeten of te onderschatten.

Investeer als opdrachtgever in de kwaliteit van de medewerkers van de instelling die bij het proces betrokken zijn, juist omdat het denken in termen van levensduurkosten en het werken met geïntegreerde contracten nieuw zijn voor de gezondheidszorg. Deze extra initiële investering zal zichzelf later terugverdienen.

Een instelling die overweegt projecten in meerdere contracten op te knippen moet goed letten op de raakvlakken (interfaces) tussen de diverse delen van het project. Wanneer deze delen niet goed op elkaar aansluiten ontstaan problemen en zal efficiencywinst juist niet behaald worden.

Streef als opdrachtgever naar een directe financieringsrelatie tussen het opdrachtnemende consortium en de banken bij het project. Dan zullen ook de banken scherp toezien op het naleven door de opdrachtnemer van de voorwaarden uit het contract.

Betrek interne partijen zoals specialisten en het zorgpersoneel bij het formuleren van de outputspecificaties voor de kernfuncties van een instelling. Dat versterkt de betrokkenheid en het commitment van deze partijen.

Bijlage I Veranderende context van de Nederlandse gezondheidszorg

De context waarbinnen instellingen in de Nederlandse gezondheidszorg opereren qua beleid en regelgeving op het gebied van bouw is de laatste jaren in hoog tempo aan het veranderen. Aan die veranderende omgeving besteden we in deze bijlage aandacht.

Ontwikkelingen beleid en regelgeving in de intramurale gezondheidszorg

Het kabinet heeft de afgelopen jaren ingezet op marktwerking (in de cure) en op normatieve bekostiging (vooral in de care). Hiermee samenhangend is op 1 januari 2008 het bouwregime ex WTZi in de cure ingetrokken. Op 1 januari 2009 volgde de care. Onder het bouwregime hadden instellingen voor grootschalige bouwplannen goedkeuring van het Ministerie van VWS[1] nodig om de resulterende kapitaallasten (via nacalculatie) door te berekenen in de tarieven. De banken liepen een beperkt kredietrisico bij het verstrekken van financiering: door de bestaande wet- en regelgeving en de structuur van garantie en borging wisten zij min of meer zeker dat de lening volledig door de zorginstelling zou worden terugbetaald.

Cure - ziekenhuizen
De diagnosebehandelcombinaties (dbc's) vormen de basis van het betalingssysteem voor de ziekenhuiszorg. Beoogd wordt per dbc tot een integraal tarief te komen, waarin ook de kapitaallasten per dbc zijn meegenomen. Bij de ziekenhuizen wordt onderscheid gemaakt tussen het A-segment en het B-segment. Het A-segment wordt tot 2011 gefinancierd via het huidige systeem van functiegerichte budgettering[2]. Vanaf 2011[3] wordt onderscheid gemaakt in het A0-segment (vaste segment) en het A1-segment (gereguleerde segment).

Het vaste segment (A0) bestaat uit een aantal specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening die een publiek belang kennen, zoals beschikbaarheid of specifieke deskundigheid. Een aantal functies wordt volledig via het vaste segment vergoed (bijvoorbeeld de academische component en de traumahelikopter), een aantal andere functies (zoals de spoedeisende hulp) wordt deels via het vaste segment en deels via de zorgprestaties vergoed.

[1] In feite via een vergunning van het College bouw zorginstellingen.
[2] Voortgangsrapportage dbc's. VWS, 11 juni 2009
[3] Gebaseerd op: Van budget naar prestatie. Prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg. NZa, 2 november 2009

In het gereguleerde segment (A1) geldt volledige prestatiebekostiging op basis van zorgprestaties met gereguleerde maximumtarieven en een vrij volume. Het gaat structureel om de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV-zorg[4]), Intensive Care zorg en de dure en weesgeneesmiddelen. Op korte termijn zullen zorgproducten die nog géén onderdeel uitmaken van het vrije segment onder het gereguleerde segment vallen. Dit kan zorg zijn waarvoor de overheid nog geen vrije prijzen wil introduceren omdat de marktcondities niet zodanig zijn dat zij zich daar al voor lenen.

Over de dekking van de kapitaallasten in het A0- en het A1-segment bestaat nog geen duidelijkheid. De NZa heeft er recent advies over uitgebracht en de Minister van VWS beraadt zich daarover.

Het B-segment of vrije segment is het gedeelte van de dbc-productie waarvoor vrij onderhandelbare prijzen (en volume) gelden. Het B-segment is per 1 januari 2009 uitgebreid van 20 naar 34% van de totale omzet. Mogelijk verhoogt de Minister van VWS het aandeel van het B-segment in 2011 tot 50%. Kapitaallasten maken deel uit van deze prijzen.

Momenteel loopt een overgangstraject waarin de huidige kapitaallasten (inclusief de projecten waarvoor vóór 1 januari 2008 een vergunning ex WTZi is verleend) samenhangend met de uitbreiding van het B-segment in drie jaar tijd worden afgebouwd.[5] Voor investeringsprojecten die na het vervallen van het bouwregime zijn ontwikkeld zijn de aan het B-segment toe te rekenen kapitaallasten onmiddellijk risicodragend.

Het risico op de kapitaallasten wordt (in de toekomst) vooral bepaald door de omvang van het vrije segment en de wijze waarop de kapitaallasten in het vaste en gereguleerde segment worden vergoed en hoe dat voor individuele ziekenhuizen uitpakt. Over deze materie zal de Minister van VWS waarschijnlijk begin later dit jaar een beslissing nemen.

Winst en privaat kapitaal[6]

In de zorg geldt een verbod op winstuitkering. Er is sprake van een "winstklem", dat wil zeggen dat wel privaat kapitaal is toegestaan, maar gemaakte winst in de onderneming moet blijven en niet aan de kapitaalverschaffers uitgekeerd mag worden. Een

[4] WBMV-zorg betreft onder andere radiotherapie, cardiochirurgie en interventiecardiologie, orgaantransplantaties, neurochirurgie en neonatale intensive care.

[5] Voor projecten met een WTZi-vergunning geldt dat nacalculatie van toepassing is op:
- de kapitaallasten verbonden aan het A-segment;
- de kapitaallasten in het B-segment voor 75% in jaar 1, 50% in jaar 2 en 25% in jaar 3.

Bij uitbreidingen van het B-segment wordt het A-segment geschoond voor de kapitaallasten die gekoppeld zijn aan de over te hevelen dbc's. Voor dit bedrag geldt wederom een driejarige afbouw. Ziekenhuizen die in de problemen komen kunnen een beroep doen op een zogenaamde hardheidsclausule.

[6] Gebaseerd op Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. VWS, 9 juli 2009 en Brief n.a.v. Algemeen Overleg Governance in de zorg. VWS, 1 oktober 2009

eventueel positief resultaat betekent een toename van de reserves. Indien al (niet-bancair) privaat kapitaal aangetrokken kan worden, kan daarover geen resultaatsafhankelijke vergoeding uitgekeerd worden.

VWS streeft ernaar om een wetsvoorstel resultaatsafhankelijke vergoeding in de zorg naar de Kamer te sturen. Het wetsvoorstel zal voorwaarden stellen voor de introductie van een resultaatsafhankelijke vergoeding op privaat kapitaal in de curatieve zorg. Als de Kamer met het wetsvoorstel instemt, zal dat de zorgsector voor verstrekkers van (niet-bancair) privaat kapitaal potentieel aantrekkelijker maken. Naar de voorwaarden waaronder investeerders bereid zijn geld in de zorg te steken, zal nader onderzoek worden gedaan.

Daarnaast is de verwachting dat het wetsvoorstel beperking van zeggenschap van aandeelhouders in de zorg regelen. De zeggenschap van aandeelhouders inzake strategische besluiten zal zodanig worden beperkt dat het nastreven van het maatschappelijk belang centraal blijft staan. Hierbij zal mogelijk worden aangesloten bij de voorwaarden die gelden voor een structuurvennootschap. Deze aanscherping zal gelden voor de hele zorgsector. Het wetsvoorstel zal daarmee ook aangeven onder welke voorwaarden een kapitaalvennootschap in de zorg als een maatschappelijke onderneming[7] kan worden beschouwd. Uiteraard kan de vraag gesteld worden in welke mate verstrekkers van privaat risicokapitaal nog interesse zullen hebben dit kapitaal beschikbaar te stellen indien zij voelen dat aan de zeggenschap teveel beperkingen worden opgelegd. In juli 2009 is het wetsvoorstel over de maatschappelijke onderneming door de Minister van Justitie ingediend bij de Tweede Kamer.

Voor de intramurale AWBZ is het introduceren van een resultaatsafhankelijke vergoeding voor risicodragend kapitaal niet aan de orde, omdat in de AWBZ geen vrije prijsvorming plaatsvindt.

Naar verwachting zullen in de toekomst nieuwe financieringsvormen voor nieuwbouwprojecten worden ontwikkeld indien ziekenhuizen in de toekomst risicodragend kapitaal kunnen aantrekken.

Cure - geneeskundige geestelijke gezondheidszorg
Ook in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zijn dbc's beschikbaar. In 2009 wordt echter nog niet op prijs geconcurreerd. In beginsel wordt met ingang van dit jaar een onderscheid gemaakt tussen de verschillende segmenten (A0-, A1- en B-segment). In latere jaren zal het aandeel van het B-segment worden verhoogd. De NZa zal hier advies over uitbrengen.

[7] Een maatschappelijke onderneming is een nieuwe (nog niet wettelijk vastgelegde) rechtsvorm voor instellingen in de semi-publieke sector: onderwijs, zorg en woningcorporaties. Voor meer informatie zie: http://www.justitie.nl/onderwerpen/wetgeving/maatschappelijkeonderneming

Care

In de care (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurende geestelijke gezondheidszorg) is op 1 januari 2009 de zorgzwaartebekostiging ingevoerd.[8] Vóór 2009 ontvingen zorginstellingen een gemiddeld geldbedrag op basis van de beschikbare capaciteit (het aantal plaatsen) en de geleverde productie. Met de invoering van de zorgzwaartebekostiging is de zorgvraag van de cliënt leidend geworden. De zorgvraag komt tot uitdrukking in een zorgzwaartepakket (zzp) waarin het type en de hoeveelheid zorg zijn beschreven. De zzp's zijn geprijsd en bepalen tezamen de hoogte van het instellingsbudget.

Met de invoering van de zorgzwaartebekostiging zijn de instellingen dus meer risico's gaan lopen dan vóór 2009. Tot en met 2011 is voor de instellingen die budget moeten afbouwen een herallocatieregeling van kracht. Voor de instellingen die groeien is de mate van budgetgroei afhankelijk van het beschikbaar komen van budget van afbouwende instellingen.[9]

De kapitaallasten die samenhangen met de huisvesting zijn momenteel nog niet in de zzp opgenomen. Vanaf 2011 is dat echter wel gepland. Hierbij wordt gedacht aan een normatieve kapitaallastencomponent[10]. De hoogte van deze component is nog niet bekend. Wel heeft de staatssecretaris in haar brief over dit onderwerp[11] minimumbedragen per zzp genoemd.

[8] Exclusief kinder- en jeugdpsychiatrie.
[9] Voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging. VWS, 24 juni 2009.
[10] De normatieve kapitaallastencomponent is een bedrag waarmee de investeringskosten inclusief kosten voor renovatie en onderhoud gedurende de levensduur van een gebouw worden gedekt. De component kan worden uitgedrukt in een percentage van de investeringskosten bij nieuwbouw en wordt jaarlijks geïndexeerd.
[11] Tussenstand kapitaallasten. Brief VWS aan de 2e Kamer van 9 juli 2009.

Bijlage II Typering vastgoed in de intramurale gezondheidszorg

Totaalbeeld

In Nederland gaat ruim € 60 miljard om in de zorg.[12] Een deel van de middelen is bestemd voor de intramurale gezondheidszorg, zoals ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en instellingen voor gehandicaptenzorg. Om een indruk te geven van de omvang van de zorgsector is in tabel I.1 het aantal bedden/plaatsen per sector weergegeven.

Tabel I.1 Aantal intramurale bedden/plaatsen naar sector

Sector	Bedden/plaatsen
Ziekenhuizen[1]	50.000
Ouderenzorg[2]	170.000
Gehandicaptenzorg[3]	65.000
Geestelijke gezondheidszorg[4]	37.000

[1] Bron: RIVM, 2006 (Toegelaten capaciteit, inclusief academische ziekenhuizen).
[2] Bron: Monitoring gebouwkwaliteit in de verpleging en verzorging. Cbz, 2005
[3] Bron: Nieuwe kleinschalige woonvoorzieningen in de gehandicaptenzorg. TNO, 2009
[4] Bron: Monitoring gebouwkwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg. Cbz, 2004 (inclusief RIBW, ca. 9.000)

De instellingen die intramurale zorg aanbieden beschikken over een of meer locaties (terreinen met gebouwen) en gebouwen waar de patiënten worden opgenomen of clienten verblijven. De omvang van locaties en gebouwen verschilt per sector.[13]

Ziekenhuizen

De ziekenhuissector kenmerkt zich door grootschalige gebouwen met een bruto vloeroppervlakte van 15.000 m^2 tot meer dan 100.000 m^2. De nieuwbouwkosten voor een gemiddeld ziekenhuis[14] van 35.000-40.000 m^2 bedragen meer dan € 110 mln.[15] Kosten van grote renovaties kunnen tot 50% van de nieuwbouwkosten oplopen.

Op hoofdlijnen zijn drie met elkaar samenhangende trends samen te vatten:

- het zorgproces wordt centraal gesteld, niet de voorzieningen;
- er komt een betere aansluiting tussen de door het ziekenhuis geleverde zorg en de zorg die voorafgaand en aansluitend plaatsvindt;
- de zorg wordt zo dicht mogelijk bij de patiënt thuis gebracht.

[12] Begroting VWS
[13] Het vervolg van deze paragraaf is grotendeels gebaseerd op Strategische positie vastgoed. Cbz, 2005
[14] Bron: Data Monitoring Algemene ziekenhuizen. Cbz, 2007
[15] Exclusief grond- en startkosten en rente tijdens de bouw.

Voor de infrastructuur betekent deze ontwikkeling de keuze voor een netwerkorganisatie. Er ontstaat een hoofdlocatie, met een concentratie van acute en high tech zorg, met daaromheen kleinere centra voor electieve zorg, preventie en beperkte behandeling. Deze kleinere centra worden gecombineerd met eerstelijnsvoorzieningen. Daarnaast wordt, meer expliciet dan voorheen, onderscheid gemaakt tussen onder andere de 'schillen' hot floor (OK-complex, intensive care, diagnostiek), de hotelfunctie (verpleging) en de kantoorfunctie (poliklinieken, staf), wat invloed kan hebben op de invulling van bouwprojecten.

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

Ruim de helft van cliënten heeft een relatief lichte zorgbehoefte (vooral verzorgingsbewoners, delen van de gehandicaptenzorg en van de GGZ). Bij deze cliënten ligt het accent op de woonfunctie. Wat betreft de bouw is sprake van aspecifieke, op woningbouw lijkende woongebouwen. Ongeveer de helft van de woongebouwen wordt gehuurd.
Bijna de helft van de cliënten heeft een relatief zware zorgbehoefte en is (meestal) woonachtig in gebouwen waar verblijf en behandeling wordt aangeboden. De gebouwen zijn specifiek voor de doelgroep gebouwd en zijn voor het overgrote deel in handen van de zorginstellingen.
Een relatief klein aantal cliënten (circa 1%) is aangewezen op specifiek gebouwde beveiligde voorzieningen die eigendom zijn van de instellingen.

In de ouderenzorg (verpleeg- en verzorgingshuizen) zijn locaties met één gebouw de regel, al dan niet in combinatie met aanleunwoningen. De investeringskosten[16] van een gemiddeld verpleeghuis van 100 plaatsen bedragen circa € 14-15 mln. Verzorgingshuizen zijn goedkoper: bij een capaciteit van 100 plaatsen bedragen de investeringbouwkosten circa € 13-14 mln. Verzorgingshuizen zijn minder specifiek gebouwd dan verpleeghuizen en worden relatief vaak (circa 40%) gehuurd. In de ouderenzorg is een trend waar te nemen naar kleinschalige voorzieningen van 24 tot 50 plaatsen.

[16] Inclusief grond- en startkosten en rente tijdens de bouw, prijspeil 2009.

In de gehandicaptenzorg wordt een mix van grootschalige locaties met meerdere (woon)gebouwen en kleinschalige locaties aangetroffen. Circa 30% van de bewoners is gehuisvest in kleinschalige voorzieningen 'in de wijk', variërend van eenpersoons-appartementen tot woningen van 10-12 plaatsen, die (steeds vaker) worden gehuurd. Op de grootschalige locaties komen minder cliënten te wonen. De nieuwbouw op deze locaties kenmerkt zich door kleinschalige gebouwen. Een aantal instellingen werkt aan grootschalige herstructureringsplannen. De investeringskosten van grootschalige herstructureringsprojecten kunnen hoog zijn.

In de geestelijke gezondheidszorg is eveneens sprake van een mix aan voorzieningen: grootschalige locaties met meerdere gebouwen, kleinschalige locaties in de wijk en gebouwen op een ziekenhuisterrein. De investeringskosten van een gebouw van bijvoorbeeld 50 plaatsen (op een ziekenhuisterrein) bedragen rond de € 10 mln. De grootschalige herstructurering van instellingsterreinen is grotendeels afgerond.

In tabel II.2 zijn de kenmerken per sector samengevat.

Tabel II.2 Kenmerken locaties en gebouwen per sector

	Type locaties	**Type gebouwen**	**Eigendoms-situatie**	**Trend**
Ziekenhuizen	Vooral één gebouw per locatie	Eén grootschalig gebouw met alle functies	Eigendom	Meer diversiteit
Ouderenzorg	Vooral één gebouw per locatie	Gebouw met alle functies	Mix eigendom en huur (vooral verzorgings-huizen)	Voorzichtige verschuiving naar klein-schalige gebouwen
Gehandicap-ten-zorg	Mix van grootscha-lige locaties en (in toenemende mate) kleinschalige locaties	Variërend van ge-bouwen voor tien-tallen cliënten tot eenpersoons-appartementen	Mix eigendom (vooral grootscha-lige locaties) en huur	Verschuiving naar kleinschalige locaties en naar kleinschalige gebouwen
Geestelijke gezondheids-zorg	Mix van (vooral) grootschalige loca-ties en (in mindere mate) kleinschalige woningcomplexen, locaties op ziekenhuis-terreinen	Grote variatie in gebouwen, van woningen tot klinieken.	Mix eigendom (vooral grootscha-lige locaties) en huur	Geen grote verschuivingen

Bijlage III Bronnen en geraadpleegde literatuur

Afronding evaluatie grote bouwcontracten HSL-Zuid, Stichting Traverse (2009).

Begroting VWS voor 2010, september 2009.

Data Monitoring Algemene ziekenhuizen, College bouw zorginstellingen, 2007.

De waarheid over DBFM, PIANOo-congres, 4 juni 2009.

Enquëte onder zorginkopers naar opvattingen over geïntegreerde contracten voor de care, Centrum Zorg en Bouw, november 2009.

Flexibility against efficiency, Anneloes Blanken, University of Twente, 2008.

Inleiding Bert Keijts, Symposium PPS en mobiliteit, 10 juni 2009.

Innovatief aanbesteden in de gezondheidszorgbouw, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 23 mei 2005.

Kamerstukken 2004/2005 – 28753, nr. 7.

Leidraad aanbesteden voor de Bouw, Regieraad Bouw, 2009.

Op de goede weg en het juiste spoor, Advies van de Commissie Private Financiering van Infrastructuur, mei 2008

PPS Netwerk Nederland.

PPS voortgangsrapportage 2007 en vooruitblik 2008, Ministerie van Financiën, maart 2008.

Presentatie 'De uitdaging van Publiek Private Samenwerking' BAM, 25 mei 2009.

Publiek Private Samenwerking in de Gezondheidszorg, Barrie Dowdeswell en Michael Heasman, vastgesteld door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 5 juli 2004.

Publiek Private Samenwerking versus Private Finance Initiative, B.T. Rutten (ASRE MRE), UvA, augustus 2004.

Quickscan praktijkervaringen in het kader van het project "Leidraad Aanbesteden": Motieven en consequenties van de gekozen projectconfiguratie. TNO Rapport, Gelderen, K. van & Sebastian, R. (2007).

Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning, VWS, 9 juli 2009 en Brief n.a.v. Algemeen Overleg Governance in de zorg. VWS, 1 oktober 2009.

Strategische positie vastgoed, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 27 juni 2005.

Tussenstand kapitaallasten, Brief VWS aan de 2e Kamer van 9 juli 2009.

Van budget naar prestatie. Prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg, NZa, 2 november 2009.

Voortgangsrapportage dbc's, VWS, 11 juni 2009.

Voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging, VWS, 24 juni 2009.

Zesde richtlijn van de Raad van 17 mei 1977 betreffende de harmonisatie van de wetgevingen der Lid-Staten inzake omzetbelasting.

Bijlage IV Lijst van geïnterviewden

De heer D. Christmas, partner Twynstra Gudde.

De heer O. Gerrits, Senior Manager Zorginkoop Achmea.

De heer ir. C. van Lisdonk, adviseur/projectleider, HagaZiekenhuis.

De heer drs. S.C. van Norren, Senior Sectorspecialist Zorg, Rabobank.

De heer ir. C. Notenboom MBA, Hoofd Planontwikkeling, BAM Utiliteitsbouw.

De heer mr. A.M. van Oord MMO, business manager commercie BNG.

De heer drs. D. van Opstal MRE, Syntrus Vastgoed, Achmea.

De heer ing. T.G. van Reeuwijk, CROW

De heer R.H.M. Rusken, Bouwcoördinator Saxenburgh Groep.

De heer ir. D.M. van der Staay, Adviseur/Kennismanager Rijksgebouwendienst.

De heer drs. W. Veekman, senior projectmanager Servicecentrum Scholenbouw.

De heer R.L.P. Verreussel, bestuurder Maasziekenhuis Pantein.

Bijlage V Samenstelling klankbordgroep

Het project is begeleid door een klankbordgroep. Deze klankbordgroep is drie maal bijeen geweest en was als volgt samengesteld:

Mevrouw dr. ir. A. Blanken, beleidsmedewerker Ministerie van Financiën.

De heer drs. G.J. Heuver, arts MMO, lid Raad van Bestuur Gelre Ziekenhuizen.

De heer drs. P.M. Moorrees, coördinator Ministerie van Financiën.

De heer drs. E.L.J.M. Peters, Manager Finance Strukton.

De heer drs. M. van Schaik, directeur gezondheidszorg Rabobank.

De heer drs. C. Veld, beleidsmedewerker Ministerie van VWS.

Bijlage VI Afkortingen

DBFMO	Design, Build, Finance, Maintainance, Operate. De aspecten die kunnen worden opgenomen in een geïntegreerd contract.
PFI	Private Finance Initiative, Engelse term voor een DBFM(O)-contract
PPC	Publiek Private Comparator, een instrument waarmee wordt bepaald welke contractvorm de voorkeur verdient.
PPP	Public-Private Partnerships, Engelse term voor publiek-private samenwerking
PPS	Publiek-private samenwerking
SPC	Special Purpose Company, bedrijf dat wordt opgericht als opdrachtnemer in een geïntegreerd contract
SPV	Special Purpose Vehicle, rechtspersoon die opgericht wordt als opdrachtnemer in een geïntegreerd contract

Summary

Hospitals and other healthcare institutions that want to construct a new building or undertake major renovation work have to get their plans financed. Until recently this was a fairly straightforward matter because the state was implicitly the guarantor for these investments. With the disappearance of the building and construction regime, however, government approval is no longer needed.

For property decision-makers in the healthcare sector, the situation has thus changed: they have to present solid business cases to the bank. And if the capital expenditure calculated in the fees is excessive, the hospital will price itself out of the market. Good reason, therefore, to find out whether the new building construction or renovation project can be effected more cheaply and the operating costs reduced.

In traditional tenders few cost benefits are likely to be gained. Contracts involving public-private partnership suggest that these are forms that could be suitable for use in the building of healthcare assets, despite the fact that Dutch hospitals are private enterprises. Such contracts are referred to as integrated or DBFMO (Design, Build, Finance, Maintain and Operate) contracts where, depending on the needs of the customer, a single consortium is responsible for the design, construction, financing, maintenance and facility services. The consortium assumes all the risks except for the pre-determined risks that are the responsibility of the customer.

So the question is whether integrated contracts are satisfactory or better options to traditional contracts in the healthcare sector and, if they are, under what terms and conditions. This report examines these questions along with the pros and cons that the property decision-makers have to weigh up when considering an integrated contract.

This study has investigated sectors in which this type of contract has been used, like school buildings and the "Rijksgebouwendienst" which also undertakes major projects. Foreign examples are included as well.

The differences with traditional tendering are considerable: the preparation period for a DBFMO contract is longer and output specifications instead of a specification scope are used. The costs of longer preparation are recovered among the respective parties since the customer no longer assumes the risks, there is more certainty about costs during use, cost efficiency is higher and so is the price-quality ratio. An attendant advantage of a fully integrated DBFMO contract is that the commissioning healthcare institution does not need to attract any financing for the investment itself and that payment of the availability fee begins only after the construction project has been

accomplished and the consortium's service begins. Using a DBFMO contract creates thus much calm in the customer's financial management.

Discussions with health insurers, banks and construction managers of healthcare institutions reveal that everyone appreciates not only the problems but also the opportunities that prevail in these types of contract in the construction of healthcare assets, specifically among major projects of at least € 50 million. The positives are certainly the cost savings, risk management and creativity that can be expected from the participants.

The main threat to these types of contract rests with government: a good business case can only be built if there is certainty about rules and legislation. For example, the proportion of services for which tariffs can be freely negotiated vis-à-vis the proportion for which government sets the tariff. Or the risk that government will resort to price control measures to cap freely negotiated tariffs, which would have a significant impact on the possibility to attract credit for an integrated contract (even though this does, of course, also pertain to attracting financing by healthcare institutions for traditional contracts).

The conclusions concerning DBFMO contracts in healthcare are positive: more than ever the time is ripe for such contracts for healthcare assets. It is a useful exercise to acquire experience using this type of contract now that the lifecycle costs of property is an increasingly important issue. For the healthcare asset decision-makers, the report offers tools, like the Public Private Comparator, to help weigh pros and cons of DBFMO contracts.