

TNO-rapport

TNO-034-UTC-2010-00171

Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2010

Kostenontwikkelingen van gebouwen in de zorg

Datum	juni 2010
Auteur(s)	André Bode Peter Brouwers Stefan van Heumen
Projectnummer	034.20650/01.02
Aantal pagina's	67 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	4

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Samenvatting

Naast het vervallen van het bouwregime heeft de recessie het afgelopen jaar grote gevolgen voor de zorgbouw gehad. Zorginstellingen kunnen de laatste tijd over het algemeen gunstig aanbesteden. Door de uitblijvende duidelijkheid over de vergoeding van kapitaallasten, gekoppeld aan de crisis op de financiële markten, lijken zorginstellingen echter niet van dit voordeel te profiteren. Het ontwikkelen van bouwplannen wordt juist vaak uitgesteld. Tegelijkertijd lopen instellingen aan tegen kritischer geworden financiers. Ook de banken hebben in toenemende mate behoefte aan meer duidelijkheid over de hoogte van te vergoeden huisvestingslasten. Reden te meer om ook dit jaar een Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector uit te brengen dat, los van de grillige bouwmarkt, een houvast wil bieden voor het ontwikkelen van zorgbouwplannen in de vorm van kostenkengetallen die als referentie kunnen dienen.

Dit jaar is gekozen voor een nieuwe indeling van de kostenkengetallen. Het Centrum Zorg en Bouw van TNO heeft hiervoor zowel voor de cure als voor de care en jeugdzorg een matrix ontwikkeld, waarbij per deelsector de te onderscheiden gebouwtypen worden weergegeven.

Voor de care worden de kostenkengetallen niet langer gekoppeld aan de categorieën licht, zwaar en beveiligd volgens de vervallen prestatie-eisen voor de nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen. De kostenkengetallen volgen enerzijds de diverse care-sectoren en anderzijds de diverse gebouwtypen die binnen deze sectoren kunnen worden onderscheiden. De kostenkengetallen voor de jeugdzorg volgen de indeling zoals in de voorgaande jaarbeelden is toegepast. Voor de cure worden, naast de monoliet met alle functies in een gebouw, gebouwtypen geïntroduceerd die in grote lijnen het zogeheten schillenmodel volgen. Dit jaar ontbreekt het nog aan voldoende praktijkgegevens om voor de diverse gebouwtypen in de cure gedifferentieerde kostenkengetallen te kunnen bepalen. Vooralsnog wordt voor de cure volstaan met één kostenkengetal gekoppeld aan een tabel met gedifferentieerde richtbedragen per functiegroep.

Voor het verzamelen van praktijkgegevens is aansluiting gezocht bij een aantal 'kostenkennispartners' uit de (zorg)bouwpraktijk die dit jaar reeds diverse recente aanbestedingsresultaten van zorgbouwplannen hebben aangeleverd.

Voor de kostenkengetallen voor nieuwbouw van zorgvoorzieningen, uitgedrukt in bouw- en investeringskosten per bruto m², is het van belang ook een uitspraak te doen over de gemiddelde bruto vloeroppervlakte per plaats of bed. Per sector en per gebouwtype zijn in de matrices de bruto vloeroppervlakten per plaats of bed zichtbaar gemaakt. Hiervoor is een vertaalslag gemaakt vanuit de prestatie-eisen die voorheen voor de diverse sectoren golden.

Voorts zijn de recente kostenontwikkelingen in de (zorg)bouw geanalyseerd, waaruit het volgende kan worden geconcludeerd.

- de bouwmarkt is voor opdrachtgevers van zorgbouw nog steeds gunstig. Hoe lang dit nog voortduurt, is niet bekend;
- in het jaarbeeld van 2009 is de lijn gekozen om de kengetallen binnen de zorgbouw niet direct aan te passen aan de schommelingen van de bouwmarkt. Deze lijn wordt ook dit jaar voortgezet. De kengetallen geven een neutrale en reële kostprijs weer, waarbij wordt opgemerkt dat projecten op dit moment nog vaak tegen een lagere prijs kunnen worden aanbesteed;

- de stijging van de Gezondheidszorgindex, die de (autonome) ontwikkeling van de loonkosten en materiaalprijzen in de zorgbouw weergeeft, bedraagt over 2009 0,7%;
- de getoonde kostenonderzoeken hebben vooral in het teken gestaan van de nieuwe matrices voor care en cure en het in beeld brengen van de spreiding van vloeroppervlakten en bouwkosten. Met name de kostenonderzoeken in de care-sector laten zowel qua m² per plaats als in de prijs per m² de grootste spreiding zien;
- vanuit gewijzigde regelgeving zijn geen nieuwe kostenontwikkelingen te melden.

Gezien de bovenstaande bevindingen zijn de kengetallen aangepast met de gestegen Gezondheidszorgindex van januari 2009 tot januari 2010 met 0,7%.

Dit leidt voor de diverse zorgsectoren tot de volgende bouwkostenkengetallen per m² bvo op prijspeil januari 2010, inclusief BTW:

Tabel Bouwkostenkengetallen per m² bvo (inclusief BTW, prijspeil 1 januari 2010)

Categorie	Prijspeil 1 januari 2010
Care	
Ouderenzorg / verpleging & verzorging	
– Verzorgingshuis, woonzorgcentrum (a-specifieke bouw)	€ 1.321, -
– Appartementen (a-specifieke bouw)	€ 1.321, -
– Verpleeghuis (specifieke bouw)	€ 1.590, -
– Kleinschalig groepswonen (specifieke bouw)	€ 1.590, -
– Kantoor / centraal bureau	€ 1.421, -
Gehandicaptenzorg	
– Appartementen/woningen (a-specifieke bouw)	€ 1.321, -
– Kleinschalig groepswonen / laagbouwclusters (specifieke bouw)	€ 1.590, -
– Behandel- therapiegebouw	€ 1.560, -
– Werkplaats dagbesteding	€ 1.560, -
– SGLVG behandelcentrum	€ 1.738, -
– SGLVG+ (beveiligd)	€ 1.919, -
– Kantoor / centraal bureau	€ 1.421, -
Geestelijke gezondheidszorg	
– Monoliet instelling (RGC, APZ)	€ 1.579, -
– Appartementen/woningen RIBW (a-specifieke bouw)	€ 1.321, -
– Kleinschalig groepswonen / laagbouwclusters (specifieke bouw)	€ 1.590, -
– Behandel- therapiegebouw	€ 1.560, -
– Separeervoorziening	€ 2.653, -
– FPA, FVA, KIB (beveiligd)	€ 1.871, -
– FPK, FVK (beveiligd)	€ 1.919, -
– Kantoor / centraal bureau	€ 1.421, -
Jeugdzorg	
– Residentieel groepswonen	€ 1.665, -
– Residentieel gezinswonen & kamertraining	€ 1.439, -
– Medisch kinderdagverblijf	€ 1.560, -
– Monoliet instelling (gesloten jeugdzorg)	€ 1.747, -
– Kantoor / centraal bureau	€ 1.421, -
Cure	
– Algemeen ziekenhuis	€ 2.180, -
– Radiotherapeutisch centrum	€ 2.621, -
– Revalidatiecentrum	€ 1.942, -
– Klinisch astmacentrum	€ 1.874, -
– Epilepsiecentrum	€ 1.840, -

Naast de bouwkostenkengetallen worden in dit Jaarbeeld ook kostenkengetallen gepubliceerd voor grondkosten en het treffen van extra voorzieningen voor bijzondere doelgroepen in de AWBZ en de jeugdzorg. Vervolgens komen ook de overige investeringskosten, te weten bijkomende kosten, inventariskosten, directiekosten, rente tijdens de bouw, onvoorziene kosten, startkosten en kosten van huur, interim-huisvesting en renovatie, aan bod.

De in dit Jaarbeeld benoemde kostenkengetallen hebben nadrukkelijk geen normatief karakter en hebben niet meer de status van een prestatie-eis of beleidsregel, zoals dat ten tijde van het bouwregime het geval was.

Met de kengetallen wil het Centrum Zorg en Bouw allereerst een betrouwbare kosten-referentie bieden. Uiteraard kunnen bij de kengetallen bandbreedten worden gehanteerd. De bandbreedte is in hoge mate afhankelijk van de ambitie van de opdrachtgever. Verder spelen ook de ontwerputgangspunten en de lokale omstandigheden een rol van betekenis.

Tot slot wordt in dit Jaarbeeld stilgestaan bij de vele beleidsontwikkelingen en overige kostengerelateerde actualiteiten.

Inhoudsopgave

	Samenvatting.....	2
1	Inleiding.....	7
2	Nieuwe indeling zorggebouwen	9
2.1	Care en jeugdzorg	9
2.2	Cure	10
2.3	Kostenkennis-partners	12
3	Vloeroppervlakte-uitgangspunten.....	14
3.1	Vloeroppervlakte gebouwen in de care en jeugdzorg	14
3.2	Vloeroppervlakte gebouwen in de cure	20
4	Kostenonderzoeken.....	22
4.1	Ontwikkeling van de bouwmarkt.....	22
4.2	Bouwkosten care.....	27
4.3	Bouwkosten jeugdzorg	33
4.4	Bouwkosten cure.....	34
4.5	Kostenontwikkelingen als gevolg van gewijzigde regelgeving	37
4.6	Conclusies kostenonderzoeken	37
5	Kostenkengetallen.....	39
5.1	Inleiding.....	39
5.2	Bouwkosten	39
5.3	Grondkosten.....	41
5.4	Overige investeringskosten.....	42
5.5	Huur	45
5.6	Renovatie en interim-huisvesting	47
6	Beleidsontwikkelingen en overige kostengerelateerde actualiteiten.....	49
6.1	Bekostiging kapitaallasten	49
6.2	Wijzigingen in de bouwregelgeving	50
6.3	Life cycle costing.....	52
7	Ondertekening.....	54
	Bijlage(n)	
	A Kostenkengetallen	
	B Regiotoeslagen of -kortingen grondverwerving	
	C Indexcijfers	
	D Afkortingenlijst	

1 Inleiding

Voor de zorgbouw is het afgelopen jaar een bewogen periode geweest. Het bouwregime zoals vastgelegd in de WTZi is vanaf 2009 voor alle zorgsectoren verleden tijd. Daarnaast heeft de recessie grote gevolgen gehad. Orderportefeuilles van bouwbedrijven zijn tot een historisch dieptepunt gedaald. Hierdoor kan een zorginstelling de laatste tijd over het algemeen gunstig aanbesteden. Door de uitblijvende duidelijkheid over de vergoeding van kapitaallasten, gekoppeld aan de crisis op de financiële markten, lijkt echter een situatie te ontstaan die zorginstellingen kopschuw maakt voor het ontwikkelen en tot uitvoering brengen van bouwplannen. Tegelijkertijd lopen instellingen aan tegen kritischer geworden financiers. Ook de banken hebben in toenemende mate behoefte aan meer duidelijkheid over de hoogte van te vergoeden huisvestingslasten. Reden te meer om ook dit jaar een Jaarbeeld Bouwkosten uit te brengen dat, los van de grillige bouwmarkt, een houvast wil bieden voor het ontwikkelen van zorgbouwplannen in de vorm van kostenkengetallen die als referentie kunnen dienen.

Dit jaar is gekozen voor een nieuwe indeling van de kostenkengetallen. Voor de care worden de kostenkengetallen niet langer gekoppeld aan de categorieën licht, zwaar en beveiligd volgens de vervallen prestatie-eisen voor de nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen. De kostenkengetallen volgen enerzijds de diverse care-sectoren en anderzijds de diverse gebouwtypen die binnen deze sectoren kunnen worden onderscheiden. De kostenkengetallen voor de jeugdzorg volgen de indeling zoals in de voorgaande jaarbeelden is toegepast. Voor de cure worden, naast de monoliet met alle functies in een gebouw, gebouwtypen geïntroduceerd die in grote lijnen het zogeheten schillenmodel volgen. Dit jaar ontbreekt het nog aan voldoende praktijkgegevens om voor de diverse gebouwtypen in de cure gedifferentieerde kostenkengetallen te kunnen bepalen. Vooralsnog wordt voor de cure volstaan met één kostenkengetal gekoppeld aan een tabel met gedifferentieerde richtbedragen per functiegroep. Voor het verzamelen van praktijkgegevens is aansluiting gezocht bij een aantal 'kostenkennispartners' uit de (zorg)bouwpraktijk die dit jaar reeds diverse recente aanbestedingsresultaten van zorgbouwplannen hebben aangeleverd. In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op de nieuwe indeling van de kostenkengetallen.

De kostenkengetallen voor nieuwbouw van zorgvoorzieningen worden uitgedrukt in bouw- en investeringskosten per bruto m². Omdat de prestatie-eisen niet langer van kracht zijn, is het van belang in dit jaarbeeld ook een uitspraak te doen over de gemiddelde bruto vloeroppervlakte per plaats of bed. In hoofdstuk 3 wordt daarvoor de vloeroppervlakte van diverse zorgbouwprojecten nader geanalyseerd.

In hoofdstuk 4 worden de recente kostenontwikkelingen in de (zorg)bouw geanalyseerd. Dit gebeurt achtereenvolgens met een analyse van de bouwconjunctuur en recente aanbestedingsresultaten in de gezondheidszorg, een schets van de autonome ontwikkeling van loon- en materiaalprijzen en vergelijkende onderzoeken van bouwplannen die in het vorige jaarbeeld reeds zijn behandeld, maar met het oog op de nieuwe indeling van kostenkengetallen nu op een andere wijze zijn geanalyseerd. Voor de jeugdzorg wordt specifiek aandacht besteed aan de nieuwbouwplannen die in het kader van de bouwimpuls zijn ingediend en worden gerealiseerd. De diverse analyses leiden uiteindelijk naar een bijstelling van de kostenkengetallen voor de verschillende zorgsectoren.

In hoofdstuk 5 worden rubrieksgewijs de kostenuitgangspunten en kostenkengetallen per 1 januari 2010 vermeld en toegelicht. Naast bouwkostenkengetallen komen hierbij ook de overige investeringskosten aan bod. De kostenkengetallen hebben nadrukkelijk geen normatief karakter en hebben niet meer de status van een prestatie-eis of beleidsregel, zoals dat ten tijde van het bouwregime het geval was.

Tot slot wordt in hoofdstuk 6 ingegaan op recente beleidsontwikkelingen en overige kostengerelateerde actualiteiten. Aandacht wordt besteed aan de bekostiging van kapitaallasten binnen de verschillende zorgsectoren, de wijzigingen in de bouwregelgeving en het benchmarken van levenscycluskosten van gebouwen in de care.

2 Nieuwe indeling zorggebouwen

Na het verschijnen van het eerste Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector in 2009 is door het Centrum Zorg en Bouw van TNO stil gestaan bij de vraag of de wijze waarop in het verleden jaarlijks de kostennormen zijn gepresenteerd op dezelfde wijze gecontinueerd kan worden. Geconcludeerd is dat door het veranderen van de status van bepalende normkosten naar ondersteunende kengetallen er sprake is van een nieuwe werkelijkheid die vraagt om een nieuwe benadering.

Voorheen werden de kostennormen in combinatie met de normatieve vloeroppervlakte uit de voormalig geldende prestatie-eisen gebruikt om voor de specifieke doelgroep het beschikbare budget te bepalen. Daarbij werden kostennormen toegepast voor de categorieën licht, zwaar of beveiligd en voor de functies verblijf, ondersteunende begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten.

Het budget voor een bepaalde huisvestingsvraag zal iedere opdrachtgever van zorgbouw sinds het bouwregime is afgeschaft op zijn eigen wijze bepalen. De opdrachtgever zal bij de keuze voor het type gebouw dat hij wil gaan realiseren wel willen weten wat voor gebouwtypen er voor de verschillende doelgroepen mogelijk zijn, wat deze gemiddeld kosten en wat daarbij de meest bepalende factoren zijn. Om dergelijke vragen te kunnen beantwoorden, zullen de werkelijke kosten van verschillende typen zorggebouwen onderzocht en in beeld gebracht moeten worden. Om de uitkomsten overzichtelijk weer te kunnen geven heeft TNO de volgende twee matrices ontwikkeld. Voor de care en de jeugdzorg is voor het verblijf een horizontale verdeling gemaakt naar de verschillende gebouwtypen en een verticale verdeling naar de verschillende sectoren (zie figuur 1). Voor de cure is een horizontale verdeling gemaakt analoog aan de schillenmethode en verticaal een verdeling naar het soort ziekenhuis of centrum (zie figuur 2).

2.1 Care en jeugdzorg

Binnen de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg kunnen grofweg de volgende gebouwtypen met als hoofdfunctie wonen worden onderscheiden:

- de 'monoliet'-instelling, waarbij nagenoeg alle zorgfuncties onder één dak zijn gehuisvest. Hieronder vallen onder meer verpleeghuizen, verzorgingshuizen en woonzorgcentra;
- geclusterde laagbouw (paviljoens);
- beveiligde voorzieningen. Hieronder vallen de forensische zorgvoorzieningen en gesloten jeugdzorgvoorzieningen;
- grondgebonden (groeps)woningen, al dan niet kleinschalig in de wijk gelegen, inclusief eventuele niet-verblijfsfuncties en zorgboerderijen;
- appartementengebouw (drie- of meerlaags woongebouw).

Daarnaast zijn voor de niet-woonfuncties de volgende gebouwtypen te onderscheiden:

- behandelgebouw (bij eerstelijnszorg: gezondheidscentrum);
- recreatiegebouw;
- dagbestedingsgebouw;
- kantoorgebouw voor een centraal bureau en/of ambulante zorg;
- facilitaire gebouwen.

Door bij toekomstige projectanalyses van zorggebouwen het gebouwtype volgens de typologie van deze matrix aan te duiden kan de matrix in de toekomst met actuele kengetallen gevuld gaan worden.

Bij het bepalen van kengetallen zijn verschillende parameters van groot belang.

De bouwkosten per plaats worden bepaald door het aantal m² per plaats en door de kosten per m². Een complicerende factor daarbij is dat de kosten per m² mede beïnvloed worden door het aantal m² dat per plaats wordt gerealiseerd.

De volgende kengetallen zullen worden onderzocht.

- m² per plaats
- kosten per m²
- kosten per plaats.

Hierbij zal sprake zijn van gemiddelden en een bepaalde bandbreedte. Bij toekomstige kostenonderzoeken zal TNO onder meer per gebouwtype de meest bepalende factoren voor de bandbreedte van de verschillende kengetallen in beeld brengen.

Matrix Care Gebouwen						
	Monoliet instelling met alle functies in een gebouw	Paviljoens geclusterde laagbouw (voornamelijk éénlaagse bouw)	Beveiligd	Woningen grondgebonden twee- drielaagse bouw, met entree op begane grond	Appartementen gebouwen met 3 of meer lagen met entrees op verschillende lagen	
Ouderenzorg V&V	verpleeghuis / verzorgingshuis / woonzorgcentrum	verblijfsafdelingen laagbouw / groepswohnungen / aanleunwoningen	NVT	groepswohnungen	individuele appartementen of groepswohnungen voor ouderen.	Ouderenzorg V&V
Gehandicaptenzorg GHZ	gehandicapten instelling	paviljoens / bungalows veelal op instellingsterrein	SGLVG*	groepswooning in de wijk	individuele appartementen of groepswohnungen voor gehandicapten	Gehandicaptenzorg GHZ
Geestelijke Gezondheidszorg GGZ	regionaal GGZ-centrum / APZ	verblijfsafdelingen laagbouw / aanleunwoningen	FPK / Forensische Verslaving kliniek	beschermde wonen / RIBW	individuele appartementen / RIBW	Geestelijke Gezondheidszorg GGZ
Jeugdzorg JZ	jeugdzorg instelling	paviljoens / bungalows	gesloten jeugdzorg	groepswohnungen / gezinswonen	individuele appartementen of groepswohnungen voor jeugdigen.	Jeugdzorg JZ
Alle sectoren Niet wonen	Gezondheidscentrum behandelcentrum/ ook eerstelijnszorg	Recreatie café, restaurant, soos, clubgebouw in zelfstandig gebouw voor de zorg	Dagbesteding werkplaats, atelier, in zelfstandig gebouw (GHZ/GGZ)	Kantoor centraal bureau	Facilitair wasserij, technische dienst, centrale keukens,	Alle sectoren Niet wonen

Figuur 1 Matrix Care gebouwen.

2.2 Cure

Voor de indeling van gebouwtypen van algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, revalidatiecentra, radiotherapeutische centra, zelfstandige behandelcentra

en zorghotels wordt zoveel mogelijk aangesloten bij het zogeheten schillenmodel. Voor de Cure worden grofweg de volgende gebouwtypen onderscheiden:

- de 'monoliet', waarbij nagenoeg alle (ziekenhuis)functies onder één dak zijn gehuisvest;
- het 'hotel'. Hieronder vallen de huisvesting van de diverse verpleegafdelingen van een ziekenhuis en de verblijfsfunctie in een revalidatiecentrum, alsmede zorghotels;
- de 'hotfloor'. Hieronder vallen onder andere de intensive en coronary care, de operatieafdelingen, de spoedeisende hulp en de beeldvormende diagnostiek binnen een ziekenhuis;
- het 'kantoor'. Hieronder vallen onder andere de (poliklinische) spreekuurafdelingen, de fysiotherapie en de kantoorruimten voor administratie en beheer in een ziekenhuis of revalidatiecentrum;
- de 'fabriek'. Dit betreft de gebouwschil die functies als de apotheek, de laboratoria, de eventuele centrale keuken en de civiele diensten huisvest;
- de 'universiteit', zijnde de onderwijsgebouwen in het geval het een academisch ziekenhuis betreft;
- het behandelgebouw met oefen- en onderzoeksruimten in een revalidatiecentrum.

De kortdurende geestelijke gezondheidszorg, die in principe deel uitmaakt van de Cure-sector, is wat betreft bouwtypologie in de Care-matrix ondergebracht.

Matrix Cure Gebouwen										
	Monoliet	"Hotel"	"Hot floor"	"Kantoor"	"Fabriek"	"Universiteit"				
Academisch ziekenhuis	ziekenhuis met alle functies in één gebouw	Algemene verpleging Dagverpleging Kraamverpleging Kinderverpleging	Intensive care Coronary Operatieafdeling Spoedeisende hulp BeeldV. diagnostiek	Spreekuur Fysiotherapie Administratie & Beheer	Apotheek Laboratorium Centrale keuken Civiele diensten	Onderwijs	Academisch ziekenhuis			
Algemeen ziekenhuis	ziekenhuis met alle functies in één gebouw	Algemene verpleging Dagverpleging Kraamverpleging Kinderverpleging	Intensive care Coronary Operatieafdeling Spoedeisende hulp BeeldV. diagnostiek	Spreekuur Fysiotherapie Administratie & Beheer	Apotheek Laboratorium Centrale keuken Civiele diensten		Algemeen ziekenhuis			
	Monoliet	"Hotel"	Behandeling	"Kantoor"						
Revalidatie	Alle functies in één gebouw	Verblijf	Oefenruimten Onderzoek	Administratie & Beheer				Revalidatie		
Radiotherapie	Alle functies in één gebouw							Radiotherapie		
Zelfstandige behandelcentra	Alle functies in één gebouw							Zelfstandige behandelcentra		
Zorghotels		Verblijf						Zorghotels		

Figuur 2 Matrix Cure gebouwen.

2.3 Kostenkennis-partners

Voor het in de komende jaren vullen van de matrices met actuele bouwkosten- en kwaliteitgegevens per gebouwtype zijn diverse 'kostenkennis-partners' benaderd. Een aantal vooraanstaande architecten- en adviesbureaus en bouwkostendeskundigen, werkzaam in de zorgbouw, heeft inmiddels zijn medewerking toegezegd. Hiermee kunnen niet alleen nieuwe kostenkengetallen worden gegenereerd, maar kan ook per gebouwtype de bandbreedte in kwaliteit en kostenniveau worden aangegeven.

Vanwege de recente start zijn er tot nu toe nog onvoldoende nieuwe bouwkosten- en kwaliteitgegevens van zorggebouwen ontvangen om de matrices goed te kunnen vullen. Dit jaar zal nog worden volstaan met een vertaalslag van de vervallen prestatie-

eisen naar de nieuwe indeling van zorggebouwen. Wel zijn via de ‘kostenkennis-partners’ diverse recente aanbestedingsresultaten van zorgbouwplannen aangeleverd.

3 Vloeroppervlakte-uitgangspunten

3.1 Vloeroppervlakte gebouwen in de care en jeugdzorg

Voor de kostenkengetallen voor nieuwbouw van zorgvoorzieningen, uitgedrukt in bouw- en investeringskosten per bruto m², is het van belang om ook een uitspraak te doen over de gemiddelde bruto vloeroppervlakte per plaats of bed.

3.1.1 AWBZ Prestatie-eisen ten aanzien van vloeroppervlakte

Per 1 januari 2009 is het bouwregime voor AWBZ-voorzieningen beëindigd waarmee tevens de in 2007 geactualiseerde prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen¹ niet meer van kracht zijn. In deze prestatie-eisen was sprake van een driedeling in de verblijfs categorieën licht, zwaar en beveiligd. Deze indeling is vervolgens vertaald naar respectievelijk a-specifieke bouw, specifieke bouw en specialistische bouw.

Ten behoeve van een kostenneutrale overgang naar het nieuwe bekostigingsstelsel op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's) heeft TNO de NZa geadviseerd over een normatieve vergoeding van de kapitaallasten binnen de ZZP-tarieven. Hiervoor is een koppeling gelegd tussen de in de prestatie-eisen vermelde doelgroepen, huisvestingstypen en voorzieningen enerzijds en de verschillende ZZP's anderzijds.

Voor de uitgangspunten voor de kostenkengetallen is op vergelijkbare wijze per sector een vertaalslag gemaakt van de vervallen prestatie-eisen naar bruto m² per plaats per gebouwtype, zoals uit de volgende overzichten blijkt. Hierbij moet worden opgemerkt dat de opsomming van gebouwtypes in de tabellen niet uitputtend is. Er is uitgegaan van de meest voorkomende gebouwtypes per doelgroep en functie.

Voor de sector Ouderenzorg (Verpleging & Verzorging) leidt dit tot het volgende overzicht.

Tabel 1 Overzicht bruto m² per gebouwtype afgeleid van de vervallen prestatie-eisen Ouderenzorg (Verpleging & Verzorging).

Categorie (prestatie-eisen)	AWBZ-functie	Verblijfsconcept (prestatie-eisen)	Gebouwtype	BVO (m ² p.p.)
Licht	Verblijf	Individueel verblijf (incl. begeleiding en behandeling)	Verzorgingshuis, woonzorgcentrum, appartementen	van 71,7 tot 82,3
		Ondersteunende diensten	Kantoor (centraal bureau)	3,2
Zwaar	Verblijf	Kleinschalig groepsverblijf (pg)	(Cluster van) kleinschalige groepswoningen	van 54,0 tot 69,4
		Afdelings- en groepsverblijf in grootschalige setting (incl. begeleiding en behandeling) niet-mobiel	Verpleeghuis, geclusterde laagbouw, groepswoningen	van 67,1 tot 87,5
	Ondersteunende diensten		Kantoor (centraal bureau)	4,6

¹ 'Prestatie-eisen voor nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen', rapport nr. 0.122. College bouw zorginstellingen, Utrecht, april 2007.

Uiteraard zijn ook meerdere combinaties van verblijfsconcepten en gebouwtypes mogelijk. Zo is ook voor cliënten met een lichtere zorgbehoefte kleinschalig groepsverblijf mogelijk. Hier is echter uitgegaan van de veel voorkomende variant van individueel verblijf in een appartement dan wel verzorgingshuis.

Vanuit bovenstaande uitgangspunten is voor de sector ouderenzorg in de matrix care de bandbreedte van de bruto vloeroppervlakte per plaats per gebouwtype bepaald. De bandbreedtes worden veroorzaakt doordat er gebouwd kan worden voor verschillende doelgroepen waarvoor in de voormalige prestatie-eisen verschillende rekenoppervlakten en verschillende toeslagen golden.

Voor de monoliet (inclusief ondersteunende diensten) is de onderzijde van de bandbreedte bepaald op 72 m² en de bovengrens op 92 m². Voor de paviljoen- en woningachtige gebouwen is uitgegaan van de categorie zwaar waarbij de ondergrens van de bandbreedte uitkomt op 54 m² en de bovengrens op 69 m². In de oppervlakteberekening van deze gebouwtypes is bij het bepalen van de ondergrens sec de ruimte voor verblijf meegenomen. Bij de bovengrens wordt de ruimte voor ondersteunende begeleiding en behandeling en toeslagen voor specifieke aandoeningen in de woning meegenomen. Voor de appartementachtige gebouwen is voor de ouderenzorg uitgegaan van de categorie licht waarbij de ondergrens van de bandbreedte uitkomt op 72 m² en de bovengrens op 82 m². In de oppervlakteberekening van deze gebouwtypes is de ruimte voor ondersteunende begeleiding meegenomen. De bovengrens wordt veroorzaakt door toeslagen voor onder meer ruimte voor persoonsgebonden hulpmiddelen en het niet-mobiel zijn.

Voor de sector Gehandicaptenzorg (GHZ) leidt de vertaling van de vervallen prestatie-eisen tot het volgende overzicht.

Tabel 2 Overzicht bruto m² per gebouwtype afgeleid van de vervallen prestatie-eisen Gehandicaptenzorg.

Categorie (prestatie-eisen)	AWBZ-functie	Verblijfsconcept (prestatie-eisen)	Gebouwtype	BVO (m ² p.p.)
Licht	Verblijf	Individueel (incl. huiskamer/inloop)	Appartement	van 63,0 tot 76,3
		Ondersteunende begeleiding	Werkplaats dagbesteding	van 13,5 tot 21,2
		Ondersteunende diensten	Kantoor (centraal bureau)	2,9
Zwaar	Verblijf	Kleinschalig groepsverblijf mobiel / niet-mobiel	(Cluster van) kleinschalige groepswoonings	van 49,5 tot 77,9
		Groepsverblijf in grootschalige setting (incl. begeleiding en behandeling) mobiel	Behandelcentrum SGLVG (monoliet)	90,3
		Ondersteunende begeleiding	Werkplaats dagbesteding	van 13,5 tot 25,7
		Behandeling en activerende begeleiding	Behandel- / therapiegebouw	9,8
		Ondersteunende diensten	Kantoor (centraal bureau)	4,1
Beveiligd		Afdelingsverblijf (incl. begeleiding en behandeling) mobiel	Forensische behandelkliniek SGLVG+	94,7
		Ondersteunende diensten	Kantoor (centraal bureau)	5,6

Ook voor de sectoren gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg geldt dat ook meerdere combinaties van verblijfsconcepten en gebouwtypes mogelijk zijn.

Vanuit bovenstaande uitgangspunten is voor de sector gehandicaptenzorg in de matrix care de bandbreedte van de bruto vloeroppervlakte per plaats per gebouwtype bepaald. De bandbreedtes worden veroorzaakt doordat er gebouwd kan worden voor verschillende doelgroepen waarvoor in de voormalige prestatie-eisen verschillende rekenoppervlakten en verschillende toeslagen golden.

Voor de monoliet (inclusief ondersteunende diensten) is de onderzijde van de bandbreedte bepaald op 85 m² en de bovengrens op 94 m². Voor de paviljoen- en woningachtige gebouwen is uitgegaan van een ondergrens van de bandbreedte van 50 m² en een bovengrens van 78 m². In de oppervlakteberekening van deze gebouwtypes is bij het bepalen van de ondergrens sec de ruimte voor verblijf meegenomen. Bij de bovengrens wordt de ruimte voor ondersteunende begeleiding en behandeling en toeslagen voor specifieke aandoeningen in de woning meegenomen. Voor het gebouwtype appartement is uitgegaan van een ondergrens van de bandbreedte van 63 m² en een bovengrens van 76 m². In de oppervlakteberekening van het appartement is bij de ondergrens sec de ruimte voor verblijf meegenomen. Bij de bepaling van de bovengrens wordt ruimte voor ondersteunende begeleiding en een inloopruimte of huiskamer meegerekend. Voor de beveiligde gebouwen wordt in de matrix voor de gehandicaptenzorg uitgegaan van circa 95 m².

Voor de sector Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) leidt de vertaling van de vervallen prestatie-eisen tot het volgende overzicht.

Tabel 3 Overzicht bruto m² per gebouwtype afgeleid van de vervallen prestatie-eisen Geestelijke Gezondheidszorg.

Categorie (prestatie-eisen)	AWBZ-functie	Verblijfsconcept (prestatie-eisen)	Gebouwtype	BVO (m ² p.p.)
Licht (RIBW)	Verblijf	Individueel (excl. huiskamer/inloop) tot Individueel niet-mobiel (incl. huiskamer/inloop)	Appartement	van 63,0 tot 80,1
		Ondersteunende begeleiding	Werkplaats dagbesteding	van 15,3 tot 24
		Ondersteunende diensten	Kantoor (centraal bureau)	2,9
Zwaar		Afdelings- en groepsverblijf in grootschalige setting (incl. begeleiding en behandeling) mobiel en niet-mobiel	Monoliet instelling (incl. RGC, APZ, PAAZ), geclusterde laagbouw	van 76,1 tot 88,6
		Ondersteunende diensten	Kantoor (centraal bureau)	4,6
Beveiligd	Afdelingsverblijf (incl. begeleiding en behandeling) mobiel		Forensisch psychiatrische afdeling (FPA), forensische verslavingsafdeling (FVA), kliniek voor intensieve behandeling (KIB)	85,1
			Forensisch psychiatrische kliniek (FPK), forensische verslavingskliniek (FVK)	94,7
	Verblijf	Individueel mobiel (resocialisatie)	Appartement	66,0
	Ondersteunende diensten		Kantoor (centraal bureau)	5,6

Kortdurend verblijf en behandeling in een regionaal GGZ-centrum (RGC), algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) sluit het meest aan bij het verblijfsconcept van afdelingsverblijf in grootschalige setting en het gebouwtype ‘monoliet instelling’.

De C-categorie van ZZP's binnen de GGZ heeft betrekking op de huisvesting van Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW). Op dit type huisvesting is het bouwregime al sinds 2001 niet meer van kracht. Voor de RIBW's is aangehaakt bij de prestatie-eisen zoals deze tot voor kort voor de verblijfs categorie licht golden.

Vanuit bovenstaande uitgangspunten is voor de sector GGZ in de matrix care de bandbreedte van de bruto vloeroppervlakte per plaats per gebouwtype bepaald. De bandbreedtes worden veroorzaakt doordat er gebouwd kan worden voor verschillende doelgroepen waarvoor in de voormalige prestatie-eisen verschillende rekenoppervlakten en verschillende toeslagen golden. Voor de monoliet (inclusief ondersteunende diensten) is de onderzijde van de bandbreedte bepaald op 81 m² en de bovengrens op 93 m². Voor de paviljoen- en woningachtige gebouwen is uitgegaan van een ondergrens van de bandbreedte van 50 m² en een bovengrens van 73 m². In de oppervlakteberekening van deze gebouwtypes is bij het bepalen van de ondergrens sec de ruimte voor verblijf meegenomen. Bij de bovengrens wordt de ruimte voor

ondersteunende begeleiding en behandeling en toeslagen voor specifieke aandoeningen in de woning meegenomen. Voor de appartementachtige gebouwen is uitgegaan van individueel verblijf en is de bandbreedte bepaald op 63 tot 80 m². In de oppervlakteberekening van dit bouwtype is bij de ondergrens sec de ruimte voor verblijf meegenomen. Bij de bepaling van de bovengrens wordt ruimte voor ondersteunende begeleiding en een inloopruimte/huiskamer meegerekend. Voor de beveiligde gebouwen wordt in de matrix voor de GGZ uitgegaan van 85 tot 95 m².

3.1.2 *Uitgangspunten vloeroppervlakte jeugdzorg*

Voor de vloeroppervlakte van nieuw te bouwen voorzieningen in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg kunnen de uitgangspunten in het advies voor een normatieve huisvestingscomponent in deze sector worden gehanteerd².

Voor een residentiële groepswoning voor groepen van 8 tot 9 jongeren wordt uitgegaan van gemiddeld 42 m² bvo per plaats. Het betreft verblijfsruimten met enkele ruimten voor begeleiding en personeel. Voor semi-zelfstandig wonen in een kamertrainingscentrum of gezinswoning wordt uitgegaan van gemiddeld 37 m² bvo per plaats, waarbij de benodigde personele voorzieningen per geclusterde woning zijn inbegrepen. Een medisch kinderdagverblijf (MKD) omvat 158 m² bvo voor een groep van 6 kinderen in de leeftijd van 0 tot 6 jaar, of circa 26 m² per plaats. Voor een zogeheten Boddaertcentrum of daghulp voor schoolgaande kinderen in de leeftijd van 6 tot 18 jaar wordt uitgegaan van gemiddeld 17 m² bvo per plaats.

Voor de vloeroppervlakte van nieuw te bouwen gesloten jeugdzorgvoorzieningen wordt uitgegaan van het ruimtelijk referentiekader voor gesloten jeugdzorg³. Exclusief de onderwijsfunctie en eventuele separeer- en afzonderingskamers varieert de ruimtebehoefte van een gesloten jeugdzorgvoorziening volgens dit kader van 90 tot 106 m² bvo per plaats, afhankelijk van de capaciteit van de voorziening.

² 'Normatieve huisvestingscomponent (NHC) voor de Jeugdzorg', rapport nr. 602. College bouw zorginstellingen, 2006.

³ 'Huisvesting gesloten jeugdzorg, ruimtelijk en financieel referentiekader', rapport nr. 614. College bouw zorginstellingen, 2008.

3.1.3 Matrix care vloeroppervlakten

In onderstaande matrix zijn voor de AWBZ-voorzieningen vanuit de voormalige prestatie-eisen de te verwachten bruto vloeroppervlakte per plaats per sector per type gebouw weergegeven. Voor de jeugdzorg zijn de uitgangspunten in het advies voor een normatieve huisvestingscomponent voor de jeugdzorg en het ruimtelijk referentiekader voor gesloten jeugdzorg gehanteerd. Door het verzamelen van projectanalyses van opgeleverde zorggebouwen zal in de toekomst de bandbreedte zichtbaar worden van gerealiseerde bruto vloeroppervlakte per plaats voor de verschillende bouwtypen.

Matrix Care gebouwen (m ² bvo / plaats)						
	Monoliet instelling met alle functies in een gebouw	Paviljoens geclusterde laagbouw (voornamelijk éénlaagse bouw)	Beveiligd	Woningen grondgebonden twee- drielaagse bouw, met entree op begane grond	Appartementen gebouwen met 3 of meer lagen met entrees op verschillende lagen	
Ouderenzorg V&V	72 - 92	54 - 69	NVT	54 - 69	72 - 82	Ouderenzorg V&V
Gehandicaptenzorg GHZ	85 - 94	50 - 78	95	50 - 78	63 - 76	Gehandicaptenzorg GHZ
Geestelijke Gezondheidszorg GGZ	76 - 89	50 - 73	85 - 95	50 - 73	63 - 80	Geestelijke Gezondheidszorg GGZ
Jeugdzorg JZ	42	37 - 42	90 - 106	37 - 42	37 - 42	Jeugdzorg JZ
Alle sectoren niet wonen	Gezondheidscentrum NVT	Recreatie NVT	Dagbesteding 14 - 26	Kantoor NVT	Facilitair NVT	Alle sectoren niet wonen

Figuur 3 Matrix care vloeroppervlakten.

3.2 Vloeroppervlakte gebouwen in de cure

Anders dan in de care-sectoren wordt voor de bepaling van de ruimtebehoefte van het ziekenhuis niet meer gewerkt met een eenduidige capaciteitsparameter. De ‘oppervlakte per bed’ is daarvoor te sterk afhankelijk van het specifieke activiteitenpatroon van het ziekenhuis.

Het op 31 juli 2000 door de minister van VWS vastgestelde oppervlakte-kencijfer van 95 m² per bed ⁴, destijds overigens nog strikt gebonden aan een planningsnorm van 2,8%, is voor de bepaling van de oppervlakte niet meer relevant.

Voor de omvang van een ziekenhuis zijn met name het specifieke functiepakket, de klinische en poliklinische adherentie, de leeftijdsopbouw en de zorgzwaarte van belang. Ook moet bij de programmering van een ziekenhuis rekening worden gehouden met de ontwikkeling van de productie en noodzakelijke flexibiliteit. Het ruimtelijk programmeren van ziekenhuizen is daarmee, meer dan ooit, specialistenwerk geworden.

In een algemeen ziekenhuis vinden uiteenlopende activiteiten plaats, gericht op onderzoek, behandeling en verpleging van patiënten. De bij deze activiteiten behorende ruimtelijke voorzieningen zijn over het algemeen zo specifiek dat voor deze ziekenhuisfuncties afzonderlijke prestatie-eisen zijn opgesteld. Hierin zijn met name voor de patiëntgebonden voorzieningen indicatieve richtgetallen opgenomen voor productie en oppervlakte.

Hoewel de bouwmaatstaven en prestatie-eisen bij het vervallen van het bouwregime hun wettelijke status hebben verloren kunnen de vervallen prestatie-eisen nog wel als hulpmiddel of als referentie bij de uiteindelijke programmering worden gehanteerd. De vervallen prestatie-eisen zijn te vinden op het ‘Kennisplein Zorg en Bouw’ (kennisplein.zorgenbouw.nl).

Op basis van de prestatie-eisen en de ‘normatieve’ capaciteit (op basis van de 2,8% planningsnorm) wordt de ‘rekenoppervlakte’ bepaald.

Uit de analyse van de vloeroppervlakte van zes nog voor de opheffing van het bouwregime ontwikkelde projecten voor de volledige (vervangende) nieuwbouw van een ziekenhuis, blijkt dat de uiteindelijke vloeroppervlakte in meer of mindere mate de rekenoppervlakte oversteeg. De gemiddelde overschrijding bedroeg 8,8%. De overschrijdingen ten opzichte van de rekenoppervlakte varieerden daarbij van 3% tot 16%. In tabel 4 is de spreiding in de oppervlakte van de ziekenhuisplannen aangegeven.

Het verschil tussen de ingediende oppervlakte en de rekenoppervlakte berust op de keuzes in het programma van eisen en de bouwkundig/functionele ontwerpaspecten. Grote verschillen ontstaan bijvoorbeeld door de ontwikkeling van louter eenbedskamers met individueel sanitair, het creëren van veel verkeersruimten of het introduceren van technische lagen. De laatste twee aspecten leiden tot een fors hogere bruto/nuttig verhouding dan de ‘1,6 factor’ die hiervoor als uitgangspunt in de vervallen prestatie-eisen is benoemd.

⁴ Dit oppervlaktekencijfer had betrekking op het gebruikelijke functiepakket voor een algemeen ziekenhuis. In sommige gevallen beschikt een algemeen ziekenhuis ook over bijzondere functies (de zogenaamde PM-functies) zoals radiotherapie, dialyse, opleiding medisch specialisten, revalidatiedagbehandeling en PAAZ, waarvoor afzonderlijke oppervlaktetoelagen golden.

Tabel 4 Beschouwing vloeroppervlakte ziekenhuisplannen. Ingediende vloeroppervlakte versus rekenoppervlakte.

Projecten in de ziekenhuisbouw	aantal bedden	ingediende bvo	reken-oppervlakte	verschil	rekenoppervlakte per bed
monoliet 1	163	22.985	21.082	109%	129
monoliet 2	399	61.367	54.792	112%	137
monoliet 3	468	58.543	56.183	104%	120
monoliet 4	534	74.434	68.603	108%	128
monoliet 5	797	87.292	84.940	103%	107
monoliet 6	726	99.241	85.863	116%	118

Het grote verschil tussen de rekenoppervlakte en de 'normatieve' 95 m² per bed berust op de grote verschuiving als gevolg van de reductie van het aantal bedden in het ziekenhuisplan. Waar de 95 m² gebaseerd was op een planningsnorm van 2,8 bedden per 1.000 inwoners ligt het feitelijk beddenaantal inmiddels rond de 2 bedden per 1.000 inwoners.

Anders dan wellicht verwacht, leidt de vermindering van de beddenscapaciteit niet tot grote verschuivingen in het relatieve ruimtebeslag. De ontwikkelingen op het gebied van meer (en soms louter) eenbedskamers heeft voor de hoofdfunctie 'patiëntenhuisvesting' geleid tot een forse toename van de vloeroppervlakte per bed.

Uit onderstaande tabel volgt dat de relatieve toedeling van het feitelijk ruimtebeslag over de hoofdfunctiegroepen conform de vervallen prestatie-eisen nog redelijk overeenkomt met de toedeling volgens de prestatie-eisen. Alleen voor de hoofdfunctiegroep 'behandeling' is sprake van een feitelijk verschil.

Tabel 5 Beschouwing ruimtebeslag ziekenhuisplannen.

Hoofdfunctiegroep	Gemiddeld nuttige vloeroppervlakte per bed volgens 'prestatie-eis' in m ²	Gemiddeld procentueel ruimtebeslag volgens 'prestatie-eis'	Spreiding ingediend beslag nuttige vloeroppervlakte(nvo) over zes ziekenhuisplannen in m ² per bed		Spreiding ingediend beslag nuttige vloeroppervlakte(nvo) over zes ziekenhuisplannen in %	
			min.	max.	min.	max.
Patiëntenhuisvesting	21,7	36%	20,8	30,5	31%	39%
Medische Zorg: onderzoek	12,5	21%	13,4	22,1	18%	27%
Medische Zorg: behandeling	6,7	11%	9,1	12,7	12%	17%
Medische ondersteuning	5,9	10%	4	8,7	6%	13%
Beheer en opleiding	5,3	9%	4	9,8	7%	14%
Civiele en technische diensten	5,1	9%	2,5	5,4	3%	9%
Personeelsvoorzieningen	2,3	4%	2,4	3,8	3%	5%
totaal nuttig	59,5	100%				
bruto/nuttig factor	1,6					
totaal bruto	95					

De vervallen prestatie-eisen en de daarin benoemde oppervlaktekaders vormen de basis voor de bepaling van de normoppervlakte per productieparameter. Deze vormen samen met de naar functie gedifferentieerde bouwkostenkenngetallen per m² bvo (zie Bijlage A) het uitgangspunt voor het toerekenen van kapitaallasten aan DBC's. In het in juli 2009 aan de NZa uitgebrachte advies om te komen tot een NHC per productieparameter in de Cure zijn de naar functie gedifferentieerde richtbedragen gegroepeerd en gekoppeld aan vijf productieparameters, te weten dagverplegingsdagen, verpleegdagen, polikliniekbezoeken, operatie-eenheden en verrichtingen beeldvormende diagnostiek.

4 Kostenonderzoeken

4.1 Ontwikkeling van de bouwmarkt

4.1.1 *Conjunctuur*

Voor de bouwwereld relevante vakbladen/media zorgen voor een continue stroom aan informatie over de marktontwikkeling in de woning- en utiliteitsbouw. Hierbij gaat het onder meer om door het Economisch Instituut voor de Bouw (EIB) en door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gepubliceerde gegevens over bijvoorbeeld de (bouw)capaciteit, de omvang van de werkvoorraad van de bouwbedrijven, de arbeidsmarkt en de conjunctuur. Ook TNO heeft in opdracht van het ministerie van VROM hierover een prognose voor de periode 2009-2014 uitgebracht⁵. Uit al deze informatie is een beeld te vormen hoe de bouwmarkt er voor staat en hoe deze zich op korte en middellange termijn zal ontwikkelen.

Als gevolg van de recessie die in de herfst van 2008 intrad, kromp de Nederlandse economie vorig jaar met 4%, een naoorlogs record⁶. De bouwproductie kenmerkt zich door een laatcyclisch karakter en hield aanvankelijk nog stand vanwege de voorraad projecten die al eerder waren aangenomen. In de loop van 2009 kreeg de bouw echter te maken met een sterke productiedaling door gebrek aan nieuwe opdrachten. Nieuwe projecten werden niet meer in ontwikkeling en uitvoering genomen vanwege slechte afzetperspectieven en problemen om projecten te financieren.

Voor de woningbouw wordt voor 2010 een sterke productiedaling voorspeld. Dit geldt voor zowel nieuwbouw als herstel en verbouw. Pas vanaf 2011 zal de woningproductie naar verwachting weer gaan toenemen.

De productie in de utiliteitsbouw zal in 2010 en 2011 voor met name nieuwbouw naar verwachting sterk afnemen. Het herstel in deze sector laat langer op zich wachten dan in de woningbouw het geval is. Opdrachtgevers in de bedrijvensector moeten eerst volledig hersteld zijn van het afzetverlies en de slechte winstmarges om weer tot nieuwe investeringen in bedrijfsgebouwen te besluiten. Pas vanaf 2012 wordt een herstel van de utiliteitsbouwproductie verwacht⁷.

Het zijn vooral de conjunctuurgevoelige investeringen door de marktsectoren die een sterke terugval laten zien. De budgetsectoren, waaronder de gezondheidszorg, zijn volgens het EIB minder conjunctuurgevoelig en lijken zich aan een grote terugval te onttrekken. De zorg is een groeisector. De vraag naar zorgdiensten neemt toe als gevolg van de bevolkingsgroei, vergrijzing, hogere welvaart, langere levensverwachting en kwaliteitsverbetering van het aanbod. Wel verwacht het EIB dat met het gewijzigde bekostigingssysteem het ruimtegebruik binnen de zorgsector zal worden geoptimaliseerd, wat op termijn zal leiden tot afvlakking van de groei in de vraag naar huisvesting. Deze ontwikkelingen zien we vertaald in de nieuwbouwproductie in de gezondheids- en welzijnszorg. Deze is de laatste jaren nog sterk gestegen. Naar verwachting van het EIB zet deze stijging in 2010 en 2011 door, waarbij sprake zal zijn van een afvlakking. Vanaf 2011 zal de nieuwbouwproductie in de zorg naar verwachting blijven groeien met gemiddeld 2,5% per jaar. De huidige

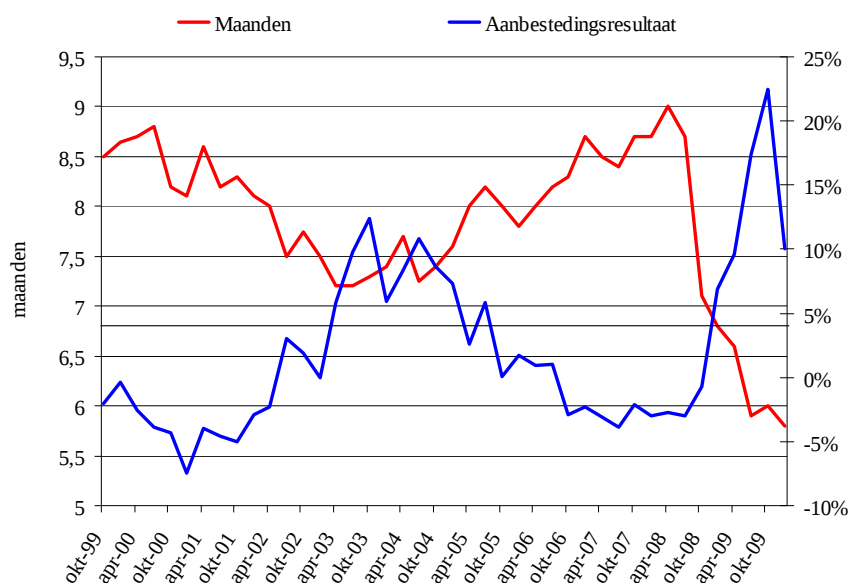
⁵ TNO-rapport TNO-034-DTM-2009-04560 Bouwprognoses 2009-2014.

⁶ CPB-Nieuwsbrief 2010/1.

⁷ EIB. Verwachtingen bouwproductie en werkgelegenheid 2010. www.eib.nl.

financieringsproblemen van zorgbouwprojecten zijn echter nog niet in de EIB-prognoses opgenomen en zullen de groei in de zorgbouw, die in potentie aanwezig is, juist temperen. Zowel opdrachtgevers als financiers lopen aan tegen de uitblijvende duidelijkheid over de vergoeding van kapitaallasten. Gekoppeld aan de crisis op de financiële markten leidt dit eerder tot een krimp van de nieuwbouwproductie in de zorg.

De verwachtingen zijn mede gebaseerd op een door het EIB verrichte conjunctuurmeting. Uit de meest recente meting van het EIB blijkt, zoals ook uit de volgende grafiek valt af te lezen, dat de omvang van de orderportefeuille in de burgerlijke en utiliteitsbouw in twee jaar tijd sterk is gedaald en eind 2009 een historisch dieptepunt heeft bereikt.



Figuur 4 Conjunctuurmeting EIB op basis van de orderportefeuille in de woning- en utiliteitsbouw (in maanden) in relatie tot de (goedgekeurde) aanbestedingsresultaten.

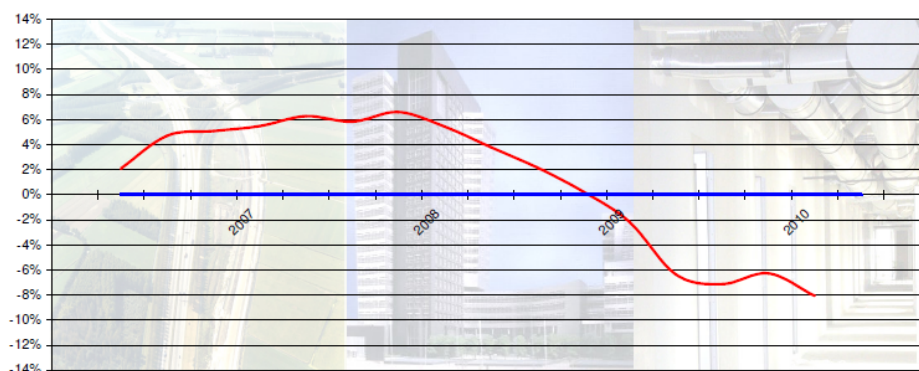
In de voorgaande grafiek is verder de relatie gelegd tussen enerzijds de omvang van de orderportefeuille en anderzijds de aanbestedingsresultaten van zorgbouwprojecten in overeenkomstige perioden. Hiermee wordt de relatie tussen de omvang van de orderportefeuille en aanbestedingsresultaten zichtbaar.

Uit de grafiek kan worden opgemaakt dat een kleine terugval in de orderportefeuille al gauw kan leiden tot lagere prijzen en daarmee tot gunstigere resultaten. Een toename van de werkvoorraad gaat gepaard met hogere prijzen en dus ongunstige aanbestedingsresultaten.

Het Bureau Documentatie Bouwwezen (BDB) volgt gedurende de laatste jaren eveneens de marktontwikkeling door de werkelijke prijsontwikkeling (outputcijfers) af te zetten tegen de BDB-(input)indexcijfers. De uitkomsten hiervan zijn in een grafiek (de zogenaamde 'marktindicator') tot uitdrukking gebracht.

BDB MARKTINDICATOR®

Versie: Kwartaal 1 / 2010



Figuur 5 BDB Marktindicator®.

Als gevolg van de ontwikkelingen in de markt duiken de werkelijke kosten vanaf eind 2008 onder de BDB-index (0%-as), die de autonome ontwikkeling van de loonkosten en materiaalprijzen aangeeft. Medio 2010 is nog steeds sprake van een laag kostenniveau in de markt. Het is nog niet duidelijk wanneer de marktindicator weer gaat stijgen.

4.1.2 Analyse van aanbestedingsresultaten in de gezondheidszorg

De analyse van de aanbestedingsresultaten geeft een indicatie van de trend in de zorgbouwmarkt weer. Dit jaar zijn de aanbestedingsresultaten geanalyseerd van 17 projecten, met een totaal van € 220 mln. aan bouwkosten. Hierbij is voor het eerst gebruik gemaakt van de informatie die is verkregen via onze 'kostenkennis-partners'. Dit samenwerkingsverband van TNO met architecten, bouwkostenadviseurs en bouwmanagers is er onder meer op gericht om de informatiestroom van aanbestedingsresultaten en projectanalyses van actuele zorgbouwprojecten ten behoeve van het publieke domein te waarborgen.

De geanalyseerde projecten zijn aanbesteed in de periode januari 2009 t/m februari 2010. De omvang van de 17 geanalyseerde projecten varieert van 572 m² tot 55.000 m² en van € 0,5 mln. tot € 107 mln.

Van de 17 projecten zijn er 15 in 2009 aanbesteed met een gezamenlijke inschrijfsom van € 111 mln. Het gewogen gemiddelde aanbestedingsresultaat van deze 15 projecten bedraagt 13,5% voordelig. De overige 2 projecten zijn in het voorjaar van 2010 aanbesteed met een gezamenlijke inschrijfsom van € 108 mln. Het gewogen gemiddelde van deze 2 projecten bedraagt 10,0% voordelig.

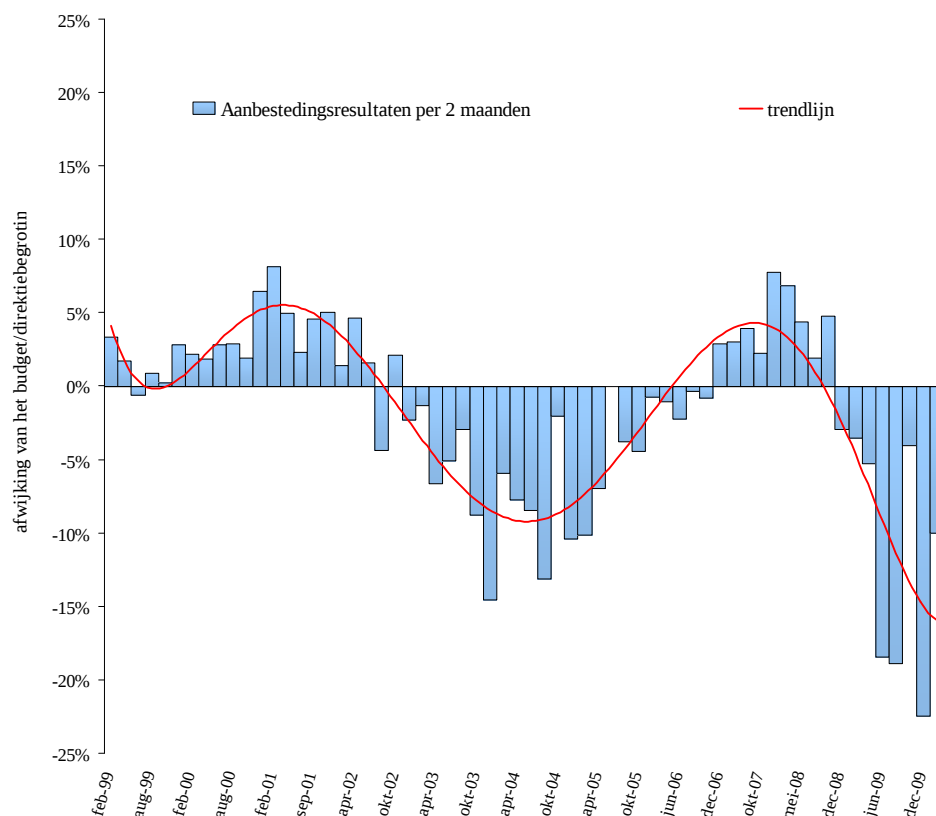
Het gewogen gemiddelde van de 17 geanalyseerde projecten bedraagt 11,8% voordelig. Het gewogen gemiddelde resultaat per discipline geeft het volgende beeld:

- Bouwkundig 14,1% voordelig;
- Werktuigbouw 6,8% voordelig;
- Elektrotechniek 6,3% voordelig.

De gevonden resultaten bevestigen het beeld van het huidige economische klimaat. De gevolgen van de recessie zijn nog duidelijk merkbaar in de zorgbouwwereld. Het gemiddelde aanbestedingsresultaat van de bouwkundige voorzieningen geeft daarbij het sterkst de toon aan. De aanbestedingsresultaten van de

werktuigbouwkundige- en de elektrotechnische voorzieningen zijn gemiddeld iets meer gematigd. De spreiding van de resultaten zijn bij de installatietechnische voorzieningen echter groter dan de spreiding van de bouwkundige aanbestedingsresultaten. Doordat het aantal geanalyseerde projecten de afgelopen jaren is afgenomen zijn de gemiddelde uitkomsten minder afgevlakt dan in voorgaande jaren.

De volgende grafiek geeft de ontwikkeling weer van de geanalyseerde aanbestedingsresultaten over de periode januari 1999 tot en met februari 2010.



Figuur 6 Ontwikkeling van de aanbestedingsresultaten van bouw in de gezondheidszorg (positief percentage = overschrijding budget, negatief percentage = onderschrijding budget).

Uit deze grafiek blijkt duidelijk dat het afgelopen anderhalf jaar de laagste inschrijfsommen ruim binnen de beschikbare bouwbudgetten zijn gebleven. Hoelang deze periode nog zal voortduren is onzeker.

4.1.3 Gezondheidszorgindex

Voor het indexeren van de bouwkosten wordt in de zorgbouw gebruik gemaakt van de Gezondheidszorgindex. De oorsprong van deze index gaat terug naar de wijziging van het Besluit bouwmaatstaven van 29 oktober 1986. Hierin is bepaald dat bij het vaststellen van de bouwkostenkengetallen een gewogen gemiddelde van actuele indexcijfers gehanteerd diende te worden. Met de introductie van de Gezondheidszorgindex is ook een einde gekomen aan de discussie in de praktijk over de te hanteren indexreeks.

De Gezondheidszorgindex heeft een eigen specifieke positie verkregen in de zorgbouw. De index wordt ook na de beëindiging van het bouwregime breed toegepast.

Om deze reden heeft het Centrum Zorg en Bouw besloten de activiteiten op het gebied van het actualiseren en het publiceren van de Gezondheidszorgindex voort te zetten. De actuele indexcijfers worden gepubliceerd op het Kennisplein van het Centrum Zorg en Bouw.

De Gezondheidszorgindex geeft de (autonome) ontwikkeling van de loonkosten en materiaalprijzen weer. In deze index is geen rekening gehouden met de gevolgen van de marktwerking en efficiencyverbetering.

De Gezondheidszorgindex wordt bepaald door het gewogen gemiddelde van de volgende indexcijfers:

- de BDB-index woningbouw van het Bureau Documentatie Bouwwezen (wegingsfactor 2);
- de MBK-index woningbouw van Reed Business Kosteninformatie Bouw & Infra (MBK/w) (wegingsfactor 2);
- het gemiddelde van de MBK-index bedrijfsgebouwen en de MBK-index kantoorgebouwen (MBK/b en MBK/k) (wegingsfactor 5).

De BDB-index en MBK/w-index geven de kostenontwikkeling in de woningbouw weer.

De MBK/b- en k-indexen volgen de kostenontwikkeling van de bedrijfs- en de kantoorgebouwen.

Tussen 1 januari 2009 en 1 januari 2010 hebben deze indexreeksen zich als volgt ontwikkeld:

- de BDB-index : 1,51%
- de MBK-woningbouwindex : 1,84%
- de MBK-(bedrijf/kantoor)-index : -0,12%

Rekening houdend met de eerder genoemde wegingsfactoren bedraagt de stijging van de Gezondheidszorgindex over de periode 1 januari 2009 tot 1 januari 2010 0,67%.

Over een periode van drie jaar, van 1 januari 2007 tot 1 januari 2010, bedraagt de toename van de Gezondheidszorgindex 8,30%, ofwel gemiddeld 2,77% per jaar.

De stijging in 2009 is beduidend minder dan de gemiddelde stijging in de drie voorgaande jaren. Als gevolg van de recessie zijn de materiaalprijzen in de eerste helft van 2009 verder gedaald en pas eind 2009 weer licht gaan stijgen.

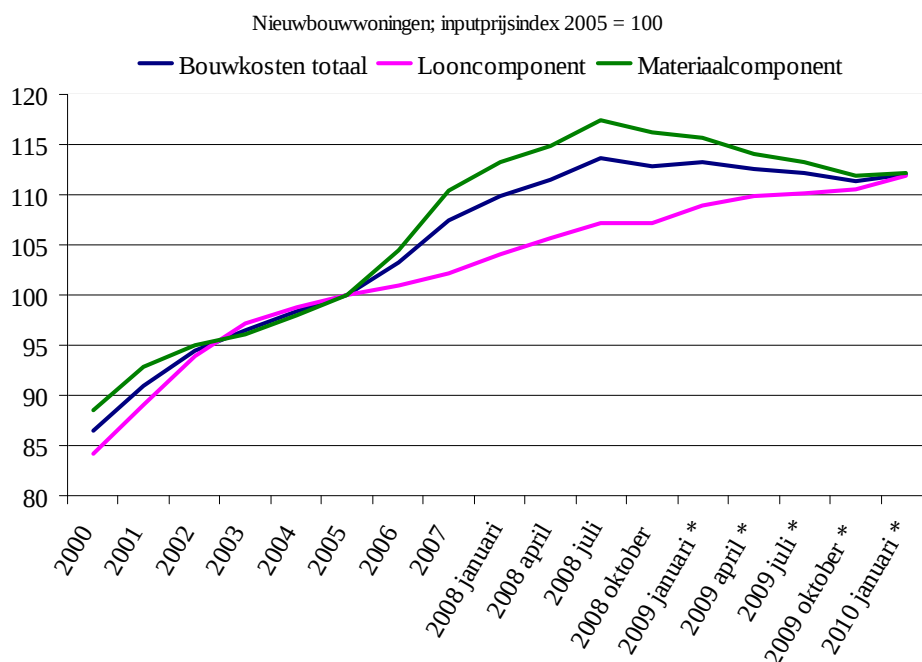
De loonkosten zijn volgens eerdere CAO-afspraken in 2009 daarentegen gestegen. In april 2010 is ondanks de werkgelegenheidskrimp een nieuw CAO-akkoord bereikt voor 2011, voor in totaal 1 procent loonsverhoging. Hierbij moet worden opgemerkt dat door het toenemend aantal onderaannemers en Zelfstandigen Zonder Personeel (ZZP-ers) op de bouw de CAO-lonen voor de loonkostenontwikkeling geen exacte weerspiegeling van de praktijk meer vormen.

Voor een toelichting op de gewijzigde indexcijfers wordt verwezen naar bijlage C.

De volgende grafiek geeft een beeld van de afzonderlijke ontwikkeling van de loon- en materiaalcomponent binnen de bouwkosten van woningen, gebaseerd op cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De materiaalcomponent geeft het prijsverloop weer van het materiaal dat nodig is om een woning te bouwen.

Ontwikkelingen in dit cijfer geven aan dat er een verandering heeft plaatsgevonden op het gebied van materiaalprijzen of de hoeveelheid gebruikte materialen per woning. Vanaf juli 2008 zijn volgens het CBS de materiaalprijzen en daarmee ook de totale bouwkosten van nieuwbouwwoningen afgenomen. Als gevolg van de recessie zijn de

prijzen van bijvoorbeeld staal gedaald. Eind 2009 lijkt echter weer een kentering in de materiaalprijzen te zijn ontstaan.



Figuur 7 Ontwikkeling loon- en materiaalcomponent binnen de bouwkosten van woningen (Bron: CBS).
* = voorlopige cijfers

4.2 Bouwkosten care

Met het oog op de nieuwe indeling van de matrix care zijn de kostenonderzoeken die in het Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2009 zijn behandeld opnieuw maar op een andere wijze geanalyseerd. Daarbij zijn per sector de destijds ingediende bouwplannen nu ingedeeld naar de 5 typen verblijfsgebouwen als Monoliet, Paviljoens, Beveiligd, Woningen en Appartementen. Daarbij zijn bewust de aangevraagde bouwkosten gebruikt en niet de vergunde bedragen. Dit om de grotere variatie bij de indiening in beeld te brengen waarbij nog geen normatieve correcties hebben plaats gevonden. In de toekomst zullen met behulp van de kostenkennis-partners de gegevens van gerealiseerde projecten als basis dienen om kengetallen met bijbehorende bandbreedtes te genereren.

4.2.1 Ouderenzorg

Van de tien in de ouderenzorg geanalyseerde projecten zijn er zes verpleeghuizen/ woonzorgcentra te beschouwen als 'monoliet'-gebouw met alle functies onder één dak, drie projecten zijn als grondgebonden woningen (soms in de wijk) opgezet en één project als appartementengebouw.

De bruto vloeroppervlakte (bvo) per plaats is bij de projecten die als monoliet worden beschouwd gemiddeld 72,9 m² en varieert daarbij van 63,2 tot 79,5 m² per plaats. De bvo is voor de grondgebonden woningen gemiddeld 71,4 m² en varieert van 61,4 tot

85,1 m² per plaats. Het enige appartementengebouw kwam uit op 71,5 m² bvo per plaats.

De destijds aangevraagde bouwkosten per m², geïndexeerd naar het prijspeil januari 2009, kwamen in de ouderenzorg gemiddeld uit op € 1.653,- per m² bvo incl. BTW. Dit varieerde van € 1.268,-- tot € 2.133,-- per m² bvo incl. BTW.

De variatie van de gemiddeld aangevraagde bouwkosten per gebouwtype geeft voor de geanalyseerde projecten in de ouderenzorg het volgende beeld:

Tabel 6 Gemiddelde bouwkosten per rubriek per gebouwtype van 10 projecten in de ouderenzorg.

Kosten per m ² prijspeil januari 2009	Ouderenzorg			
	gemiddelde ingediende bouwkosten per m ² vloeroppervlakte			
	Monoliet 6 plannen €	Woning 3 plannen €	Appartement 1 plan €	Totaal 10 plannen €
1.1 bouwkundige voorzieningen	1.030	1.020	1.264	1.050
1.2 werktuigbouwkundige voorzieningen	237	251	243	242
1.3 elektrotechnische voorzieningen	207	211	333	221
1.4 vaste inrichtingen	114	60	185	105
1.5 terreinvoorzieningen	42	31	0	35
1.0 BOUWKOSTEN	1.630	1.574	2.024	1.653
Samengesteld kengetal 2009	1.544	1.569	1.577	1.549
Verschil	6%	0%	28%	7%

De gemiddelde bouwkosten per m² die destijds zijn aangevraagd wijken gemiddeld 7% af van het samengestelde kengetal voor deze projecten op basis van de kengetallen uit het jaarbeeld bouwkosten 2009. In het samengestelde kostenkengetal is geen rekening gehouden met locatie gebonden kosten en voorzieningen als plafondtilliften. Bij de vergunningverlening zijn de aangevraagde kosten veelal neerwaarts bijgesteld. De afwijking van 28% bij het appartementachtige gebouw is afkomstig van slechts één bouwplan. (Bij dit plan is er een parkeergarage onder het gebouw gesitueerd en zijn voor 52 personen plafondtilliften aangevraagd.)

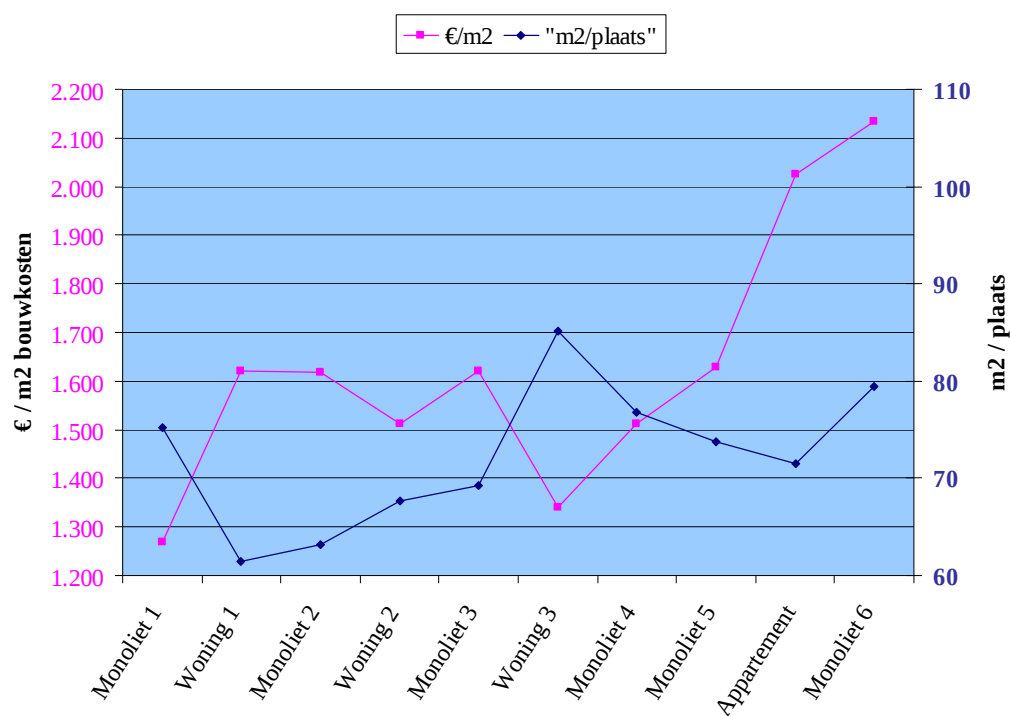
De aangevraagde bouwkosten per plaats komen voor deze 10 projecten gemiddeld uit op € 119.188,--, variërend van € 95.381,-- tot € 169.538,-- per plaats, incl. BTW, prijspeil januari 2009.

Om de variatie in de kosten per plaats in beeld te brengen zijn de m² bvo per plaats en de bouwkosten per m² bvo van de 10 projecten in de ouderenzorg op een rij gezet.

Tabel 7 Spreiding van 3 parameters bij 10 projecten in de ouderenzorg.

Projecten in de ouderenzorg	aantal plaatsen	soort plaatsen	m ² / plaats	€ / m ²	€ / plaats
monoliet 1	100	88 licht 12 pg	75,2	1.268	95.381
woning 1	12	12 pg	61,4	1.621	99.533
monoliet 2	90	90 pg	63,2	1.618	102.225
woning 2	24	24 pg	67,7	1.512	102.325
monoliet 3	144	120 pg 24 sz	69,3	1.621	112.273
woning 3	32	32 pg	85,1	1.339	113.993
monoliet 4	90	30 licht 60 pg	76,8	1.512	116.153
monoliet 5	142	84 pg 58 sz	73,7	1.628	120.033
appartement	52	52 sz	71,5	2.024	144.744
monoliet 6	90	58 pg 32 sz	79,5	2.133	169.538

Voorgaande tabel geeft de spreiding weer van drie verschillende parameters bij 10 projecten in de ouderenzorg. Opvallend is dat de spreiding van het aantal m^2 per plaats beperkt is in vergelijking met de spreiding van de bouwkosten per m^2 . Ten aanzien van de variatie in kosten per m^2 zijn er twee projecten die beduidend afwijken. De te verwachte tegengestelde relatie tussen het aantal m^2 per plaats en de kosten per m^2 gaat daarbij niet in alle gevallen op. Met name laat het bouwplan "Monoliet 6" naast een hoger aantal m^2 's per plaats dan gemiddeld ook hogere bouwkosten per m^2 dan gemiddeld zien waardoor de kosten per plaats aanmerkelijk hoger uitkomen dan gemiddeld.



Figuur 8 Relatie m^2 per plaats en bouwkosten per m^2 in de ouderenzorg.

4.2.2 Gehandicaptenzorg

Van de tien in de gehandicaptenzorg geanalyseerde projecten zijn er vier projecten als paviljoenachtig te beschouwen, drie gebouwen hebben de opzet van grondgebonden woningen en drie zijn als appartementengebouw te beschouwen. Geen gebouw is als 'monoliet'-gebouw aangemerkt. Ten aanzien van het onderscheid in bouwtypologie wordt opgemerkt dat voor sommige projecten geldt dat soms meerdere bouwtypen binnen één project zijn gerealiseerd. Daarnaast sluiten de gehanteerde definities van paviljoen, woning of appartement elkaar niet 100% uit.

De bruto vloeroppervlakte (bvo) is voor de drie paviljoenachtige gebouwen gemiddeld $65,2 \text{ m}^2$ per plaats en varieert daarbij van $55,0$ tot $78,3 \text{ m}^2$ per plaats. De drie woningachtige gebouwen zijn gemiddeld $97,2 \text{ m}^2$ bvo per plaats en variëren van $77,3$ tot $109,0 \text{ m}^2$ bvo per plaats. De drie appartementengebouwen komen gemiddeld uit op $71,6 \text{ m}^2$ bvo per plaats en variëren van $62,1$ tot $89,2 \text{ m}^2$ bvo per plaats.

De destijds aangevraagde bouwkosten per m², geïndexeerd naar het prijspeil januari 2009, kwamen in de gehandicaptenzorg gemiddeld uit op € 1.718,- per m² bvo incl. BTW. Dit varieerde van € 1.390,-- tot € 2.135,-- per m² bvo incl. BTW.

De variatie van de gemiddelde bouwkosten per gebouwtype geeft voor de geanalyseerde projecten in de gehandicaptenzorg (GHZ) het volgende beeld:

Tabel 8 Gemiddelde bouwkosten per rubriek per gebouwtype van 10 projecten in de GHZ.

Kosten per m ² prijspeil januari 2009	gehandicaptenzorg			
	gemiddelde ingediende bouwkosten per m ² vloeroppervlakte			
	Paviljoen 4 plannen €	Woning 3 plannen €	Appartement 3 plannen €	Totaal 10 plannen €
1.1 bouwkundige voorzieningen	1.150	1.073	1.081	1.099
1.2 werktuigbouwkundige voorzieningen	232	184	244	220
1.3 elektrotechnische voorzieningen	249	246	230	241
1.4 vaste inrichtingen	65	100	92	83
1.5 terreinvoorzieningen	98	76	48	76
1.0 BOUWKOSTEN	1.795	1.679	1.694	1.718
Samengesteld kengetal 2009	1.577	1.565	1.540	1.558
Verschil	14%	7%	10%	10%

De gemiddelde bouwkosten per m² die destijds zijn aangevraagd wijken gemiddeld 10% af van het samengestelde kengetal voor deze projecten op basis van de kengetallen uit het jaarbeeld bouwkosten 2009. In het samengestelde kostenkengetal is geen rekening gehouden met locatiegebonden kosten, verzwaarde uitvoering en voorzieningen voor afzonderingsruimten en plafondtilliften. Bij de vergunningverlening zijn de aangevraagde kosten veelal neerwaarts bijgesteld.

De aangevraagde bouwkosten per plaats komen voor deze 10 projecten gemiddeld uit op € 131.770,--, variërend van € 87.149,-- tot € 212.828,-- per plaats, incl. BTW, prijspeil januari 2009.

Om de variatie in kosten per plaats in beeld te brengen zijn de m² bvo per plaats en de bouwkosten per m² bvo van de 10 projecten in de gehandicaptenzorg op een rij gezet.

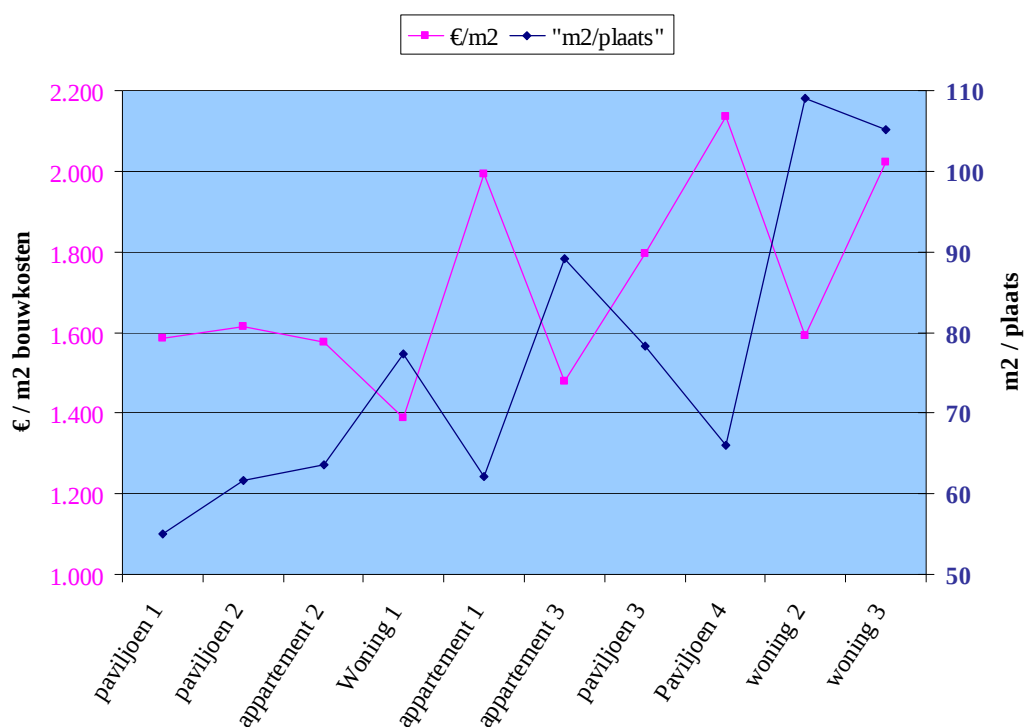
Tabel 9 Spreiding van 3 parameters bij 10 projecten in de gehandicaptenzorg.

Projecten in de ghz	aantal plaatsen	m ² / plaats	€ / m ²	€ / plaats
paviljoen 1	41	55,0	1.585	87.149
paviljoen 2	24	61,7	1.613	99.474
appartement 2	140 (20 licht)	63,6	1.575	100.257
woning 1	28	77,3	1.390	107.442
appartement 1	55	62,1	1.994	123.845
appartement 3	24 (8 licht)	89,2	1.479	131.848
paviljoen 3	30	78,3	1.796	140.544
paviljoen 4	80	66,0	2.135	140.963
woning 2	18	109,0	1.590	173.353
woning 3	12	105,2	2.024	212.828

Bovenstaande tabel geeft de spreiding weer van drie verschillende parameters bij 10 projecten binnen de GHZ. In tegenstelling tot de ouderenzorg wordt bij de gehandicaptenzorg de variatie van de kosten per plaats evenzeer bepaald door de grote variatie in het aantal m² 's per plaats alsook de kosten per m².

Daarnaast valt op dat bij twee van de woningachtige gebouwen het grootste aantal m^2 per plaats wordt gerealiseerd. Daarbij is bij project “woning 3” ook sprake van hoge bouwkosten per m^2 . De doelgroep waarvoor dit project wordt gerealiseerd is de SGLVG (Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten). Daarnaast is het een voorziening voor slechts 12 plaatsen die wordt uitgevoerd als een boerderij waarin ook de dagbestedingsruimten worden gerealiseerd. Gelet op de doelgroep is uitgegaan van een verzwaarde uitvoering van de bouw en is daarnaast rekening gehouden met de aanleg van een plafondtiliftsysteem.

Ten aanzien van de relatie vierkante meters per plaats en bouwkosten per vierkante meter wordt in de GHZ het volgende beeld verkregen:



Figuur 9 Relatie m^2 per plaats en bouwkosten per m^2 in de gehandicaptenzorg.

4.2.3 Geestelijke gezondheidszorg

Van de negen in de geestelijke gezondheidszorg geanalyseerde projecten is er één bouwproject te beschouwen als ‘monoliet’-gebouw met alle functies onder één dak, drie projecten zijn als paviljoenachtig te beschouwen, één is een specifiek beveiligd gebouw, twee gebouwen hebben de opzet van grondgebonden woningen en twee zijn als appartementengebouw te beschouwen.

De bruto vloeroppervlakte (bvo) per plaats is bij het project dat als monoliet wordt beschouwd $93,4 \text{ m}^2$ per plaats. De bvo is voor de drie paviljoenachtige gebouwen gemiddeld $80,0 \text{ m}^2$ per plaats en varieert daarbij van $65,7$ tot $89,0 \text{ m}^2$ per plaats. Het beveiligde gebouw heeft $118,1 \text{ m}^2$ bvo per plaats. De twee woningachtige gebouwen zijn gemiddeld 80 m^2 bvo per plaats en variëren van $84,7$ tot $87,3 \text{ m}^2$ bvo per plaats. De

twee appartementengebouwen komen gemiddeld uit op 66,7 m² bvo per plaats en variëren van 59,5 tot 73,9 m² bvo per plaats.

De destijds aangevraagde bouwkosten per m², geïndexeerd naar het prijspeil januari 2010, kwamen in de geestelijke gezondheidszorg gemiddeld uit op € 1.829,- per m² bvo incl. BTW. Dit varieerde van € 1.460,-- tot € 2.471,-- per m² bvo incl. BTW.

De variatie van de gemiddelde bouwkosten per gebouwtype geeft voor de geanalyseerde projecten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) het volgende beeld:

Tabel 10 Gemiddelde bouwkosten per rubriek per gebouwtype van 9 projecten in de GGZ.

Kosten per m ² prijspeil januari 2009	Geestelijke GezondheidsZorg					
	gemiddelde bouwkosten per m ² vloeroppervlakte					
	Monoliet 1 plan €	Paviljoen 3 plannen €	Beveiligd 1 plan €	Woning 2 plannen €	Appartement 2 plannen €	Totaal 9 plannen €
1.1 bouwkundige voorzieningen	999	1.169	1.682	1.123	1.234	1.203
1.2 werktuigbouwkundige voorzieningen	212	187	238	230	198	206
1.3 elektrotechnische voorzieningen	182	198	326	236	228	224
1.4 vaste inrichtingen	61	126	49	79	79	89
1.5 terreinvoorzieningen	61	131	175	131	40	107
1.0 BOUWKOSTEN	1.513	1.812	2.471	1.799	1.779	1.829
Samengesteld kengetal 2009	1.584	1.597	1.877	1.584	1.486	1.591
Vershil	-4%	13%	32%	14%	20%	15%

De gemiddelde bouwkosten per m² die destijds zijn aangevraagd wijken gemiddeld 15% af van het samengestelde kengetal voor deze projecten op basis van de kengetallen uit het jaarbeeld bouwkosten 2009. In het samengestelde kostenkengetal is geen rekening gehouden met locatiegebonden kosten, inrichten van een instellingsterrein en voorzieningen voor afzonderingsruimten. Bij de vergunningverlening zijn de aangevraagde kosten veelal neerwaarts bijgesteld.

De bouwkosten per plaats komen voor deze 9 projecten gemiddeld uit op € 156.527,--, variërend van € 95.955,-- tot € 291.733,-- per plaats, incl. BTW, prijspeil januari 2009.

Om de variatie in kosten per plaats in beeld te brengen zijn de m² bvo per plaats en de bouwkosten per m² bvo van de 9 projecten in de geestelijke gezondheidszorg op een rij gezet.

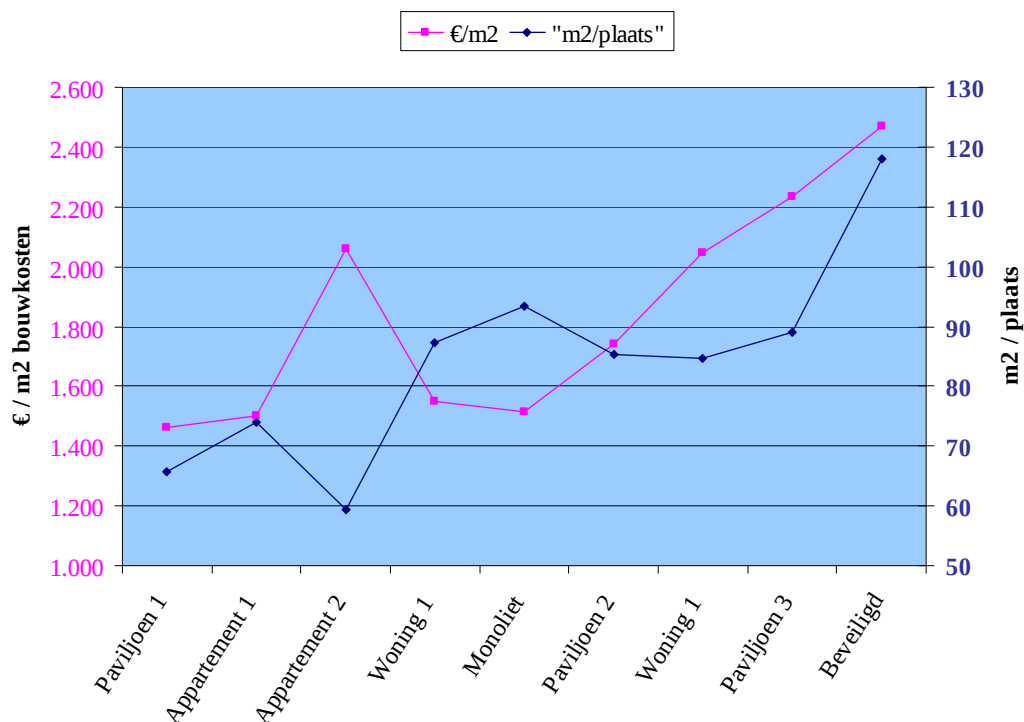
Tabel 11 Spreiding van 3 parameters bij 9 projecten in de geestelijke gezondheidszorg.

Projecten in de ggz	aantal plaatsen	m2 / plaats	€ / m2	€ / plaats
paviljoen 1	52	65,7	1.460	95.955
appartement 1	18 (licht)	73,9	1.500	110.905
appartement 2	35	59,5	2.058	122.336
woning 1	50	87,3	1.550	135.282
monoliet	16	93,4	1.513	141.288
paviljoen 2	18	85,3	1.739	148.433
woning 2	56	84,7	2.048	173.486
paviljoen 3	24	89,0	2.236	199.085
beveiligd	24	118,1	2.471	291.733

Bovenstaande tabel geeft de spreiding weer van drie verschillende parameters bij 9 projecten in de GGZ. In dit overzicht valt het project "Beveiligd" het meest in het oog door het hoge aantal m² per plaats en de hoge kosten per m² wat resulteert in een zeer hoge prijs per plaats. Het hoge aantal m² wordt veroorzaakt doordat het een beveiligde

voorziening is met separeer- en afzonderingsruimten en ruimten voor onderwijs en een polikliniek. De hoge kosten zijn het gevolg van het utilitaire karakter van het gebouw, het beveiligingsniveau en diverse locatiegebonden factoren.

Ten aanzien van de relatie vierkante meters per plaats en bouwkosten per vierkante meter wordt in de GGZ het volgende beeld verkregen:



Figuur 10 Relatie m² per plaats en bouwkosten per m² in de geestelijke gezondheidszorg.

4.3 Bouwkosten jeugdzorg

Als gevolg van de crisis heeft het kabinet stimuleringsmaatregelen getroffen. Voor het onderhoud en de bouw van jeugdzorginstellingen is voor de periode 2009-2010 totaal € 80 mln. uitgetrokken, waarvan € 70 mln. voor de provinciaal gefinancierde jeugdzorg en € 10 mln. voor gesloten jeugdzorg. Het Centrum Zorg en Bouw van TNO heeft het ministerie voor Jeugd en Gezin in 2009 geadviseerd over de subsidieaanvragen die in het kader van deze bouwimpuls zijn ingediend. Voor de provinciaal gefinancierde jeugdzorg zijn door 19 instellingen subsidieaanvragen voor in totaal 30 nieuwbouwprojecten ingediend. Deze nieuwbouwprojecten zijn voor dit jaarbeeld op functie gerangschikt, nader geanalyseerd en met elkaar vergeleken, geïndexeerd naar prijspeil januari 2010. Drie projecten zijn vanwege hun specifieke functie of inpassing in een groter bouwplan niet vergelijkbaar met de overige plannen en zijn daarom niet meegenomen in het volgende overzicht.

Tabel 12 Nieuwbouwprojecten in het kader van de bouwimpuls jeugdzorg.

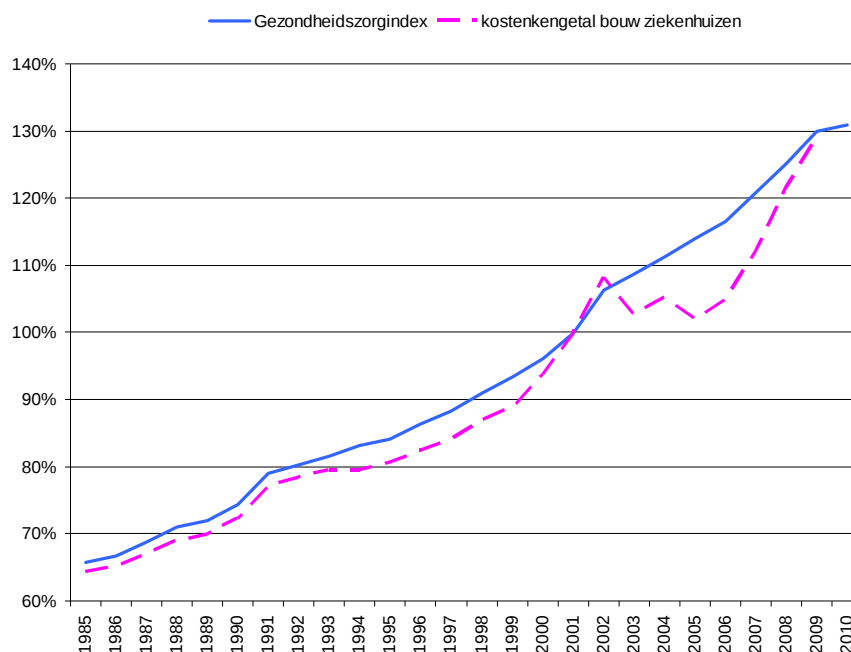
	Minimum	Gewogen gemiddelde	Maximum
Vloeroppervlakte (m² bvo) per plaats			
Residentieel groepswonen (n=10)	42	48	67
Kamertrainingscentra / gezinswonen (n=6)	38	49	57
Dagbehandeling (MKD, Boddaertcentra) (n=11)	10	29	36
Bouwkosten per m² bvo (prijspeil januari 2010)			
Residentieel groepswonen (n=10)	€ 1.242, -	€ 1.501, -	€ 1.771, -
Kamertrainingscentra / gezinswonen (n=6)	€ 1.089, -	€ 1.295, -	€ 1.849, -
Dagbehandeling (MKD, Boddaertcentra) (n=11)	€ 1.243, -	€ 1.526, -	€ 1.725, -

Uit het bovenstaande overzicht van projecten volgt een zeer divers investeringsniveau, wat te verklaren valt uit onder andere de zwaarte van de doelgroep, het beveiligingsniveau en de schaalgrootte van de projecten. De nieuwbouwprojecten zijn met gemiddeld 864 m² bvo per plan klein te noemen. Daarnaast bevonden sommige projecten zich ten tijde van de aanvraag nog in een pril stadium, waardoor slechts globale ramingen op basis van een programma van eisen zijn ingediend.

Een deel van de projecten is inmiddels aanbesteed en in uitvoering. De directiebegrotingen van tot nu toe drie projecten zijn op elementenniveau met elkaar vergeleken. Twee projecten betreffen residentiële groepswoningen waarvan de bouwkosten zijn begroot op gemiddeld € 1.386,-- per m² bvo, inclusief BTW, prijspeil januari 2010. De bouwkosten van een kamertrainingscentrum zijn begroot op € 1.849,-- per m² bvo, inclusief BTW, prijspeil januari 2010. De aanbestedingsresultaten van de projecten zijn vervolgens gemiddeld 17% meegevallen.

4.4 Bouwkosten cure

Voor de sector ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren diverse additionele bijstellingen van de bouwkostennorm en het kostenkengetal plaatsgevonden. In de volgende grafiek is de ontwikkeling van het bouwkostenkengetal uitgezet tegen de ontwikkeling van de Gezondheidszorgindex.



Figuur 11 Ontwikkeling van de Gezondheidszorgindex en het bouwkostenkengetal ziekenhuizen.

Uit de voorgaande grafiek volgt dat de voorheen voor de sector ziekenhuizen vastgestelde bouwkostennormen ziekenhuizen het afgelopen decennium sterk werd beïnvloed door de werking van de bouwmarkt. Uit de grafiek volgt ook dat de ontwikkeling van de bouwkosten van ziekenhuizen zich nog begeeft binnen de ontwikkeling voor de autonome ontwikkeling van loon- en materiaalkosten, zoals deze is af te leiden uit de Gezondheidszorgindex. Dit ondanks de grote kwaliteitsverbetering in de ziekenhuisbouw en de meerkosten die daarvan het gevolg zijn. Daarbij valt onder meer te denken aan de stringentere bouwregelgeving (o.a. op het gebied van de brandveiligheidseisen en energieprestatienormering en hogere verdiepingshoogte), de uitbreiding van de ICT-voorzieningen, de inmiddels gebruikelijke verregaande vorm van klimaatbeheersing en -regeling en de meerinvesteringen in duurzame en onderhoudsbesparende materiaaltoepassingen.

Het bouwkostenkengetal volgt in de nieuwe systematiek van het Jaarbeeld Bouwkosten niet langer meer nauwgezet de bouwconjunctuur en wordt omgevormd tot een reëel en neutraal kostenniveau. De marktwerking bij aanbesteding zal daarbij leiden tot – uiteindelijk in gelijke mate – positieve of negatieve resultaten ten opzichte van het van het bouwkostengetal afgeleide uitgangsniveau. De marktwerking kan daarbij als een kans of als een risico worden ingeschat.

Voor een verdere fine-tuning van het kengetal geldt uiteraard ook hier dat een instroom van relevante actuele bouwplaninformatie noodzakelijk is.

De bouwkosten per m² bvo zijn afhankelijk van vele factoren. Naast de kostenbepalende ontwerpuitgangspunten (denk daarbij bijvoorbeeld aan de effecten van vormgeving, materialisatie en installatietechnische ambities) is ook de opbouw van het specifieke functiepakket van groot belang. Ieder ziekenhuis is immers een conglomeraat

van dure en goedkope functies. Voor de diverse binnen het ziekenhuis te onderscheiden functies bestaat een stelsel van gedifferentieerde richtbedragen (zie Bijlage A). De mate waarin de diverse functies in het ruimtelijk programma van het ziekenhuis zijn opgenomen is mede bepalend voor de gemiddelde bouwkosten per m² bvo. Voor de bepaling van het bouwkostenkengetal is een relatie gelegd met het gebruikelijke functiepakket voor een algemeen ziekenhuis en de daarvoor in de vervallen prestatie-eisen beschreven rekenoppervlakte (zie ook paragraaf 3.2).

In onderstaande tabel zijn de ingediende gemiddelde bouwkosten van zeven nog voor de opheffing van het bouwregime ontwikkelde ziekenhuisprojecten gepubliceerd. Ook is daarbij de onderverdeling naar subrubrieken en de spreiding van de kosten weergegeven. In de rechterkolom zijn ter vergelijking de bedragen uit het Jaarbeeld Bouwkosten 2009 opgenomen.

Tabel 13 Vergelijking ingediende bouwkosten van 7 ziekenhuisplannen

Ziekenhuisbouw				
Kosten per m ² prijsspeil januari 2009	bouwkosten per m ² vloeroppervlakte van 7 plannen			
	minimum	gemiddeld	maximum	richtlijnen/ kengetal 2009
	€	€	€	€
1.1 bouwkundige voorzieningen	976	1.087	1.201	1.121
1.2 werktuigbouwkundige voorzieningen	396	413	436	434
1.3 elektrotechnische voorzieningen	320	341	366	401
1.4 vaste inrichtingen	111	143	203	147
1.5 terreinvoorzieningen	48	61	88	62
1.0 BOUWKOSTEN	1.925	2.034	2.232	2.165

Uit bovenstaande tabel volgt dat de ingediende gemiddelde bouwkosten het kengetal voor de bouwkosten met 6% onderschrijden. Daarbij past wel de opmerking dat vanuit deze onderschrijding ook de overschrijding van de rekenoppervlakte moet worden gecompenseerd. De overschrijding van de rekenoppervlakte bedroeg volgens hoofdstuk 3.2 gemiddeld 8,8%.

In de tabel vallen de relatieve hoge kengetallen voor de elektrotechnische voorzieningen op. Het hoge kengetal voor de E-voorzieningen berust op de vorig jaar doorgevoerde verhoging als gevolg van de aanscherping van de EPC-normering. In dit kengetal is voorzien in de realisatie van warmtekrachtkoppeling, daglichtregeling en veegpulsschakeling. Dit zijn echter enkele van de mogelijke maatregelen waarmee de EPC-verlaging kan worden gerealiseerd.

De kosten voor de subrubrieken zijn zeer indicatief. Binnen het totaal van de bouwkosten is een ruime substitutie mogelijk.

In het kader van de voorbereiding van het Jaarbeeld Bouwkosten 2010 zijn gesprekken gevoerd met enkele bouwdirecteuren van grote in voorbereiding zijnde nieuwbouwplannen. Het algemene beeld is dat, rekening houdend met differentiatie, de kengetallen als een goede referentie blijken te voldoen bij de ontwikkeling van nieuwe ziekenhuizen.

Schillenmethode

Integrale bekostiging in de gezondheidszorg creëert kansen voor zorginstellingen doordat hun vastgoed een productiemiddel wordt dat kan bijdragen aan een efficiënte bedrijfsvoering. Het Bouwcollege heeft de schillenmethode ontwikkeld voor de afweging van investeringsbeslissingen voor een ziekenhuis⁸. De schillenmethode verdeelt de functies aan de hand van de specifieke gebouwweisen in vier huisvestingstypologieën, schillen genaamd. Deze benadering levert een besparing op in de investerings- en de exploitatiekosten. Bijkomend voordeel is dat drie van de vier schillen, *hotel*, *kantoor* en *fabriek*, overeenkomen met reeds bestaande gebouwsoorten. Zodoende wordt meer gebruik gemaakt van de markt bij realisatie en eventueel bij afstoting.

Bij het onderzoek naar de schillenmethode is ruim aandacht besteed aan de kostenaspecten. Ten opzichte van de traditionele, monolithische opzet van een ziekenhuis levert een uitvoering volgens het schillenmodel een voordeel op van 9 tot 11%. Het percentage is te beschouwen als een bandbreedte tussen een ziekenhuis met een zeer compleet uitrustingsniveau met weinig differentiatie en een ziekenhuis waarbij de benodigde elementen zorgvuldig zijn afgewogen met het doel besparing van financiële middelen.

Belangrijker nog dan de besparingen op het gebied van de initiële investeringskosten zijn de voordelen voor de levensduurkosten, waarbij rekening wordt gehouden met zowel de kapitaallasten als de totaal gebouwgebonden exploitatiekosten en de kosten voor latere aanpassingen.

Inmiddels worden de eerste ziekenhuisprojecten ook concreet volgens het principe van de schillenmethode ontwikkeld.

4.5 Kostenontwikkelingen als gevolg van gewijzigde regelgeving

Er zijn het afgelopen jaar geen wijzigingen in de (bouw)regelgeving opgetreden met directe kostenconsequenties voor de bouw van zorgvoorzieningen. Op mogelijke toekomstige wijzigingen van het Bouwbesluit wordt in paragraaf 6.2 ingegaan.

4.6 Conclusies kostenonderzoeken

Samenvattend kan uit de voorgaande beschouwingen het volgende worden geconcludeerd.

- de bouwmarkt is voor opdrachtgevers van zorgbouw nog steeds gunstig. Hoe lang dit nog voortduurt, is niet bekend;
- in het jaarbeeld van 2009 is de lijn gekozen om de kengetallen binnen de zorgbouw niet steeds aan te passen aan de schommelingen van de bouwmarkt. Deze lijn wordt ook dit jaar voortgezet. De kengetallen geven een neutrale en reële kostprijs weer, waarbij wordt opgemerkt dat projecten op dit moment nog vaak tegen een lagere prijs kunnen worden aanbesteed;
- de stijging van de Gezondheidszorgindex, die de (autonome) ontwikkeling van de loonkosten en materiaalprijzen in de zorgbouw weergeeft, bedraagt over 2009 0,7%;
- de getoonde kostenonderzoeken hebben vooral in het teken gestaan van de nieuwe matrices voor care en cure en het in beeld brengen van de spreiding van m² en bouwkosten. Met name de kostenonderzoeken in de care-sector laten zowel qua m² per plaats als in de prijs per m² de grootste spreiding zien;

⁸ 'Gebouwdifferentiatie van een ziekenhuis', rapport nr. 611. College bouw zorginstellingen. Utrecht, 2007.

- vanuit gewijzigde regelgeving zijn geen nieuwe kostenontwikkelingen te melden.

Gezien de bovenstaande bevindingen zijn de kengetallen aangepast met de gestegen Gezondheidszorgindex van januari 2009 tot januari 2010 met 0,7%.

5 Kostenkengetallen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden rubrieksgewijs de kostenuitgangspunten en kostenkengetallen voor de verschillende sectoren per 1 januari 2010 vermeld en toegelicht.

Naast de bouwkostenkengetallen komen ook de overige investeringskosten, te weten grondkosten, bijkomende kosten, inventariskosten, directiekosten, rente tijdens de bouw, onvoorziene kosten, startkosten en kosten van huur, renovatie en interim-huisvesting aan bod.

De in dit Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector benoemde kostenkengetallen hebben nadrukkelijk geen normatief karakter en hebben niet meer de status van een prestatie-eis of beleidsregel, zoals dat ten tijde van het bouwregime het geval was.

Met de kengetallen wil het Centrum Zorg en Bouw allereerst een betrouwbare kosten-referentie bieden. Uiteraard kunnen bij de kengetallen bandbreedten worden gehanteerd. De bandbreedte is in hoge mate afhankelijk van de ambitie van de opdrachtgever. Verder spelen ook de ontwerpuitgangspunten en de lokale omstandigheden een rol van betekenis.

5.2 Bouwkosten

Bij de bepaling van de bouwkostenkengetallen is rekening gehouden met de analyses van de kostenontwikkelingen zoals omschreven in hoofdstuk 4.

Na de additionele verhoging van de kostenkengetallen van vorig jaar, als gevolg van de aanscherping van de EPC-eis, zijn de bouwkostenkengetallen dit jaar alleen met behulp van de Gezondheidszorgindex geïndexeerd. Een en ander leidt tot een marginale stijging van de bouwkosten met 0,7%.

De geïndexeerde bouwkostenkengetallen zijn volgens de nieuwe indeling gerubriceerd naar sector en gebouwtype.

Door middel van het verzamelen van projectanalyses van gerealiseerde zorggebouwen in overeenstemming met de typologie van de matrices voor de care en cure zal in de toekomst meer toegesneden en actuele kosteninformatie worden verkregen.

De bouwkostenkengetallen per m² bruto vloeroppervlakte op prijspeil 1 januari 2010 zijn met hun onderverdelingen in Bijlage A weergegeven. In deze bijlage is voor de ziekenhuizen ook een overzicht opgenomen van de gedifferentieerde, indicatieve richtbedragen per functiegroep.

De bouwkostenkengetallen per m² bruto vloeroppervlakte op prijspeil 1 januari 2010 zijn in tabel 14 voor de verschillende gezondheidszorgsectoren weergegeven.

Tabel 14 Bouwkostenkengetallen care, jeugdzorg en cure per m² bvo (inclusief BTW, prijspeil 1 januari 2010)

Categorie	Prijspeil 1 januari 2010
Care	
Ouderenzorg / verpleging & verzorging	
– Verzorgingshuis, woonzorgcentrum (a-specifieke bouw)	€ 1.321, -
– Appartementen (a-specifieke bouw)	€ 1.321, -
– Verpleeghuis (specifieke bouw)	€ 1.590, -
– Kleinschalig groepswonen (specifieke bouw)	€ 1.590, -
– Kantoor / centraal bureau	€ 1.421, -
Gehandicaptenzorg	
– Appartementen/woningen (a-specifieke bouw)	€ 1.321, -
– Kleinschalig groepswonen / laagbouwclusters (specifieke bouw)	€ 1.590, -
– Behandel- therapiegebouw	€ 1.560, -
– Werkplaats dagbesteding	€ 1.560, -
– SGLVG behandelcentrum	€ 1.738, -
– SGLVG+ (beveiligd)	€ 1.919, -
– Kantoor / centraal bureau	€ 1.421, -
Geestelijke gezondheidszorg	
– Monoliet instelling (RGC, APZ)	€ 1.579, -
– Appartementen/woningen RIBW (a-specifieke bouw)	€ 1.321, -
– Kleinschalig groepswonen / laagbouwclusters (specifieke bouw)	€ 1.590, -
– Behandel- therapiegebouw	€ 1.560, -
– Separeervoorziening	€ 2.653, -
– FPA, FVA, KIB (beveiligd)	€ 1.871, -
– FPK, FVK (beveiligd)	€ 1.919, -
– Kantoor / centraal bureau	€ 1.421, -
Jeugdzorg	
– Residentieel groepswonen	€ 1.665, -
– Residentieel gezinswonen & kamertraining	€ 1.439, -
– Medisch kinderdagverblijf	€ 1.560, -
– Monoliet instelling (gesloten jeugdzorg)	€ 1.747, -
– Kantoor / centraal bureau	€ 1.421, -
Cure	
– Algemeen ziekenhuis	€ 2.180, -
– Radiotherapeutisch centrum	€ 2.621, -
– Revalidatiecentrum	€ 1.942, -
– Klinisch astmacentrum	€ 1.874, -
– Epilepsiecentrum	€ 1.840, -

5.3 Grondkosten

De grondkosten omvatten de daadwerkelijke kosten voor de aankoop van de grond en de daarbij behorende verwervingskosten (zoals overdrachtsbelasting, notariskosten en kadastraalrecht), alsmede de kosten voor het bouwrijp maken en het ontsluiten van de locatie en het slopen van opstallen⁹. Naast de verwerving door middel van koop kan grond ook in erfpacht worden verkregen.

In het toekomstige systeem van prestatiebekostiging zullen ook de grondkosten binnen de integrale tarieven moeten worden bekostigd. Als referentie kan voor de grondkosten vooralsnog worden uitgegaan van de financiële bovengrenzen die tot voor kort binnen de zorg golden. Deze grondkostennormen werden uitgedrukt in maximaal (feitelijk) te besteden kosten per m² bruto vloeroppervlakte gebouw. Het uitdrukken van grondkosten in een kostenkengetal per m² grond is lastig, gezien de in ons land sterk variërende grondprijzen.

Om toch te komen tot kengetallen voor grondkosten zijn de vorig jaar gepubliceerde grondkostenkengetallen met de Gezondheidszorgindex verhoogd. De kengetallen voor grondkosten per m² bruto vloeroppervlakte (bvo) luiden hiermee als volgt:

Tabel 15 Grondkosten (inclusief BTW, prijspeil 1 januari 2010).

Categorie	Grondkosten per m ² bvo
Cure (ziekenhuizen)	€ 225, -
Care	
Ouderenzorg	
– verzorgingshuis, woonzorgcentrum, appartementen	€ 225, -
– verpleeghuis, kleinschalig groepswonen	€ 265, -
Gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg	
– appartementen (beschermde wonen en resocialisatie)	€ 265, -
– andere doelgroepen	€ 304, -
Jeugdzorg	
Provinciaal gefinancierde jeugdzorg	€ 265, -
Gesloten jeugdzorg	€ 304, -

De kengetallen voor grondkosten maken circa 8 tot 14% uit van de totale investeringskosten (exclusief rente tijdens de bouw, inventariskosten en startkosten) voor de diverse sectoren.

De grondprijzen kenmerken zich door grote regionale verschillen. Vanaf de *Bouwkostennota 2003* zijn de regionale verschillen vertaald in regionale toeslagen of kortingen die over de grondkostenkengetallen berekend kunnen worden. Deze correcties volgen het postcodesysteem. Voor de duurste regio's geldt een plus van 20%. Voor andere regio's variëren de toeslagen van +10% en 0% of gelden kortingen van -10% en -20% voor de goedkopere regio's. Een specificatie van de postcodegebieden en de daarbij behorende regio-toeslagen of -kortingen is opgenomen in bijlage B.

⁹ Ter beperking van de grondkosten is het raadzaam zo spoedig mogelijk na overdracht van de grond de grondkosten te activeren, zodat rentekosten (zowel tot start bouw, als tijdens de bouw) worden uitgesloten.

Geconstateerd wordt dat gemeenten in vele gevallen van de marktwaarde en niet van de feitelijke grondkosten uitgaan. De grondprijzen voor de zorgsector zouden gebaseerd moeten zijn op de werkelijke kosten, gecorrigeerd voor bovenwijkse en infrastructurele voorzieningen. De instellingen dragen immers vaak zelf zorg voor de infrastructurele voorzieningen.

Per 1 juli 2008 is de Grondexploitatiewet in werking getreden. Deze nieuwe wet biedt gemeenten de mogelijkheid om eisen te stellen aan de concrete invulling van te ontwikkelen locaties en om kosten te verhalen die samenhangen met de exploitatie van de betreffende locaties. De Grondexploitatiewet leidt echter ook tot meer transparantie in het grondbeleid van de gemeenten. De wet bevordert daarmee de benadering om van de feitelijke grondkosten in plaats van de marktwaarde uit te gaan.

5.4 Overige investeringskosten

5.4.1 *Bijkomende kosten*

Tot de rubriek Bijkomende kosten behoren de overheidsheffingen, zoals leges en precario, de aansluitkosten van de nutsbedrijven en de kosten van verzekeringen.

Voor de bijkomende kosten wordt uitgegaan van 2,5% van de bouwkosten. Uit eerder onderzoek is gebleken dat dit percentage gemiddeld voldoende ruimte biedt.

De door gemeenten gehanteerde tarieven en berekeningsgrondbases voor bouwleges variëren sterk. Bij het heffen van bouwleges blijkt niet altijd rekening te worden gehouden met de beperkingen die in de Gemeentewet aan het heffen van leges worden gesteld. In het Jaarbeeld Bouwkosten 2008 is uitvoerig op de problematiek van legeskosten ingegaan.

Net als de bouwleges blijken ook de aansluitkosten van nutsbedrijven enorm te variëren. Initiatiefnemers doen er goed aan zich in een zo vroeg mogelijk stadium op de hoogte te stellen van de feitelijk door de diverse instanties gehanteerde tarieven. Op de website www.bouwleges.nl is het mogelijk het legestartief dat met de afhandeling van bouwvergunningen is gemoeid per gemeente te berekenen.

Voor de kosten van kunsttoepassing binnen een zorginstelling bestaat er vanuit het ministerie van OCW een subsidie, die via SKOR¹⁰ kan worden verkregen.

5.4.2 *Inventariskosten*

Inventariskosten maken geen deel uit van de in dit Jaarbeeld gepubliceerde kosten-kengetallen.

Inventariskosten zijn kosten die betrekking hebben op de losse inrichting van een gebouw. Alle zaken die niet aard- of nagelvast met een gebouw zijn verbonden, zijn te beschouwen als inventaris. Te denken valt in dit verband aan tafels, stoelen, kasten, bedden, bureaus en lampen, maar ook stoffering, zoals gordijnen en vitrages, valt onder inventaris. Daarnaast worden ook vaste medische inrichtingen aan deze rubriek toegerekend.

¹⁰ SKOR (Stichting Kunst en Openbare Ruimte), Ruysdaelkade 2, Amsterdam, telefoon 020-6722525 (www.skor.nl).

Een met enige regelmaat voorkomend misverstand is dat bij nieuwbouwprojecten vloerbedekking en behang ook als inventaris zouden moeten worden beschouwd. Volgens de Elementenmethode vallen de kosten voor deze afwerkingen onder de kosten voor de bouwkundige voorzieningen.

Voor individuele appartementen en verzorgingshuizen zijn de kosten voor wand- en vloerafwerking niet in de kostenkengetallen opgenomen, omdat ervan uit wordt gegaan dat de bewoners zelf, naar eigen smaak en eigen kosten, hun zorgwoning of -appartement inrichten.

5.4.3 *Directiekosten*

Tot de rubriek directiekosten worden alle met de voorbereiding en begeleiding van de bouw verband houdende kosten gerekend, waaronder alle kosten voor onderzoek, advisering, managementondersteuning en planontwikkeling.

Het gaat hierbij om kosten voor:

- het uitwerken van analyses in de initiatieffase¹¹;
- het opstellen van een programma van eisen;
- het ontwerp en de bestedingsgerede uitwerking van de bouwkundige en installatietechnische voorzieningen, de terreinvoorzieningen en de vaste inrichtingen;
- de inschakeling van onder meer bouwkostendeskundigen, adviseurs voor bouwfysica en brandveiligheid, (bouw-)juristen etc.;
- de bouwbegeleiding en projectadministratie;
- het toezicht tijdens de bouw.

Het management kan zich laten ondersteunen door externe adviseurs dan wel door een speciaal daarvoor aangenomen bouwdirecteur of bouwcoördinator of een voor het voorbereiden en begeleiden van de bouw opgericht bouwbureau, als daarmee kosten voor externe adviseurs worden voorkomen of worden beperkt.

Afhankelijk van de aard van het project kan het bedrag voor directiekosten variëren. Uit de praktijk is gebleken dat voor de directiekosten kan worden uitgegaan van maximaal 14% van de bouwkosten. Afhankelijk van de grootte en complexiteit van de opdracht bedraagt het architectenhonorarium circa 7 tot 10% van de bouwkosten. Naast een honorarium op basis van een percentage van de bouwsom komen veel opdrachten van architecten op basis van een fixed price tot stand.

De in sommige standaardregelingen opgenomen tarieven of rekenregels voor de bepaling van het honorarium zijn niet bepalend, maar richtinggevend, met dien verstande dat de onderhandelingen tussen de opdrachtgever en de adviseurs uiteindelijk bepalend zijn voor de hoogte van de definitief overeen te komen honoraria.

5.4.4 *Rente tijdens de bouw*

De rente die tijdens de bouw aan de geldverstrekker moet worden betaald, maakt geen deel uit van de in dit Jaarbeeld gepubliceerde kostenkengetallen.

De kosten voor rente tijdens de bouw kunnen evenwel worden geraamd door een rentepercentage te berekenen over het totaal van de kosten van de rubrieken Bouwkosten, Bijkomende Kosten en Directiekosten (de rubrieken 1.0. t/m 4.0.) en de halve

¹¹ Daaronder vallen ook haalbaarheidsonderzoeken, het inschakelen van professioneel advies door de cliëntenraad voor bijvoorbeeld leef- of woonwensenonderzoek, onderzoeken naar mogelijkheden voor verwerving van grond en/of gebouwen en onderzoeken gericht op de gevolgen van een initiatief voor de bestaande organisatie.

bouwtijd van het bouwinitiatief. Dit vloeit voort uit de veronderstelling dat de investeringen gelijkmatig over de bouwtijd zijn verspreid. In de op deze wijze geraamde kosten worden tevens alle met de financiering samenhangende kosten geacht te zijn opgenomen.

Totdat sprake is van bekostiging op basis van integrale tarieven en de NZa nog kapitaallasten op basis van nacalculatie vergoed, wordt de rente tijdens de bouw meegenomen bij het bepalen van de aanvaardbare rentekosten op basis van de beleidsregels Rente van de NZa¹².

Voor de berekening van huurkosten moet rekening worden gehouden met het renteverlies tijdens de bouw (zie ook paragraaf 3.10).

5.4.5 *Onvoorzien*

Onder deze rubriek zijn twee subrubrieken opgenomen, namelijk:

- rubriek 6.1. programma- en bestekswijzigingen;
- rubriek 6.2. loon- en prijsstijgingen.

De rubriek programma- en bestekswijzigingen biedt een reservering voor de mogelijk bij de uitvoering van het bouwplan optredende programma- en bestekswijzigingen. Voor de in dit Jaarbeeld gepubliceerde kostenkengetallen wordt 4% over het totaal van de kosten van de rubrieken Bouwkosten, Bijkomende Kosten en Directiekosten (de rubrieken 1.0. t/m 4.0.) aangehouden.

De rubriek loon- en prijsstijgingen biedt een reservering voor de bij de uitvoering van het bouwplan optredende loon- en prijsstijgingen. De voor de kostenkengetallen gehanteerde reservering bedraagt 2,5% over het totaal van de kosten van de rubrieken Bouwkosten, Bijkomende Kosten en Directiekosten (de rubrieken 1.0. t/m 4.0.) en wordt berekend over de halve bouwtijd. De loon- en prijsstijging gedurende de uitvoering van een bouwproject is gerelateerd aan de ontwikkeling van de bouwkosten. Dit houdt in dat bij gefaseerde bouw zal moeten worden gerekend met de effecten van de wachttijd, de feitelijke uitvoeringsduur van de bouwfasen alsmede de bouwkosten per fase. Het effect van de loon- en prijsstijging wordt over de volle wachttijd (de tijd vanaf aanvang project tot start van de betreffende fase) berekend.

Het is mogelijk dat tijdens de bouw een verrekening plaatsvindt van de wijzigingen van kosten en prijzen en dat hiervoor in de bestekken de Risicoregeling Woning- en Utiliteitsbouw 1991 van toepassing wordt verklaard. Indien voornoemde risicoregeling niet van toepassing wordt verklaard en een afkoop van risico wordt geaccepteerd, komt het met deze afkoop gemoeide bedrag ten laste van de rubriek loon- en prijsstijgingen.

5.4.6 *Startkosten*

De rubriek Startkosten is een verzamelrubriek van resterende, bouwgerelateerde kostenposten.

Het is van belang dat de startkosten in een zo vroeg mogelijk stadium worden geraamd. Startkosten worden onderscheiden in een categorie ‘gebruikelijke startkosten’ en een categorie ‘specifieke startkosten’.

¹² NZa-beleidsregels CI-1134, van toepassing op de Cure en CA-414, van toepassing op de Care.

Onder de gebruikelijke startkosten worden verstaan de kosten voor:

- droogstoken en overig energieverbruik;
- bewaking;
- schoonmaak;
- public relations-activiteiten (eerste paal, hoogste punt, voorlichting en opening).

Op basis van een eerdere analyse van de werkelijke kosten wordt voor dit deel van de startkosten uitgegaan van 0,8% van de nieuwbouwkosten.

Bij renovatie en vervangende nieuwbouw is verder ook altijd sprake van kosten voor verhuizing van patiënten, bewoners en inboedel. Voor de kosten van deze activiteiten wordt uitgegaan van 0,7% van de nieuwbouwkosten.

Voor de kostenkengetallen wordt per saldo rekening gehouden met 1,5% van de nieuwbouwkosten.

Als specifieke startkosten worden aangemerkt de kosten voor:

- interim-voorzieningen (zie verder paragraaf 3.11);
- oude plankosten.

Gelet op het specifieke karakter van deze startkosten en de verscheidenheid waarmee deze kosten zich aandienen, maken deze startkosten geen onderdeel uit van de kostenkengetallen.

5.5 Huur

In plaats van het in eigen beheer bouwen van een voorziening kan een zorginstelling besluiten een voorziening te huren. Hierbij kan sprake zijn van het huren van een nieuw te bouwen veelal specifieke zorgvoorziening of van het huren van bestaande woningen, kantoren of bedrijfsruimten die binnen de reguliere markt worden aangeboden.

Huur van nieuwbouw

In het eerste geval betreft het gebouwen die, qua bouwkundig/functionele opzet en uitwerking, dermate specifiek moeten zijn voor het bieden van verblijf, begeleiding of behandeling, dat daarvoor geen gebruik kan worden gemaakt van het reguliere aanbod aan woningen of bedrijfsruimten.

Alhoewel de voorzieningen in potentie ook geschikt moeten kunnen worden gemaakt voor aanwending op een andere markt, vergt de doelgroep die gebruik maakt van deze voorzieningen een dusdanige specificiteit van het gebouw of de gebouwen dat hiervoor geen eenduidige kengetallen voor de huurkosten zijn te benoemen.

Met behulp van de eerder genoemde kostenkengetallen voor nieuwbouw en een bepaalde afschrijvingsmethode kan een indicatieve huurlast worden bepaald.

Hierbij moet worden opgemerkt dat in de huursector twee componenten in de huur worden onderscheiden: een vergoeding voor de kapitaallasten en een vergoeding voor de zogenaamde variabele lasten. Deze laatste component bestaat onder meer uit beheer- en onderhoudskosten en belasting- en verzekeringskosten.

Voor de verrekening van de kapitaallasten kan men uitgaan van zowel de lineaire methode, de annuïtaire methode als de netto contante waarde (NCW) methode.

De afschrijving bestaat bij de lineaire methode uit een jaarlijks gelijkblijvend bedrag, een vast percentage van de historische aanschafprijs. Hierdoor daalt de boekwaarde jaarlijks met een gelijkblijvend bedrag en vertoont het rentebedrag in de tijd gezien een dalend verloop.

De annuïtaire methode houdt in dat de som van afschrijving en rente jaarlijks een gelijkblijvend bedrag vormt gedurende de economische levensduur. Kenmerkend voor deze methode is dat in het eerste deel van de afschrijvingsperiode de in de huur op te nemen kapitaallasten voornamelijk bestaan uit rente en een zeer klein afschrijvingsdeel en dat aan het einde van de afschrijvingsperiode juist het omgekeerde beeld is waar te nemen.

De Netto Contante Waarde methode (NCW) vertoont grote overeenkomsten met de hiervoor beschreven annuïtaire methode. Deze methode kent echter wel een indexering (bijvoorbeeld 2,5%) van de jaarlijks in de huur op te nemen kapitaallasten. Hierdoor kent de huur een stijgend verloop in de tijd. De aanvangshuur is bij deze methode echter lager dan bij de annuïtaire methode.

Huur van reguliere bouw

Voor de reguliere bouw zijn wel kengetallen voor huurkosten te genereren. Binnen de categorie reguliere bouw wordt een onderscheid gemaakt tussen de huurkosten voor woningen en de huurkosten voor kantoor- en bedrijfsruimten.

Woningen

Reguliere woningbouw behelst woningen en appartementen die uit de sociale huurmarkt kunnen worden betrokken en met het oog op de doelgroep slechts kleine aanpassingen nodig hebben.

Voor diverse doelgroepen is, gestimuleerd door het beleidsuitgangspunt van de vermaatschappelijking, in toenemende mate sprake van de huur van woningen voor de groep langdurig zorgafhankelijke cliënten in (grote) intramurale instellingen. Voor een deel van de cliënten gaat het om een tijdelijke situatie: doorstroming naar een beschermende woonvorm of naar (begeleid) zelfstandig wonen is op termijn het perspectief. Vaak neemt de cliënt dan zelf de huur over en gaat de instelling voor de “nieuwe” cliënten op zoek naar een vervangende huurwoning. Voor een ander deel van de cliënten betreft het een meer permanente situatie.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat de in het Jaarbeeld gepubliceerde huurbedragen voor reguliere woningbouw over het algemeen toereikend zijn voor het huren van appartementen en woningen. De betreffende huurbedragen uit het Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2009 zijn daarom in dit Jaarbeeld niet aangepast, behoudens de door het ministerie van VROM geadviseerde maximale huurprijsstijging met 2,5% per 1 juli 2009.

De huurbedragen voor reguliere woningen op prijspeil januari 2010 zijn in tabel 16 weergegeven. Daarbij is rekening gehouden met de mogelijke variatie in grondkosten.

Tabel 16 Huurkosten per m² bvo per maand, prijspeil januari 2010, voor reguliere woningen.

	Grond -20%	Grond -10%	Basishuur	Grond +10%	Grond +20%
Bedrag per m ² bvo	€ 6,10	€ 6,20	€ 6,30	€ 6,40	€ 6,50

De huur wordt in deze tabel uitgedrukt per m² bruto vloeroppervlakte (bvo). De verhuurbare vloeroppervlakte (vvo) bedraagt circa 85% van de bvo. Het huurbedrag per m² vvo komt hiermee circa 17,5% hoger uit.

Kantoor-, bedrijfs- en dagbestedingsruimten

De door de verhuurders gevraagde huur voor kantoor-, bedrijfs- en dagbestedingsruimten is een afgeleide van de markt en is voor andere partijen vaak niet te herleiden tot investeringskosten. Buiten de kapitaallasten zijn in de gevraagde huur ook andere,

niet op voorhand herkenbare kosten opgenomen. De gevraagde huur is eveneens afhankelijk van de locatie, vestigingsplaats, kwaliteit en functie van het te verhuren object.

In het Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2009 zijn de huurbedragen ongewijzigd gelaten omdat het aanbod aan ruimte dermate groot is dat het niet reëel werd geacht om deze bedragen te laten stijgen. Op grond van de marktontwikkelingen (huurprijzen stijgen of dalen de afgelopen jaren gemiddeld slechts marginaal) kunnen de bestaande huurbedragen wederom worden gehandhaafd.

Voor huur van kantoorruimte wordt afhankelijk van ligging, kwaliteit en functie uitgegaan van een huurbedrag van gemiddeld € 141, - per m² bvo per jaar (inclusief BTW, prijspeil januari 2010). Voor bedrijfsruimte wordt een huurbedrag van gemiddeld € 60, - per m² bvo per jaar (inclusief BTW, prijspeil januari 2010) aangehouden. Voor voorzieningen voor dagbesteding geldt een huurbedrag van gemiddeld € 108, - per m² bvo per jaar (inclusief BTW, prijspeil januari 2010). Ook deze huurbedragen worden uitgedrukt per m² bruto vloeroppervlakte (bvo). De verhuurbare vloeroppervlakte (vvo) bedraagt circa 85% van de bvo. De huurbedragen per m² vvo komen hiermee circa 17,5% hoger uit.

Vooruitlopend op de nieuwe bekostigingssystematiek wordt in zijn algemeenheid geadviseerd niet te groot en te duur te huren.

Over de gevraagde huren op de markt kan veel informatie worden gevonden op de websites van aanbieders van te huren ruimten en de bemiddelaars op de desbetreffende markten. Hierbij dient rekening te worden gehouden met het feit dat de vermelde prijzen daar veelal vraagprijzen exclusief BTW zijn en uitgaan van verhuurbare (vvo) in plaats van bruto vloeroppervlakte (bvo).

Ten algemene geldt dat bij huur van een commerciële verhuurder sprake kan zijn van belaste verhuur waarbij BTW over de huur in rekening wordt gebracht. Een belaste huur is slechts mogelijk als de activiteiten van de huurder voor tenminste 90% recht op aftrek BTW garanderen. De prestaties van instellingen in de gezondheidszorg zijn, voor zover het zorg betreft, echter vrijgesteld van BTW.

Derhalve kan een zorginstelling nooit expliciet BTW in rekening gebracht krijgen voor huur van ruimte ten behoeve van zorgactiviteiten. De verhuurder die de door hem betaalde BTW niet kan terugvorderen van de fiscus zal dit wel als kostenpost (BTW compensatie) impliciet in het huurbedrag verwerken. De hoogte van de compensatie kan van situatie tot situatie verschillen.

5.6 Renovatie en interim-huisvesting

Veel bouwprojecten hebben geheel of gedeeltelijk betrekking op renovatie. De in dit Jaarbeeld vermelde bouwkostenkengetallen hebben echter alleen betrekking op nieuwbouw. Voor renovatieprojecten zijn geen eenduidige kostenkengetallen te bieden. Daarvoor zijn renovatieprojecten te divers van aard en omvang.

Vanzelfsprekend bestaat er een relatie tussen het niveau van een renovatie, de ouderdom en de nog te verwachten levensduur van een gebouw. De prijs-kwaliteitverhouding van het eindresultaat van de renovatie moet steeds worden afgewogen ten opzichte van de prijs-kwaliteitverhouding nieuwbouw. Haalbaarheidsonderzoeken in de vorm van variantenstudies en concrete ramingen in een vroeg planstadium zijn daarbij van essentieel belang.

Als de renovatiekosten in vergelijking met de kosten voor vervangende nieuwbouw hoog uitvallen is als alternatief vervangende nieuwbouw te overwegen. Overigens zullen bij de afweging tussen nieuwbouw en renovatie ook aspecten als levensduurkosten (LCC), de boekwaarde van het huidige complex en de grond, sloopkosten en eventuele opbrengsten van grondverkoop moeten worden betrokken. Daarbij kan een kostentechnische afweging tussen nieuwbouw en renovatie resulteren in het besluit om de bestaande voorziening op te knappen en tijdelijk in stand te houden dan wel nog enige tijd gebruik te maken van de bestaande voorziening zonder daar nog in te investeren. Op een later tijdstip zal dan alsnog sloop of afstoten volgen.

Uit de praktijk blijkt dat de kosten van renovatieprojecten in een vroege planfase nogal eens optimistisch worden geraamd. In een volgende fase blijkt de raming dan veel hoger uit te vallen.

Planonderdelen die in vroege planfasen regelmatig onvoldoende op hun kostenconsequenties worden onderzocht, zijn:

- de technische kwaliteit;
- de mogelijkheden voor functionele aanpassingen;
- het aanpassen van draagconstructies aan de nieuwe lay-out;
- het bouwfysisch op peil brengen van de omhullende constructies;
- het aanpassen van installaties buiten het te renoveren gebouw(deel);
- het integreren van de installatie voor luchtbehandeling in het bestaande gebouw;
- nadere eisen van brandweer en nutsbedrijven voor zowel binnen als buiten het te renoveren gebouw(deel);
- de asbestinventarisatie en de eventueel noodzakelijke asbestsanering;
- interim-voorzieningen en voorzieningen ter beperking van overlast en onderbezetting.

In kostenramingen moeten ook de kosten voor bovengenoemde voorzieningen begrepen zijn om een vergelijking met de kosten voor nieuwbouw te kunnen maken.

Een interim-voorziening kan nodig zijn voor de periode waarin een bestaande huisvesting bouwkundig aangepast, dan wel geheel vervangen wordt en op de bestaande locatie de vervangende nieuwbouw moet verrijzen.

Vanwege de relatief hoge aanschafwaarde en veelal korte gebruikstermijn leidt interim-huisvesting, en met name unit- of systeembouw, tot hoge afschrijvings- en kapitaallasten. Omdat de technische en functionele levensduur vele malen hoger is dan de benodigde gebruiksduur door de instelling is daarbij veelal sprake van kapitaalvernietiging.

Het verdient aanbeveling zogeheten gebruiksflexibiliteit van een interim-voorziening na te streven, opdat de tijdelijke voorziening ook voor andere doeleinden kan worden gebruikt. Dit kan onder andere door standaardisatie in materialisatie en opzet van de voorziening. Gelet op de kostengevolgen is het noodzaak de omvang van de interim-voorziening zoveel mogelijk te beperken tot de voor de (zorginhoudelijke) functies vereiste minimum omvang.

6 Beleidsontwikkelingen en overige kostengerelateerde actualiteiten

6.1 Bekostiging kapitaallasten

6.1.1 *Bekostiging kapitaallasten in de cure*

Algemeen

Inmiddels is het bouwregime van de WTZi voor de ziekenhuizen al weer meer dan twee jaar buiten werking. Op 1 januari 2008 heeft de formele intrekking plaatsgevonden. Ziekenhuizen zijn vrij om zelf investeringen te doen maar worstelen daar in veel gevallen nog wel mee. Deze worsteling is het gevolg van het voortduren van onduidelijkheid over het overgangsregime en de risicoperceptie van banken, die door de kredietcrisis is aangescherpt. Daarnaast blijkt uit de businesscases die nu ten behoeve van de financiering moeten worden opgesteld dat bepaalde investeringsplannen onvoldoende blijken te renderen.

Overgangsregime

In het vorige Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector dat in 2009 verscheen werd nog gemeld dat ziekenhuizen mogelijk aanspraak zouden kunnen maken op zogenaamde nadeelcompensatie. Voorwaarde was natuurlijk wel dat er dan een aantoonbaar nadeel zou moeten zijn dat het gevolg was van de beleidswijzing met betrekking tot het bouwregime. Op 1 april 2010 heeft demissionair minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een brief naar de Tweede Kamer gestuurd over de overgangsproblematiek. Een deel van die problematiek wordt veroorzaakt door het feit dat de gegarandeerde vergoeding van kapitaallasten die nog gold voor het A-segment nu ook komt te vervallen. Reden is dat waar het A-segment tot nu toe gefinancierd werd via het FB-budget hier in de toekomst ook een vergoeding op basis van (gereguleerde) prijzen per prestatie zal worden gegeven. In deze gereguleerde prijzen is een toeslag verwerkt voor de kapitaallasten op het gemiddelde niveau van de sector. Hierdoor ontstaat een probleem bij die ziekenhuizen die hoger dan gemiddelde kapitaallasten hebben. Op grond van een onderzoek door de NZa wordt de kapitaallastenproblematiek geraamd op maximaal € 715 mln. Dit bedrag is onder te verdelen in € 160 mln in samenhang met immateriële vaste activa, € 300 mln vanwege resterende boekwaarden bij af te stoten vaste activa en € 255 mln voor hoger dan gemiddelde kapitaallasten door bijvoorbeeld recente investeringen. De post immateriële vaste activa kan een probleem worden doordat marktwerking ervoor zorgt dat er andere boekhoudregels van toepassing worden. In dit geval zorgt het vervallen van een budgetgarantie ervoor dat activa niet langer op de balans mogen blijven staan. De reeds bestaande overgangsregeling voorziet in het mogelijk maken van verdere afschrijvingen op immateriële vaste activa voor zover samenhangend met het B-deel van het budget. De minister zal de NZa vragen een aanvullende regeling te ontwerpen om het mogelijk te maken in 2011 alle resterende immateriële activa die aan het A-segment zijn toe te schrijven en die voortkomen uit WTZi goedgekeurde projecten versneld af te schrijven. Op deze wijze hoopt demissionair minister Klink er voor te kunnen zorgen dat de boekhoudkundige afwaardering van vaste activa plaats zal vinden.

Voor de resterende kapitaallastenproblematiek zal eveneens de aanvullende overgangsmaatregel soulaas moeten bieden. Deze zal impliceren dat ziekenhuizen een

aanvulling ontvangen gebaseerd op wat zij nu nog voor het A-segment zouden ontvangen, gecorrigeerd met een percentage dat in de periode 2011 tot 2017 jaarlijks wordt afgebouwd van 95% tot 0%. De maatregel wordt budgettair neutraal uitgevoerd wat wil zeggen dat de in 2009 door de minister voor de ziekenhuissector beschikbaar gestelde bouwimpuls van € 160 mln hiervoor wordt gebruikt.

6.1.2 *Bekostiging kapitaallasten in de care*

In juli 2009 heeft staatssecretaris Bussemaker aangegeven dat zij kiest voor integrale kostprijzen per 2011 waarbij de kapitaallasten als onderdeel van deze kostprijs worden vergoed op basis van een zogenaamde normatieve huisvestingscomponent of NHC¹³. TNO heeft een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van dit concept en het nodige rekenwerk uitgevoerd. In haar brief gaf de staatssecretaris aan dat de NHC-bedragen die vermeld werden als zogenaamde minimumbedragen moesten worden beschouwd. Hierdoor hadden instellingen in ieder geval de mogelijkheid om berekeningen te maken waar uit af te leiden viel welke investeringsruimte gedekt kon worden. Daarnaast werd aangegeven dat op een aantal kostenposten, dat nog niet in de berekeningen meegenomen was, teruggekomen zou worden. Het ging hier om grond- en startkosten als onderdeel van de investeringkosten die aan de NHC ten grondslag lagen, kosten van interim-huisvesting en kosten ten gevolge van ruimtelijke ordening. Deze onderwerpen worden thans verder uitgewerkt. In een brief aan de Tweede Kamer van 15 maart 2010 heeft demissionair minister Klink toegezegd dat voor het zomerreces de definitieve bedragen voor de vergoeding van de huisvestingslasten in de care en de gehele GGZ zullen worden behandeld. De technische berekeningen om tot de nieuwe bekostiging te komen blijven voortgaan. De beleidsmatige beslissing om definitief op deze wijze verder te gaan zal door een nieuw kabinet genomen moeten worden.

6.1.3 *Bekostiging kapitaallasten jeugdzorg*

Er zijn voor de bekostiging van kapitaallasten in de jeugdzorg geen nieuwe ontwikkelingen ten opzichte van het Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2009 te melden.

6.2 **Wijzigingen in de bouwregelgeving**

6.2.1 *Bouwbesluit*

De bouwregelgeving, vastgelegd in met name het Bouwbesluit en het Gebruiksbesluit, speelt een belangrijke rol bij de ontwikkeling van de bouwkosten. De kosteneffecten van de wijziging in de bouwregelgeving zijn meegenomen in de bepaling van de bouwkostenkengetallen (zie hoofdstuk 5.2).

Hoewel de thans vigerende versie van het Bouwbesluit voorzien is van de aanduiding '2003' wil dat niet zeggen dat er geen ontwikkelingen in de bouwregelgeving zijn. Het Bouwbesluit wordt geregeld op onderdelen aangepast.

Na de grote wijzigingen van de bouwregelgeving in 2003¹⁴, zijn bijvoorbeeld in 2005 wijzigingen doorgevoerd op het gebied van onder andere de verdiepingshoogte, gevolgd

¹³ Kamerstuk. Tussenstand kapitaallasten: uitgangspunten voor de bepaling van de kapitaallastencomponent ter voorbereiding op integratie in zorgzwaartepakketten en introductie van integrale tarieven in 2011. staatssecretaris van VWS, 9 juli 2009.

¹⁴ In 2003 is de 'tweede fase' van het Bouwbesluit van kracht geworden. Daarbij is de gezondheidszorgfunctie als gebruiksfunctie aan het Bouwbesluit toegevoegd. E.e.a. had met name gevolgen voor de aan de nieuwbouw en aan de bestaande bouw gestelde brandveiligheidseisen.

door de in januari 2006 in werking getreden verdere aanscherping van de energiestatistiekcoëfficiënt (EPC) voor de woonfunctie (van 1,0 naar 0,8). Per 1 januari vorig jaar (2009) is ook de EPC-eis voor de gezondheidszorgfunctie aangescherpt. Voor de functies voor aan bed gebonden patiënten is sprake van een verlaging van 3,6 naar 2,6. Voor andere gezondheidszorgfuncties is de EPC verlaagd van 1,5 naar 1. In het Jaarbeeld Bouwkosten 2009 is uitgebreid op de effecten van deze wijzigingen ingegaan. Aan de hand van een beschouwing van de maatregelenpakketten zijn de kostenconsequenties destijds geraamd op een toename van de bouwkosten van € 44,- per m² voor de ziekenhuizen en € 38,- per m² voor de AWBZ sectoren.

Experimentenbesluit excellente gebieden en koplopergebied Noord-Nederland

De minister voor Wonen, Wijken en Integratie (WWI) zet in op het bereiken van een verdergaande energiebesparing. Via de aanwijzing van excellente gebieden kan het ministerie projecten met maximaal € 300.000,- per project ondersteunen als deze projecten voldoen aan een zeer lage EPC. Voor woningbouw betekent dit een EPC van 0,6 of minder indien de start voor 1 januari 2011 is. Start de bouw in 2011 dan geldt een EPC van 0,4 of minder. Voor start bouw in 2015 of later moet de EPC zelfs lager zijn dan 0,3. Ook utiliteitsbouwprojecten vallen onder deze regeling, indien de EPC's met gelijke aanscherpingspercentages zijn verlaagd.

Daarnaast worden de provincies Groningen, Friesland en Drenthe (op hun eigen verzoek) door de minister voor WWI aangewezen als 'koplopergebied Noord-Nederland'. Voor dit gebied is de EPC voor de woonfunctie verlaagd naar 0,5. Deze eis zal naar verwachting per 1 oktober 2010 in werking treden.

Noord-Nederland wordt daarmee dus een uitzonderingsgebied op de landelijke regelgeving. In tegenstelling tot de keuze voor projecten in de excellente gebieden is de verlaging van de EPC voor de woonfunctie in het koplopergebied verplichtend opgelegd. Voor de in de voornoemde provincies onder de 'woonfunctie' te realiseren verblijfsvoorzieningen ('wonen met zorg') zal dit leiden tot een additionele verhoging van de initiële bouwkosten. De bouwkostenstijging is afhankelijk van het maatregelenpakket waarmee de lagere EPC kan worden bereikt. De hogere investeringskosten zullen echter wel leiden tot een verlaging van de energiekosten. De kosteneffecten zijn nog niet door middel van een Regeleffectrapportage in kaart gebracht, waardoor nog geen concrete uitspraken over de kostengevolgen gedaan kunnen worden.

Herziening van het Bouwbesluit 2003 derde tranche

Het afgelopen jaar is veel discussie gevoerd over de voorstellen van het ministerie van VROM voor het verder dereguleren en vereenvoudigen van het huidige Bouwbesluit, waarbij bovendien het Bouwbesluit met het Gebruiksbesluit zal worden samengevoegd tot één AmvB. Waar vorig jaar in het Jaarbeeld 2009 nog werd gesproken over een verwachte inwerkingtreding in 2010 heeft de minister voor WWI de planning voor de inwerkingtreding inmiddels doorgeschoven naar 1 juli 2011.

Het Centrum Zorg en Bouw volgt de wijzigingsvoorstellen nauwgezet. Het spreekt voor zich dat de aandacht daarbij vooral uitgaat naar de effecten van de voorgenomen regelgeving op de gezondheidszorgfunctie en de nieuw in het Bouwbesluit geïntroduceerde functie 'wonen met zorg'. Het Centrum plaatst hierbij enkele kanttekeningen, bijvoorbeeld met betrekking tot de onduidelijkheden in de begripsbepalingen, de voorgestelde brandveiligheids- en ventilatie-eisen en de verlaging van de EPC voor de woonfunctie.

De opmerkingen van het Centrum Zorg en Bouw zijn via het ministerie van VWS ingebracht in het Interdepartementaal Overleg Bouwregelgeving (IOB). Via de

koepelorganisaties in de zorg is hiervoor ook aandacht gevraagd in de andere overleggremia (de Juridisch Technische Commissie (JTC) en het Overlegplatform Bouwregelgeving (OPB).

Het Centrum Zorg en Bouw zal de ontwikkelingen blijven volgen en waar nodig in constructief overleg treden.

Bij de herziening van het Bouwbesluit 2003 derde tranche wordt de afdeling 'Milieu' als nieuwe afdeling aan het besluit toegevoegd. De (functionele) eisen zijn nu alleen nog geformuleerd voor de nieuwbouw van woningen, woongebouwen en kantoorfuncties met een gebruikersoppervlakte van meer dan 100 m². De voorgestelde eisen zijn gericht op het sturen op het duurzaamheidsgehalte, ofwel de milieueffecten van het materiaalgebruik.

6.2.2 *Omgevingsvergunning*

De Eerste Kamer heeft op 23 maart 2010 ingestemd met de Invoeringswet Wet Algemene Bepalingen Omgevingsrecht (Wabo). De Invoeringswet is technisch van aard en regelt onder meer het overgangsrecht en de wijziging van bestaande wetten die opgaan in de Wabo. Demissionair minister Huizinga van VROM heeft, in overleg met de provincies, gemeenten en waterschappen, besloten dat de Wabo definitief ingaat per 1 oktober 2010.

Door de invoering van de Wabo worden 26 vergunningen en 1600 formulieren op het gebied van natuur, milieu, bouwen en ruimte ondergebracht in één vergunning, de zogenoemde omgevingsvergunning. Ook de bouw- en gebruiksvergunning worden in de omgevingsvergunning geïntegreerd. Zo hebben burgers en ondernemers nog maar te maken met één vergunning, één loket, één besluit en één procedure. Er is één beroepsgang en één controlerende instantie die verantwoordelijk wordt voor de coördinatie van toezicht en handhaving. Bovendien kan de aanvraag digitaal worden ingediend via Omgevingsloket online.

De Wabo moet leiden tot betere dienstverlening door de overheid aan burgers en bedrijven en heeft met name tot doel de administratieve lasten voor de aanvragers te beperken. De vernieuwing van het vergunningstelsel zal echter niet leiden tot nieuwe of afwijkende toetsingscriteria.

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

Het is de vraag of de vernieuwing van het vergunningstelsel ook zal leiden tot de beëindiging van de grote verschillen in de legesheffingen.

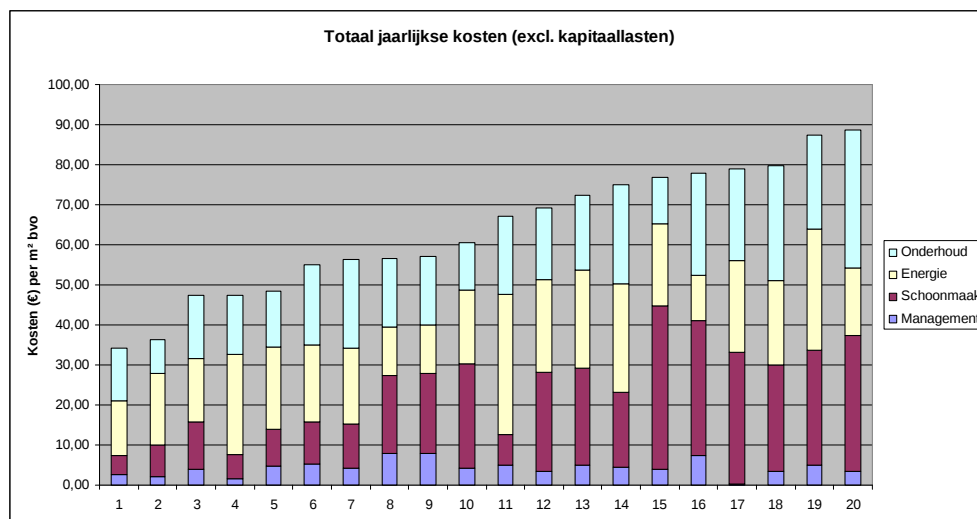
6.3 **Life cycle costing**

LCC Benchmarking Tool voor de Care

Het Centrum Zorg en Bouw heeft in samenwerking met het Noorse adviesbureau Multiconsult de LCC Benchmarking Tool ontwikkeld. Met deze gratis toegankelijke webbased tool kan een zorginstelling de jaarlijkse gebouwgebonden kosten van haar gebouwen onderling vergelijken. Door te participeren in een afgebakende benchmarkingsgroep kunnen deze kosten ook worden vergeleken met die van andere instellingen en gemiddelde waarden uit de praktijk. Daartoe moeten gegevens worden ingevoerd met betrekking tot de functie, oppervlakte, kapitaallasten, eventuele huurlasten, energielasten en schoonmaak-, beheers- en onderhoudskosten van de desbetreffende gebouwen. De tool richt zich op de gehele Care. Zowel groepen van

instellingen in de ouderenzorg (verpleging en verzorging), geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg als combinaties van deze sectoren kunnen gebruik maken van deze tool. De tool biedt TNO uiteindelijk een breed inzicht in de werkelijke gebouwgebonden kosten van zorggebouwen. De LCC Benchmarking Tool is vanaf medio januari 2010 online en zal in de loop van 2010 verder worden uitgerold. Grote marktpartijen en samenwerkingsverbanden in de Care zullen actief worden benaderd om deel te nemen.

De gebouwen die al in de tool zijn ingevoerd kunnen anoniem met elkaar worden vergeleken. In de volgende grafiek zijn de jaarlijkse kosten per m² bvo van 20 gebouwen op prijspeil 2010 met elkaar vergeleken. Onder de jaarlijkse kosten verstaan we in dit kader de kosten voor management (belastingen, verzekeringen, beheer- en administratiekosten), schoonmaak, energie (gas, elektra en water) en onderhoud (preventief kleinschalig onderhoud, jaarlijkse instandhouding en technische vervanging). De jaarlijkse kapitaallasten (rente en afschrijving) en eventuele huurlasten van de gebouwen blijven hier buiten beschouwing. Ook deze lasten, die per gebouw sterk kunnen variëren, kunnen met de tool met elkaar worden vergeleken.



Figuur 12 Totaal jaarlijkse kosten (excl. kapitaallasten) per m² bvo, prijspeil 2010, van 20 gebouwen in de care.

De vergelijking levert gemiddelde waarden op, die vervolgens kunnen worden gebruikt als 'benchmark' binnen de care-sector.

Het gewogen gemiddelde van de managementkosten bedraagt circa € 4,-- per m² bvo, van schoonmaak circa € 18,-- per m² bvo, van energie circa € 20,-- per m² bvo en van onderhoud circa € 19,-- per m² bvo. Het gewogen gemiddelde van de totale jaarlijkse kosten komt hiermee voor de 20 gebouwen uit op circa € 61,-- per m² bvo op prijspeil 2010.

De betrouwbaarheid van de gemiddelde waarden zal toenemen, naarmate de LCC Benchmarking Tool wordt gevuld met meer gegevens van gebouwen in de care. De tool kan hiermee voor zorginstellingen een welkome aanvulling vormen op de kennis over levenscycluskosten (LCC) van gezondheidszorggebouwen.

7 Ondertekening

Utrecht, 18 juni 2010

TNO Bouw en Ondergrond

Namen en functies van de projectmedewerkers:

Stefan van Heumen

André Bode

Peter Brouwers

Namen van instellingen waaraan een deel van het onderzoek is uitbesteed:

n.v.t.

Datum waarop, of tijdsbestek waarin, het onderzoek heeft plaatsgehad:

December 2009 – mei 2010

Naam en paraaf tweede lezer:



Drs. J.H.M. Nuiten

Ondertekening:



Ir. S.P.M. van Heumen
projectleider

Goedgekeurd door:



Drs. J.V. Eijkman
Hoofd R en D, Centrum Zorg en Bouw

A Kostenkengetallen

Ouderenzorg Verpleging en verzorging

KOSTEN PER M² GEBOUW (inclusief 19% BTW) per 1 januari 2010

(exclusief grondkosten, inventariskosten en rentekosten)

	Verzorgingshuis Woonzorgcentrum Appartementen	Verpleeghuis	Kleinschalig groepswonen	Kantoor Centraal bureau
Uitgangspunten voor de berekeningen:				
oppervlakte per bed (bruto) [m ²]	72 - 82	72 - 92	54 - 69	3,2 - 4,6
gemiddelde verdiepingshoogte [m]	3,30	3,30	3,30	3,30
bouwtijd [mnd]	12	12	12	12
directiekosten	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%
rentekosten	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
programma- & bestekswijzigingen	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
loon- & prijsstijgingen	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
startkosten	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
Kosten per m ²				
bruto vloeroppervlak:				
0.0. GRONDKOSTEN	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
1.0. BOUWKOSTEN	1.321	1.590	1.590	1.421
2.0. BIJKOMENDE KOSTEN	33	40	40	36
3.0. INVENTARIS	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
4.0. DIRECTIEKOSTEN	185	223	223	199
5.0. RENTE tijdens de BOUW	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
6.1. programma- & bestekswijzigingen	62	74	74	66
6.2. loon- & prijsstijgingen	19	23	23	21
7.0. STARTKOSTEN	20	24	24	21
TOTALE INVESTERINGSKOSTEN	1.640	1.974	1.974	1.764

AANVULLENDE KOSTENKENGETALLEN

Functionies, voorzieningen en doelgroepen	bouwkosten	investeringskosten	
- plafond-tilliftsysteem verpleeghuis	3.237	4.018	per plaats
- specifieke voorzieningen voor zintuiglijk gehandicapten / zintuiglijke beperkingen *)	53	66	per m ² b.v.o.

*) Hierbij moet worden gedacht aan specifieke verlichting, geleidelijnen, akoestische voorzieningen, ringleidingen e.d.

Gehandicaptenzorg

KOSTEN PER M² GEBOUW (inclusief 19% BTW) per 1 januari 2010
(exclusief grondkosten, inventariskosten en rentekosten)

Uitgangspunten voor de berekeningen:	Appartementen	Groepswonen	Behandel-/ therapiegebouw	Werkplaats dagbesteding	Behandelcentrum SGLVG	Behandeliniek SGLVG + (beveiligd)	Kantoor Centraal bureau
oppervlakte per plaats (bruto) [m ²]	63 - 76	50 - 78	10	14 - 26	94	95	3 - 6
gemiddelde verdiepingshoogte [m ¹]	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30
bouwtijd [mnd]	12	12	12	12	12	12	12
directiekosten	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%
rentekosten	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
programma- & bestekswijzigingen	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
loon- & prijsstijgingen	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
startkosten	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
Kosten per m ² bruto vloeroppervlak:							
0.0. GRONDKOSTEN	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
1.0. BOUWKOSTEN	1.321	1.590	1.560	1.560	1.738	1.919	1.421
2.0. BIJKOMENDE KOSTEN	33	40	39	39	43	48	36
3.0. INVENTARIS	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
4.0. DIRECTIEKOSTEN	185	223	218	218	243	269	199
5.0. RENTE tijdens de BOUW	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
6.1. programma- & bestekswijzigingen	62	74	73	73	81	89	66
6.2. loon- & prijsstijgingen	19	23	23	23	25	28	21
7.0. STARTKOSTEN	20	24	23	23	26	29	21
TOTALE INVESTERINGSKOSTEN	1.640	1.974	1.936	1.936	2.156	2.382	1.764

AANVULLENDE KOSTENKENGETALLEN (n.v.t. op beveiligde voorzieningen SGLVG+)

Functies, voorzieningen en doelgroepen	bouwkosten	investeringskosten	
- plafond-liftsysteem voor MCG en LG	6.475	8.037	per plaats
- specifieke voorzieningen voor zintuiglijk gehandicapten / zintuiglijke beperkingen *)	53	66	per m ² b.v.o.
- verzwaarde uitvoering voor ernstige gedragsstoornissen	+ 10%	+ 10%	niet van toepassing op behandelcentrum SGLVG en kantoor / centraal bureau
- afzonderingsvoorziening	+ 10%	+ 10%	betreft alleen de m ² b.v.o. voor de afzonderingsvoorziening, n.v.t. op behandelcentrum SGLVG
- inrichting nieuw instellingsterrein	125	155	per bruto m ² gebouw (excl. gebouwgebonden terreinvoorzieningen)

*) Hierbij moet worden gedacht aan specifieke verlichting, geleidelijnen, akoestische voorzieningen, ringleidingen e.d.

Geestelijke gezondheidszorg

KOSTEN PER M² GEBOUW (inclusief 19% BTW) per 1 januari 2010
(exclusief grondkosten, inventariskosten en rentekosten)

Uitgangspunten voor de berekeningen:	Appartementen (RIBW, resocialisatie)	Monoliet instelling (RGC, APZ)	Werkplaats dagbesteding	FPA, FVA, KIB (beveiligd)	FPK, FVK (beveiligd)	Kantoor Centraal bureau
oppervlakte per plaats (bruto) [m ²]	63 - 80	76 - 89	14 - 26	85	95	3 - 6
gemiddelde verdiepingshoogte [m ²]	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30
bouwtijd [mnd]	12	12	12	12	12	12
directiekosten	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%
rentekosten	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
programma- & bestekswijzigingen	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
loon- & prijsstijgingen	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
startkosten	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
Kosten per m ² bruto vloeroppervlak:						
0.0. GRONDKOSTEN	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
1.0. BOUWKOSTEN	1.321	1.579	1.318	1.871	1.919	1.421
2.0. BIJKOMENDE KOSTEN	33	39	33	47	48	36
3.0. INVENTARIS	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
4.0. DIRECTIEKOSTEN	185	221	185	262	269	199
5.0. RENTE tijdens de BOUW	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
6.1. programma- & bestekswijzigingen	62	74	61	87	89	66
6.2. loon- & prijsstijgingen	19	23	19	27	28	21
7.0. STARTKOSTEN	20	24	20	28	29	21
TOTALE INVESTERINGSKOSTEN	1.640	1.960	1.636	2.322	2.382	1.764

AANVULLENDE KOSTENKENGETALLEN (n.v.t. op beveiligde voorzieningen FPA, FVA, KIB, FPK, FVK)

Functies, voorzieningen en doelgroepen	bouwkosten	investeringskosten	
- verzwaarde uitvoering voor ernstige gedragsstoornissen	+ 10%	+ 10%	niet van toepassing op kantoor / centraal bureau
- afzonderingsvoorziening	+ 10%	+ 10%	betreft alleen de m ² bvo voor de afzonderingsvoorziening
- separeervoorziening	2.653	3.293	per bruto m ²
- inrichting nieuw instellingsterrein	125	155	per bruto m ² gebouw (excl. gebouwgebonden terreinvoorzieningen)

Provinciaal gefinancierde jeugdzorg

KOSTEN PER M² GEBOUW (inclusief 19% BTW) per 1 januari 2010

(exclusief grondkosten, inventariskosten en rentekosten)

	Residentieel groepswonen	Residentieel gezinswonen & kamertraining	Boddaertcentrum Medisch kinderdagverblijf	Kantoor Centraal bureau & ambulante zorg
Uitgangspunten voor de berekeningen:				
oppervlakte per plaats (bruto) [m ²]	42	37	17 - 26	*
gemiddelde verdiepingshoogte [m ³]	3,30	3,30	3,30	3,30
bouwtijd [mnd]	12	12	12	12
directiekosten	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%
rentekosten	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
programma- & bestekwijzigingen	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
loon- & prijsstijgingen	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
startkosten	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
Kosten per m ² bruto vloeroppervlak:				
0.0. GRONDKOSTEN	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
1.0. BOUWKOSTEN	1.665	1.439	1.560	1.421
2.0. BIJKOMENDE KOSTEN	42	36	39	36
3.0. INVENTARIS	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
4.0. DIRECTIEKOSTEN	233	201	218	199
5.0. RENTE tijdens de BOUW	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
6.1. programma- & bestekwijzigingen	78	67	73	66
6.2. loon- & prijsstijgingen	24	21	23	21
7.0. STARTKOSTEN	25	22	23	21
TOTALE INVESTERINGSKOSTEN	2.067	1.786	1.936	1.764

*) afhankelijk van doelgroep of functie

Gesloten jeugdzorg

KOSTEN PER M² GEBOUW (inclusief 19% BTW) per 1 januari 2010

(exclusief grondkosten, inventariskosten en rentekosten)

Uitgangspunten voor de berekeningen:		Monoliet instelling gesloten jeugdzorg (excl. onderwijs)	Kantoor (indien niet geïntegreerd)
oppervlakte per plaats (bruto)	[m ²]	90 - 106	*
gemiddelde verdiepingshoogte	[m ¹]	3,30	3,30
bouwtijd	[mnd]	12	12
directiekosten		14,0%	14,0%
rentekosten		n.v.t.	n.v.t.
programma- & bestekswijzigingen		4,0%	4,0%
loon- & prijsstijgingen		2,5%	2,5%
startkosten		1,5%	1,5%
Kosten per m ²			
bruto vloeroppervlak:			
0.0. GRONDKOSTEN		p.m.	p.m.
1.0. BOUWKOSTEN		1.747	1.421
2.0. BIJKOMENDE KOSTEN		44	36
3.0. INVENTARIS		n.v.t.	n.v.t.
4.0. DIRECTIEKOSTEN		245	199
5.0. RENTE tijdens de BOUW		n.v.t.	n.v.t.
6.1. programma- & bestekswijzigingen		81	66
6.2. loon- & prijsstijgingen		25	21
7.0. STARTKOSTEN		26	21
TOTALE INVESTERINGSKOSTEN		2.168	1.764

*) afhankelijk van de situatie

AANVULLENDE KOSTENKENGETALLEN PER BRUTO M² GEBOUW

Extra voorzieningen	bouwkosten	investeringskosten
- centrale keuken	2.999	3.722
- separeervoorziening	2.653	3.293
- inrichting nieuw instellingsterrein (excl. gebouwgebonden terreinvoorzieningen)	125	155

Ziekenhuizen

KOSTEN PER M² GEBOUW (inclusief 19% BTW) per 1 januari 2010
(exclusief grondkosten, inventariskosten en rentekosten)

Uitgangspunten voor de berekeningen:		Ziekenhuis
oppervlakte per bed (bruto)	[m ²]	*
gemiddelde verdiepingshoogte	[m]	3,75
bouwtijd	[mnd]	30 **
directiekosten		14,0%
rentekosten		n.v.t.
programma- & bestekswijzigingen		4,0%
loon- & prijsstijgingen		2,5%
startkosten		1,5%
Kosten per m ²		
bruto vloeroppervlakte:		
0.0. GRONDKOSTEN		p.m.
1.1. bouwkundige voorzieningen		1.129
1.2. werktuigbouwkundige voorzieningen		437
1.3. elektrotechnische voorzieningen		404
1.4. vaste inrichting		148
1.5. terreinvoorzieningen		62
1.0. BOUWKOSTEN		2.180
2.0. BIJKOMENDE KOSTEN		55
3.0. INVENTARIS		p.m.
4.0. DIRECTIEKOSTEN		305
5.0. RENTE tijdens de BOUW		n.v.t.
6.1. programma- & bestekswijzigingen		102
6.2. loon- & prijsstijgingen		79
7.0. STARTKOSTEN		33
TOTALE INVESTERINGSKOSTEN		2.754

Bij de ontwikkeling van plannen als richtlijn te hanteren parameters:

voorziening:	bouwtijd [mnd]	1.0 bouwkosten [per m ²]	investeringen [per m ²]
radiotherapeutisch centrum	18	2.621	3.272
revalidatiecentrum	19	1.942	2.427
klinisch astmacentrum	14	1.874	2.330
epilepsiecentrum	16	1.840	2.293

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

**) fasering

In de volgende tabel zijn met percentages ten opzichte van voorgaande kengetallen indicatief de gedifferentieerde richtbedragen per functiegroep aangegeven.

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

B Regiotoeslagen of -kortingen grondverwerving

Postcodecijfers	Toeslag grond-investering	Plaatsnamen: (niet uitputtend)
1000 - 1099	20%	Amsterdam
1100 - 1199	10%	Amsterdam, Volendam, Amstelveen
1200 - 1249	10%	Hilversum
1250 - 1299	10%	Laren, Huizen
1300 - 1359	0%	Almere
1360 - 1399	10%	Weesp
1400 - 1499	10%	Bussum, Uithoorn, Purmerend
1500 - 1599	10%	Zaandam, Wormerveer, Enkhuizen, Hoorn
1600 - 1699	0%	Enkhuizen, Hoorn
1700 - 1799	0%	Heerhugowaard, Schagen, Den Helder, Alkmaar
1800 - 1999	0%	Castricum, Beverwijk, IJmuiden
2000 - 2039	10%	Haarlem
2040 - 2219	10%	Heemstede, Hoofddorp, Lisse, Noordwijk
2220 - 2269	10%	Katwijk, Wassenaar, Voorschoten, Leidschendam
2270 - 2499	10%	Voorburg, Rijswijk, Leiden, Alphen a/d Rijn
2500 - 2599	20%	Den Haag
2600 - 2739	10%	Delft, Naaldwijk, Monster, Zoetermeer
2740 - 2799	10%	Waddinxveen
2800 - 2899	10%	Gouda
2900 - 2949	10%	Capelle, Krimpen
2950 - 2999	0%	Alblasserdam, Ridderkerk
3000 - 3099	20%	Rotterdam
3100 - 3239	10%	Schiedam, Vlaardingen, Maassluis, Spijkenisse
3240 - 3259	0%	Middelharnis
3260 - 3399	10%	Oud-Beijerland, Dordrecht, Zwijndrecht, Papendrecht
3400 - 3499	10%	IJsselstein, Nieuwegein, Woerden
3500 - 3599	20%	Utrecht
3600 - 3699	10%	Maarssen
3700 - 3769	10%	Zeist, Bilthoven, Baarn, Soest
3770 - 3799	0%	Barneveld
3800 - 3839	10%	Amersfoort
3840 - 3899	0%	Harderwijk, Nijkerk
3900 - 3989	0%	Veenendaal, Doorn, Driebergen
3990 - 3999	10%	Houten
4000 - 4119	0%	Tiel, Culemborg
4120 - 4199	0%	Leerdam
4200 - 4299	0%	Gorinchem
4300 - 4329	-10%	Zierikzee
4330 - 4399	0%	Middelburg, Vlissingen
4400 - 4499	-10%	Goes

Postcodecijfers	Toeslag grond-investering	Plaatsnamen: (niet uitputtend)
4500 - 4599	-10%	Oostburg, Terneuzen, Hulst
4600 - 4799	0%	Bergen op Zoom, Roosendaal
4800 - 4839	10%	Breda
4840 - 4999	0%	Breda, Oosterhout
5000 - 5059	10%	Tilburg
5060 - 5199	0%	Tilburg, Waalwijk
5200 - 5239	10%	Den Bosch
5240 - 5599	0%	Den Bosch
5600 - 5659	10%	Eindhoven
5660 - 5799	0%	Eindhoven, Helmond, Deurne
5800 - 5899	-10%	Venray
5900 - 5929	0%	Venlo
5930 - 6039	-10%	Weert
6040 - 6049	-10%	Roermond
6050 - 6199	-20%	Sittard, Geleen
6200 - 6229	10%	Maastricht
6230 - 6439	0%	Maastricht, Heerlen
6440 - 6499	-10%	Brunssum, Kerkrade
6500 - 6559	10%	Nijmegen
6560 - 6799	0%	Wijchen, Elst, Ede, Wageningen
6800 - 6859	10%	Arnhem
6860 - 6899	0%	Arnhem, Velp
6900 - 7299	-10%	Zevenaar, Dieren, Doetinchem, Winterswijk, Zutphen
7300 - 7339	0%	Apeldoorn
7340 - 7399	-10%	Apeldoorn
7400 - 7439	0%	Deventer
7440 - 7499	-10%	Nijverdal, Goor
7500 - 7619	0%	Enschede, Hengelo, Oldenzaal, Almelo
7620 - 7799	-10%	Vriezenveen, Dedemsvaart, Coevorden
7800 - 7879	-10%	Emmen
7880 - 7999	-20%	Emmen, Hoogeveen, Meppel
8000 - 8069	0%	Zwolle
8070 - 8199	-10%	Nunspeet, Raalte, Epe
8200 - 8249	-10%	Lelystad
8250 - 8439	-20%	Kampen, Emmeloord, Steenwijk, Gorredijk
8440 - 8899	-20%	Heerenveen, Joure, Sneek, Bolsward, Franeker
8900 - 8999	-10%	Leeuwarden
9000 - 9299	-20%	Leeuwarden, Dokkum, Drachten, Bergum
9300 - 9409	-10%	Roden, Assen
9410 - 9699	-20%	Assen, Stadskanaal, Hoogeveen, Veendam, Winschoten
9700 - 9799	0%	Groningen
9800 - 9999	-20%	Groningen, Appingedam, Winsum

C Indexcijfers

In deze bijlage worden de drie indexen behandeld die worden gebruikt bij de vaststelling van de Gezondheidszorgindex. De CBS-index is daarbij buiten beschouwing gelaten, omdat deze reeks vanaf medio 1999 is stopgezet en hiervoor nog geen bruikbaar alternatief beschikbaar is.

C.1 BDB-index

De indexcijfers van het Bureau Documentatie Bouwwezen (BDB) hebben betrekking op een eengezinshuis in een complex van 40 huizen in de gesubsidieerde sector. Men neemt aan dat dit woningcomplex een goede afspiegeling vormt van wat in Nederland aan gebouwen tot stand komt.

De oorspronkelijke aanneemsom van deze woning is aan de hand van de begroting verdeeld in een materialenpakket en een loonpakket. Door maandelijks beide pakketten opnieuw te prijzen aan de hand van de geldende prijzen van bouwmaterialen en loonkosten, ontstaat een nieuwe aanneemsom. Door de nieuwe aanneemsom te delen door de aanneemsom uit het basisjaar, ontstaat een nieuw indexcijfer.

Het BDB-indexcijfer is een zogenaamd input-indexcijfer, dat wil zeggen dat gewerkt wordt met een vaststaand pakket van hoeveelheden materiaal, manuren en indirecte kosten. Dit betekent dat wijzigingen in hoeveelheden, arbeidsproductiviteit en winstvoet niet doorwerken in deze indexcijfers.

Het basisjaar van de in de Gezondheidszorgindex opgenomen BDB-woningbouwreeks is inmiddels een aantal keren verlegd. De eerste reeks kende het basisjaar van 1980 = 100, daarna volgde 1990 = 100 als basisjaar. Met ingang van januari 2003 wordt de BDB-woningbouwreeks (aanneemsom inclusief BTW) met als basis januari 2003 = 100 gehanteerd. Momenteel worden naast de zogenaamde woningbouwindex door het Bureau Documentatie Bouwwezen nog meer reeksen gepubliceerd, waaronder de indexen voor kantoor- en bedrijfsgebouwen. Deze reeksen zijn evenwel niet betrokken bij de berekening van de Gezondheidszorgindex.

C.2 MBK/woningbouw, kantoorgebouw en bedrijfsgebouw-index

De MBK-indexcijfers bouwkosten woningbouw, kantoorgebouwen en bedrijfsgebouwen van Reed Business Kosteninformatie Bouw & Infra hebben betrekking op referentieprojecten die kwalitatief en technisch voldoen aan de eisen van begin 2005. De indexcijfers zijn gebaseerd op de standaardbegroting van een referentieproject in de woningbouw.

De MBK/w-, k-, en b-indexcijfers zijn input-indexcijfers. Dit betekent dat geen rekening wordt gehouden met wijzigingen in bouwregelgeving, kwaliteitseisen en de marktsituatie.

In het MBK-indexcijfer woningbouw zijn alleen de kosten begrepen die direct samenhangen met het bouwen en installeren van een woning.

Reed Business geeft voor dit indexcijfer een onderverdeling naar loonkosten, materiaalkosten en kosten onderaannemer. Aan de hand van deze afzonderlijke ontwikkelingen is het totaalindexcijfer opgebouwd.

Het basisjaar van de in de Gezondheidszorgindex opgenomen MBK-indexreeksen is inmiddels een aantal keren verlegd. De eerste reeks kende het basisjaar van 1985 = 100, daarna volgde 1997 = 100 als basisjaar. Met ingang van augustus 2005 worden de MBK-reeksen (aanneemsom inclusief BTW) met als basis januari 2005 = 100

gehanteerd. Inmiddels publiceert Reed Business vanaf december 2005 een MBK-reeks voor verpleeghuizen met basis 2005 = 100. Deze reeks volgt op dit moment nagenoeg de MBK-reeks voor kantoorgebouwen. Bezien zal worden of de MBK-reeks verpleeghuizen op termijn kan worden betrokken bij de berekening van de Gezondheidszorgindex.

C.3 MBK/utiliteits-index

De MBK-indexcijfers utiliteitsbouw van Reed Business Kosteninformatie Bouw & Infra zijn het resultaat van het samenvoegen van afzonderlijke indexcijfers voor kantoorgebouwen en bedrijfsgebouwen.

De tot in de *Bouwkostennota* 1996 gehanteerde MBK-utiliteitsbouwindex is komen te vervallen en vervangen door twee andere reeksen:

- MBK-bedrijfsgebouwen;
- MBK-kantoorgebouwen.

De samenstelling is gebaseerd op een wegingsfactor 1 : 1.

C.4 Indexcijfers

De Gezondheidszorgindex, thans met basis 2001 = 100, wordt hierna in tabelvorm weergegeven voor de periode 1998 tot heden.

Het overzicht van de indexcijfers wordt periodiek geactualiseerd. Het meest actuele overzicht is te vinden op het Kennisplein van het Centrum Zorg en Bouw. De reeks tot en met april 2010 kan daarbij als definitief worden beschouwd.

N.B. Met ingang van 1 januari 2001 is het basisjaar verlegd van 1984=100 naar 2001=100.

jaar	excl.	incl.	jaar	excl.	incl.	jaar	excl.	incl.	jaar	excl.	incl.
9801	92,2	91,0	0201	106,3	106,3	0601	116,5	116,5	1001	130,8	130,8
9802	92,3	91,1	0202	106,5	106,5	0602	116,8	116,8	1002	130,8	130,8
9803	92,4	91,2	0203	106,6	106,6	0603	117,6	117,6	1003	131,0	131,0
9804	92,7	91,5	0204	106,9	106,9	0604	118,0	118,0	1004	131,5	131,5
9805	92,9	91,7	0205	107,0	107,0	0605	118,3	118,3	1005		
9806	93,1	91,9	0206	107,3	107,3	0606	118,4	118,4	1006		
9807	93,5	92,3	0207	107,8	107,8	0607	118,9	118,9	1007		
9808	93,5	92,3	0208	107,9	107,9	0608	119,1	119,1	1008		
9809	93,7	92,5	0209	107,9	107,9	0609	119,6	119,6	1009		
9810	94,0	92,8	0210	107,9	107,9	0610	119,6	119,6	1010		
9811	94,0	92,8	0211	107,9	107,9	0611	119,9	119,9	1011		
9812	93,9	92,8	0212	107,9	107,9	0612	119,9	119,9	1012		
9901	94,6	93,4	0301	108,7	108,7	0701	120,8	120,8	1101		
9902	94,6	93,4	0302	108,9	108,9	0702	121,4	121,4	1102		
9903	94,8	93,6	0303	109,4	109,4	0703	122,2	122,2	1103		
9904	95,5	94,3	0304	109,5	109,5	0704	123,2	123,2	1104		
9905	95,7	94,4	0305	109,8	109,8	0705	123,5	123,5	1105		
9906	95,6	94,4	0306	109,9	109,9	0706	123,5	123,5	1106		
9907	96,1	94,9	0307	110,4	110,4	0707	124,2	124,2	1107		
9908	96,1	94,9	0308	110,5	110,5	0708	124,2	124,2	1108		
9909	96,1	94,9	0309	110,5	110,5	0709	124,3	124,3	1109		
9910	96,3	95,1	0310	110,6	110,6	0710	124,3	124,3	1110		
9911	96,4	95,2	0311	110,6	110,6	0711	124,3	124,3	1111		
9912	96,4	95,2	0312	110,6	110,6	0712	124,2	124,2	1112		
0001	97,3	96,1	0401	111,3	111,3	0801	125,1	125,1	1201		
0002	97,4	96,2	0402	111,7	111,7	0802	125,6	125,6	1202		
0003	97,7	96,4	0403	111,8	111,8	0803	126,2	126,2	1203		
0004	98,0	96,8	0404	112,2	112,2	0804	126,8	126,8	1204		
0005	98,2	96,9	0405	113,3	113,3	0805	127,9	127,9	1205		
0006	98,2	97,0	0406	113,6	113,6	0806	128,1	128,1	1206		
0007	98,6	97,3	0407	113,6	113,6	0807	128,8	128,8	1207		
0008	98,9	97,6	0408	113,7	113,7	0808	129,3	129,3	1208		
0009	98,9	97,6	0409	113,7	113,7	0809	129,4	129,4	1209		
0010	98,9	97,7	0410	113,9	113,9	0810	129,1	129,1	1210		
0011	99,0	97,7	0411	114,1	114,1	0811	129,1	129,1	1211		
0012	99,0	97,7	0412	114,1	114,1	0812	129,2	129,2	1212		
0101	100,0	100,0	0501	113,9	113,9	0901	129,9	129,9	1301		
0102	100,1	100,1	0502	114,0	114,0	0902	129,8	129,8	1302		
0103	100,7	100,7	0503	114,2	114,2	0903	129,8	129,8	1303		
0104	101,8	101,8	0504	114,3	114,3	0904	129,6	129,6	1304		
0105	102,6	102,6	0505	114,6	114,6	0905	129,5	129,5	1305		
0106	103,0	103,0	0506	114,6	114,6	0906	129,4	129,4	1306		
0107	104,4	104,4	0507	115,6	115,6	0907	129,5	129,5	1307		
0108	104,6	104,6	0508	115,7	115,7	0908	129,8	129,8	1308		
0109	104,6	104,6	0509	115,9	115,9	0909	129,9	129,9	1309		
0110	104,8	104,8	0510	116,3	116,3	0910	130,1	130,1	1310		
0111	105,0	105,0	0511	116,3	116,3	0911	130,1	130,1	1311		
0112	105,0	105,0	0512	116,4	116,4	0912	130,2	130,2	1312		

Zoals hierboven reeds is aangegeven is het basisjaar van de gezondheidszorgindex verlegd naar januari 2001=100.

Hiertoe is de oude gezondheidszorgindex (met basis 1984=100) herberekend door de oude reeks te delen met de deelfactor 1,527 (afgerond).

Met ingang van 1 januari 2001 wordt de gezondheidszorgindex berekend op basis van het gewogen gemiddelde van:

2 * BDB, 2 * MBK/w en 5 * MBK/(b en k) index.

De BDB/w cijferreeks met basis 2003=100 is herberekend naar basis 2001=100. De BDB/w cijferreeks met basis 2003=100 is herberekend naar basis 2001=100.

De MBK cijferreeksen met basis 2005=100 zijn herberekend naar basis 2001=100.

N.b. Kleine wijzigingen voorbehouden.

D Afkortingenlijst

AmvB	Algemene maatregel van Bestuur
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BDB	Bureau Documentatie Bouwwezen
BVO	Bruto Vloeroppervlakte
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Planbureau
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EIB	Economisch Instituut voor de Bouwnijverheid
EPC	Energie Prestatie Coëfficiënt
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FVA	Forensische Verslavingsafdeling
FBK	Forensische Verslavingskliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHZ	Gehandicaptenzorg
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
KIB	Kliniek voor Intensieve Behandeling
LCC	Life Cycle Costs (levenscycluskosten)
LG	Lichamelijk Gehandicapten
MBK	Misset Bouw Kosten
MCG	Meervoudig Complex Gehandicapten
MKD	Medisch Kinderdagverblijf
NCW	Netto Contante Waarde
NHC	Normatieve Huisvestingscomponent
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
RGC	Regionaal Geestelijke gezondheidszorg Centrum
RIBW	Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen
SGLVG	Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten
SKOR	Stichting Kunst en Openbare Ruimte
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
VRM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
VVO	Verhuurbare Vloeroppervlakte
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&V	Verpleging en Verzorging
Wabo	Wet algemene bepalingen omgevingsrecht
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WWI	Wonen, Wijken en Integratie
ZZP	Zorgzwaartepakket