

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Gedurende ruim drie decennia heeft de Nederlandse gezondheidszorg in het teken gestaan van kostenbeheersing en aanbodregulering. Vooral de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vormde voor de overheid een belangrijk instrument om aan de ene kant de groei van zorguitgaven te remmen, en aan de andere kant het aantal en de spreiding van intramurale instellingen te beheersen (Boot & Knapen 2001). Al enkele jaren is duidelijk dat dit systeem van aanbodsturing niet meer aansluit bij de huidige behoeften van klanten en patiënten en tracht de overheid door een stelsel van wetswijzigingen een meer vraaggestuurd zorgstelsel te realiseren (VWS 2005b). Met de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) per 1 januari 2006 is voor zorgaanbieders een belangrijke stap tot deregulering genomen (VWS 2005a). Op grond van de WTZi zal de zorgaanbieder zelf kunnen bepalen wat en wanneer er wordt gebouwd en hoe het ziekenhuisvastgoed wordt vormgegeven. Tegenover deze vrijheid staat echter ook de verantwoordelijkheid. De bekostigingssystematiek verandert van een gegarandeerde vergoeding voor kapitaallasten op basis van een vergunning, naar een normatieve opslag op de integrale kostprijs van behandelingen (Diagnose Behandeling Combinaties). Dit betekent dat ziekenhuizen voor de financiering van hun vastgoed afhankelijk worden van de productie die zij realiseren, wat mede door de afschaffing van de contracteerplicht voor zorgverzekeraars een flinke toename van het ondernemersrisico inhoudt (VWS 2005b). Het is immers onzeker of zorgverzekeraars in de toekomst nog wel bereid zijn dezelfde zorgproducten van een ziekenhuis af te nemen, indien zij keuze hebben uit meerdere zorgaanbieders, waaronder wellicht nieuwe toetreders (Fritzsche, Hoepel, Kaper & Van Ommeren 2004). En overtollige capaciteit betekent dat tegenover dezelfde kapitaallasten geen inkomsten staan, wat de concurrentiepositie van een ziekenhuis kan verslechteren. Want om de financiële situatie te verbeteren dienen instellingen ofwel hogere prijzen voor DBC's aan de zorgverzekeraar door te berekenen ofwel op andere organisatieonderdelen te bezuinigen.

De bestaanszekerheid van ziekenhuizen die uitgaat van een risicoloze nacalculatie van kapitaallasten, biedt instellingen weinig prikkels om doelmatig met vastgoed om te gaan, initiële kosten af te zetten tegen exploitatiekosten of investeringsbeslissingen vanuit een bedrijfseconomisch perspectief te bezien. Ziekenhuisvastgoed is derhalve voor de meeste ziekenhuizen nog steeds geen onderwerp dat hoog op de strategische agenda staat (Danan, Kriek & Te Selle 2002; Fritzsche et al. 2004). Nu de onderlinge concurrentie toeneemt zullen ziekenhuizen zich echter de vraag moeten stellen op welke wijze zij zich kunnen onderscheiden van andere instellingen. In het bijzonder met betrekking tot de toegevoegde waarde die het ziekenhuis met de levering van haar producten en diensten kan creëren voor de zorgconsument. Vastgoed kan vanuit het gegeven dat zij de fysieke context vormt waarin het 'zorgproduct' wordt geleverd, hierin een belangrijke rol spelen (Roulac 1999). Hoewel de betekenis van vastgoed vaak wordt gevonden in het kapitaalbeslag dat ermee gemoeid is en de consequenties voor de lange termijn, ontstaat er meer bewustzijn voor de indirecte effecten van de fysieke omgeving op kwaliteitsbeleving en welbevinden van medewerkers en klanten (Krumm & De Vries 2003). Vastgoed is vanuit deze optiek niet alleen van belang als financiële bezitting, maar vooral als strategisch productiemiddel naast kapitaal, mensen, technologie en kennis (Joroff, Lovergand, Lambert & Becker 1993). Voor ziekenhuizen zal de prijs/prestatieverhouding van vastgoed een belangrijke rol gaan spelen in de strijd om te overleven in een situatie van gereguleerde marktwerking. Daarbij wordt er dus niet primair vanuit een kostenperspectief geredeneerd, maar vanuit de vraag: "Hoe creëren wij zoveel mogelijk waarde voor patiënten, medewerkers en andere stakeholders door middel van de vormgeving, de indeling, situering en uitstraling van onze gebouwen?" Voor een

dergelijke benadering zal de plaats van de vastgoedfunctie in ziekenhuizen wel moeten veranderen. Er zal een verschuiving plaats moeten vinden van een overwegend tactisch-operationele aanpak naar een strategische benadering van ziekenhuisvastgoed. Alleen dan is het mogelijk de kansen te benutten die de omslag naar een vraaggestuurd stelsel aan ziekenhuizen biedt.

Dit onderzoek houdt zich bezig met de vraag *wat* deze toegevoegde waarde precies inhoudt en *hoe* ziekenhuizen deze kunnen realiseren teneinde een goede concurrentiepositie te verwerven. Vanuit de doelstelling te komen tot aanbevelingen aan ziekenhuisdirecties voor de ontwikkeling en vormgeving van strategisch vastgoedmanagement, zal de toegevoegde waarde van vastgoed zowel vanuit de theorie worden benaderd als door middel van een veldonderzoek bij relevante marktpartijen.

1.2 Afbakening onderzoek

Deze studie beperkt zich tot Nederlandse algemene ziekenhuizen die in de nabije toekomst nieuwbouw zullen plegen, maar wel de gelegenheid hebben gehad op grond van de wijzigingen die uit de WTZi voortvloeien, hun bouwplannen aan te passen. Om de bijdrage van vastgoed voor het functioneren van de organisatie inzichtelijk te maken, wordt gebruik gemaakt van de concepten uit Corporate Real Estate Management (CREM), een vakgebied dat ondernemingsvastgoed als strategisch productiemiddel benadert, en een strategisch managementmodel, de Balanced Scorecard (Kaplan & Norton 2004b). De BSC vormt een hulpmiddel om de consequenties van vastgoedstrategieën vanuit verschillende invalshoeken te benaderen en afstemming op de integrale strategie te optimaliseren. Dit onderzoek richt zich dan ook uitsluitend op het strategisch niveau. De doorvertaling van vastgoedstrategieën naar operationele vastgoedbeslissingen valt buiten dit onderzoek, evenals vraagstukken met betrekking tot de implementatie.

1.3 Probleemstelling

Op basis van de doelstelling zoals in paragraaf 1.1 omschreven, is de probleemstelling als volgt geformuleerd:

“Wat betekent een systeemwijziging van aanbodsturing naar (gereguleerde) marktwerking voor strategisch vastgoedmanagement van ziekenhuizen?”

Onder de ‘systeemwijziging van aanbodsturing naar (gereguleerde) marktwerking’ wordt in deze studie de verandering begrepen van een garantiebekostiging naar een volledige verantwoordelijkheid voor kapitaallasten door ziekenhuizen. Dit wil zeggen dat de normatieve vergoeding, de Normatieve Kapitaallasten Component (NKC), in de DBC-prijzen is opgenomen en ziekenhuizen volledig risicodragend zijn voor schommelingen in de afzet.

Om de centrale probleemstelling van deze studie te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Welke veranderingen vinden plaats in de wettelijke context van ziekenhuisvastgoed?
2. Welke maatschappelijke en innovatieve ontwikkelingen zijn van invloed op overwegingen met betrekking tot het ontwerp en de inrichting van ziekenhuisvastgoed?
3. Wat is de basis van concurrentievoordeel en welke strategieën kunnen ziekenhuizen hiervoor aanwenden?
4. Wat is strategisch vastgoedmanagement en hoe wordt dit binnen CREM vormgegeven?
5. Wat is de toegevoegde waarde van ondernemingsvastgoed en hoe kan deze worden benut?
6. Hoe wordt de toegevoegde waarde van ziekenhuisvastgoed beoordeeld?
7. Welke gevolgen heeft de toenemende marktwerking in de ziekenhuissector op de financiering van ziekenhuisvastgoed?
8. Op welke wijze anticiperen ziekenhuizen op de toenemende marktwerking en de gevolgen voor de financierbaarheid van hun vastgoed?

1.4 Relevantie onderzoek

Het relatief jonge vakgebied Corporate Real Estate Management (CREM) vormt een belangrijk fundament van dit onderzoek. Onderzoek met betrekking tot dit vakgebied heeft zich tot nu toe voornamelijk geconcentreerd op ondernemingen uit het bedrijfsleven en op de rijksoverheid (Van Hemmen 2005; Kooman 2006). Omdat strategisch vastgoedmanagement zich bij ziekenhuizen als gevolg van de budgetsystematiek en het ontbreken van prikkels voor doelmatig huisvestingsbeheer nauwelijks heeft ontwikkeld, is onderzoek naar CREM bij zorginstellingen schaars. De studies van Soebiantono (2004) en Van Hasselt (2005) vormen twee uitzonderingen die met betrekking tot de positionering van dit onderzoek de aandacht verdienen.

Soebiantono (2004) heeft voor algemene ziekenhuizen een procesmodel ontwikkeld voor het formuleren van een vastgoedstrategie. Overeenkomsten met deze studie liggen in het feit dat genoemde auteur ook een kwalitatieve onderzoeksopzet gebruikt en de doelstelling heeft ziekenhuizen handvatten te verstrekken voor het ontwikkelen van strategisch vastgoedbeleid. De verschillende vormen van toegevoegde waarde die vastgoed het primaire proces en de organisatie kan bieden, komen echter in beperkte mate naar voren. Van Hasselt (2005) gebruikt deze elementen van toegevoegde waarde daarentegen wel in haar onderzoek naar de ontwikkeling van een CREM-thermometer. Zij beschrijft per element de vijf fasen die de vastgoedstrategie moet doormaken wil er sprake zijn van strategisch beleidsvorming. Van Hasselt (2005) heeft zich in tegenstelling tot dit onderzoek op respondenten gericht die op tactisch niveau functioneren. Bovendien biedt deze studie een belangrijke meerwaarde met betrekking tot het *inzichtelijk maken* van de bijdrage van ziekenhuisvastgoed en het bieden van een hulpmiddel om de *afstemming* op de integrale organisatiestrategie zeker te stellen. Het combineren van theoretische concepten uit het vakgebied CREM en de Balanced Scorecard als strategisch model, maakt dit mogelijk.

Net als genoemde studies wordt met dit onderzoek getracht ziekenhuisdirecties bewust te maken van het belang van strategisch vastgoedbeleid. Door instellingen³ te informeren over de manier waarop ziekenhuisvastgoed als strategisch bedrijfsmiddel zowel het primaire proces kan ondersteunen als de financiële performance kan verbeteren, biedt dit niet alleen de organisaties zelf mogelijkheden voor het verwerven van concurrentievoordeel. Ook de kwaliteit van zorg voor patiënten en arbeidsbeleving van medewerkers kan er positief door worden beïnvloed.

³Voor zover het een organisatie in de zorgsector betreft, worden in dit onderzoek de termen 'zorgaanbieder', 'zorgorganisatie' en 'zorginstelling' door elkaar gebruikt. Als het specifiek gaat om een organisatie in de marktsector, wordt deze met 'onderneming' aangeduid.

1.5 Leeswijzer

Dit onderzoeksverslag bestaat uit acht hoofdstukken. In het tweede hoofdstuk komen de methoden van onderzoek aan de orde, waarna de omschrijving van de wettelijke en maatschappelijke context van ziekenhuisvastgoed volgt in hoofdstuk 3. Het theoretisch kader omvat twee hoofdstukken. Hierin zal strategie eerst vanuit een breed perspectief worden behandeld, waarna via het vakgebied CREM naar afgebakende vastgoedstrategieën voor ziekenhuizen zal worden toegewerkt. Strategie vormt derhalve de kern van het vierde hoofdstuk en CREM staat centraal in het vijfde hoofdstuk. In hoofdstuk 6 komen de concurrentiestrategie en vastgoedstrategieën samen en wordt inzichtelijk gemaakt hoe de wederzijdse afstemming kan worden geoptimaliseerd. Deze opzet vormt het kader waarbinnen de resultaten in hoofdstuk 7 worden gepresenteerd, waarna in hoofdstuk 8 de conclusie, discussie en aanbevelingen volgen.

Hoofdstuk 2 Methoden van onderzoek

2.1 Inleiding

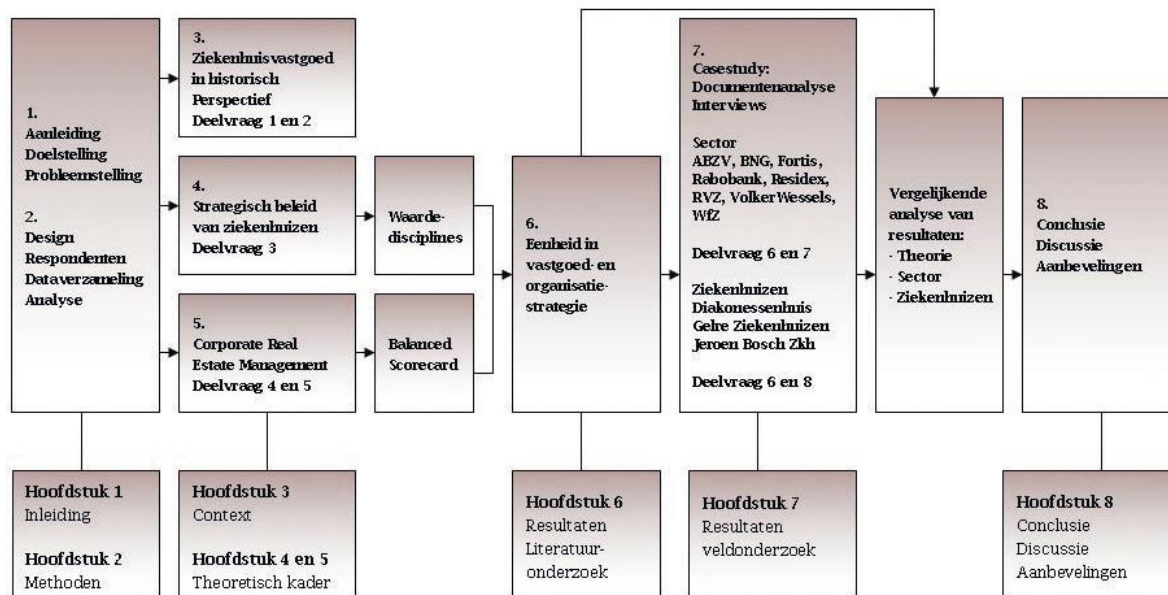
In dit hoofdstuk zullen de gebruikte methoden van onderzoek worden beschreven. Het onderzoeksdesign komt aan de orde in paragraaf 2.2, waarin eveneens de onderzoeksopzet grafisch wordt weergegeven. Kort wordt vermeld hoe het onderzoek is opgebouwd en welke onderwerpen voor de beantwoording van de onderzoeksvraag zullen worden behandeld. Op de keuze van onderzoekseenheden en respondenten wordt ingegaan in paragraaf 2.3, waarna de wijze van dataverzameling en data-analyse volgt in 2.4. In de op één na laatste paragraaf wordt de validiteit en betrouwbaarheid van de studie belicht, om te besluiten met een samenvatting in 2.6.

2.2 Onderzoeksdesign

Als onderzoeksbenadering is gekozen voor kwalitatief onderzoek in de vorm van een meervoudige gevalstudie (casestudy). Een belangrijke reden hiervoor ligt in het feit dat strategisch vastgoedmanagement als vakgebied binnen Nederlandse ziekenhuizen nog beperkt ontwikkeld is. Bovendien heeft dit onderzoek plaatsgevonden in een periode waarin mogelijk verdere invulling zou worden gegeven aan het kader dat door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is geschapen, wat de visie van respondenten zou kunnen beïnvloeden. Om flexibel in te kunnen spelen op deze ontwikkelingen is een kwalitatieve onderzoeksbenadering het meest passend (Maso & Smaling 1998).

Het gebruik van de gevalstudie als methodiek biedt bovendien de mogelijkheid om de onderzoekssituatie als een samenhangend geheel te bekijken en het unieke van de context inzichtelijk te maken (Baarda & De Goede 2005). De wijze waarop vastgoedmanagement invulling krijgt, kan bijvoorbeeld niet los worden gezien van de positionering van de vastgoedfunctie, de visie van het management op de toegevoegde waarde van vastgoed, de verhouding met de medische staf en de afstemming tussen strategisch vastgoedbeleid en organisatiestrategie. Hierbij is met name de toepassingsgerichte gevalstudie uitgangspunt geweest, omdat het zoeken naar inzichten die in de praktijk kunnen worden toegepast (Segers & Hutjes 1999), het beste aansluit bij de doelstelling van deze studie.

Dit onderzoek heeft zowel een beschrijvend als een explorerend karakter. Onderstaande figuur geeft de opzet van het onderzoek schematisch weer (figuur 1).



Figuur 1 Onderzoeksopzet

De context waarbinnen ziekenhuisvastgoed wordt gefinancierd, vormgegeven en ingericht, wordt beschreven in hoofdstuk 3. Dit vormt de basis voor de beantwoording van de eerste twee deelvragen. Daarna volgt de theoretische onderbouwing van het onderzoek in hoofdstuk 4 en 5. In het eerstgenoemde hoofdstuk wordt vanuit twee verschillende benaderingen voor de basis van concurrentievoordeel, toegewerkt naar een voor de zorgsector geschikte concurrentiestrategie, de Waardedisciplines van Treacy en Wiersema (1995). Een omschrijving van de kernprincipes van Corporate Real Estate Management en de toegevoegde waarde die ondernemingsvastgoed de organisatie kan bieden, volgt in hoofdstuk 5. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de Balanced Scorecard van Kaplan en Norton (2004b). Deze hoofdstukken bieden samen het antwoord op de deelvragen 3 t/m 5.

Hoofdstuk 6 vormt het verbindingsstuk tussen de theorie en de praktijk. De integratie van strategisch beleid en vastgoedmanagement van ziekenhuizen schept het kader waarbinnen de resultaten van onderzoek in hoofdstuk 7 kunnen worden gepresenteerd. Nadat de deelvragen 6 t/m 8 door de uitkomsten van het veldonderzoek zijn beantwoord, worden de theorie, het perspectief van de sector en dat van de ziekenhuizen in een vergelijkende analyse betrokken en kan de probleemstelling worden beantwoord. De conclusie, discussie en aanbevelingen sluiten het geheel af in hoofdstuk 8.

2.3 Keuze van onderzoekseenheden en respondenten

2.3.1 Selectie van onderzoekseenheden

Vanwege de beperkte aanwezigheid van onderzoek naar strategisch vastgoedmanagement in ziekenhuizen en ziekenhuisvastgoed op zichzelf, is in deze studie gezocht naar een groep onderzoekseenheden die op basis van hun relatie met de gezondheidszorg, een 'sectorbreed' perspectief zouden kunnen geven (doelgerichte selectie). Op deze manier zou een vergelijkende analyse kunnen plaatsvinden van de resultaten uit literatuuronderzoek, het perspectief van de 'sector' en het perspectief van de ziekenhuizen zelf.

Hoewel in de onderzoeksopzet is uitgegaan van een ‘sector’ perspectief dat uitsluitend op financiers was gebaseerd om het onderzoek voldoende te kunnen afbakenen, bleek na een eerste analyse van de interviews dat deze financiële invalshoek onvoldoende relevant onderzoeksmateriaal bood om volledig aan de doelstelling van het onderzoek tegemoet te komen. Derhalve is ervoor gekozen het aantal respondenten van het ‘sectorbrede’ perspectief uit te breiden en waar mogelijk maximale variatie in kenmerken aan te brengen. Het theoretisch kader is in lijn hiermee verruimd van een financieel perspectief naar een organisatiebreed perspectief op (de toegevoegde waarde van) vastgoed en de deelvragen zijn op grond van opgedane inzichten aangepast. Deze cyclus van reflectie, waarneming en analyse is op zich kenmerkend voor kwalitatief onderzoek (Wester & Peters 2004:27-28). Reflectie op de bevindingen kan volgens Maso en Smaling (1998) tot nieuwe formuleringen leiden van zowel deelvragen, gebruikte topics als het theoretisch kader. Dit betekent wel dat bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten van het sectorbrede perspectief, rekening gehouden moeten worden met een oververtegenwoordiging van onderzoekseenheden met een financiële oriëntatie.

Het ‘sectorbrede’ perspectief

Voor een goede oriëntatie op het institutionele kader en de ontwikkelingen op macro-economisch niveau die van invloed zouden kunnen zijn op de wijze waarop met ziekenhuisvastgoed wordt omgegaan, zijn het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) benaderd voor interviews. Daarnaast is een meervoudige gevalstudie uitgevoerd bij verschillende onderzoekseenheden uit de marktsector. Deze zijn geselecteerd op basis van recente betrokkenheid bij activiteiten rondom ziekenhuisvastgoed. Vanwege de sturing die van wet- en regelgeving uitgaat als het gaat om ziekenhuisgebouwen en de daaraan verbonden activiteiten, was de keuze van onderzoekseenheden op basis van dit criterium beperkt. Uiteindelijk is gekozen voor drie banken (BNG, Fortis en Rabobank), een investeringsmaatschappij (Residex), een bouwbedrijf (VolkerWessels) en een adviesbureau in zorgvastgoed (ABZV).

Ziekenhuisvastgoed wordt op dit moment vrijwel geheel op basis van bancaire leningen gefinancierd en banken zijn derhalve als één van de weinige marktpartijen direct bij ziekenhuizen betrokken. BNG, Fortis en Rabobank hebben samen een marktaandeel in de zorgsector van ruim 80%. In plaats van ING als derde grote speler in de zorgsector te interviewen, is BNG benaderd, omdat een bank met een sterk maatschappelijk belang mogelijk andere overwegingen heeft bij kredietverstrekking aan ziekenhuizen. Voor wat de overige onderzoekseenheden betreft is zoals eerder gemeld, gezocht naar variatie in achtergrond om het explorerende karakter van het onderzoek recht te kunnen doen. Residex is geselecteerd om de invalshoek van een verschaffer van *risicodragend* kapitaal in het onderzoek mee te kunnen nemen, terwijl VolkerWessels door de ruime ervaring in publiekprivate samenwerking aan een brede visie op vastgoedmanagement van ziekenhuizen zou kunnen bijdragen. Het bouwbedrijf heeft enkele jaren geleden de gezondheidszorg tot speerpunt benoemd. ABZV biedt tot slot weer een aanvullend perspectief, als adviesbureau dat op het snijpunt tussen ziekenhuizen, overheidsinstanties en marktpartijen functioneert.

Ziekenhuizen

Dit onderzoek heeft zich uitsluitend gericht op grote algemene ziekenhuizen met minimaal twee locaties en nieuwbouwplannen in een vergevorderd stadium. Hoewel bij een kwalitatief onderzoek met een explorerend karakter veelal naar afwijkende gevallen wordt gezocht (Wester & Peters 2004:37), is gekozen de variatie tussen de betrokken ziekenhuizen beperkt te houden. Twee belangrijke redenen om alleen ziekenhuizen met nieuwbouwplannen in het onderzoek te betrekken liggen in de vergoeding van

kapitaallasten en in de mogelijkheid om datatriangulatie toe te passen en als zodanig de validiteit van het onderzoek te verhogen.

Ziekenhuizen zonder bouw- of renovatieplannen hebben de komende jaren minder vaak te maken met tekorten ten opzichte van de genormeerde vergoeding voor kapitaallasten (NKC), wat invloed zou kunnen hebben op het gevoerde vastgoedbeleid. Anderzijds biedt de selectie van ziekenhuizen met nieuwbouwplannen de mogelijkheid de toegevoegde waarde van vastgoed zoals deze door de ziekenhuizen in de interviews is beschreven, te toetsen aan de in documenten vastgelegde bouwplannen.

Op basis van deze selectie zijn de volgende ziekenhuizen onderzocht om tot een zo volledig mogelijke beantwoording van de probleemstelling te komen.

Ziekenhuizen	Aantal bedden	Omzet In mln	Aantal FTE's	Buitenpoli's
Diakonessenhuis, Utrecht en Zeist	627	128	1.614	Doorn
Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn en Zutphen	985	179	2.150	Lochem
Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch (3 locaties), Boxtel	1120	226	2.783	Zaltbommel

De onderzoekseenheden die in deze paragraaf aan de orde gekomen zijn, worden in hoofdstuk 7 uitgebreid beschreven.

2.3.2 Selectie van respondenten

Binnen de ondernemingen die het sectorbrede perspectief vertegenwoordigen is gezocht naar personen die betrokken zijn geweest bij financiering, transacties of samenwerkingsverbanden met betrekking tot ziekenhuisvastgoed en als zodanig de expertise en beslissingsbevoegdheid bezitten. Bij BNG, Fortis en Rabo zijn de interviews afgenomen bij de directeur of commercieel manager Gezondheidszorg, bij Residex betrof dit de directeur Investerings. Daarnaast is gesproken met de voorzitter van de Raad van Bestuur van VolkerWessels en de Algemeen directeur van ABZV.

Bij de onderzochte ziekenhuizen zijn interviews afgenomen bij de Raad van Bestuur. De focus van het onderzoek ligt op de toegevoegde waarde van ziekenhuisvastgoed voor de organisatie en de afstemming van de vastgoedstrategie op de integrale strategie van het ziekenhuis. Dit is nadrukkelijk een onderwerp op strategisch niveau.

2.4 Wijze van dataverzameling en data-analyse

In deze paragraaf worden allereerst de methoden van dataverzameling beschreven. Na een toelichting op het literatuuronderzoek, de interviews en de documentenanalyse, wordt in de laatste paragraaf belicht op welke wijze de verzamelde data is geanalyseerd.

2.4.1 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek heeft de basis gevormd voor de beschrijving van de context en het theoretisch kader, en is tevens van belang geweest voor de voorbereiding op het veldonderzoek. Bij deze studie is

onder andere gebruik gemaakt van relevante publicaties van het College Bouw Zorginstellingen⁴ (CBZ), de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de Sociaal Economische Raad (SER) en het Ministerie van VWS. Tevens zijn de digitale databanken 'ABI Inform', 'Emerald Fulltext', 'Wiley' en 'Swetsnet' doorzocht op relevante zoektermen zoals *corporate real estate management*, *real estate strategy*, *added value*, *competitive strategies*, *strategic management of healthcare organizations*, *strategic alignment*. Hierbij hebben literatuurverwijzingen in relevante onderzoeksrapporten als basis gediend voor een verdere toespitsing op bruikbare zoektermen en literatuur.

2.4.2 Interviews

Voorafgaand en tijdens de eerste fase van het onderzoek hebben verschillende oriënterende gesprekken plaatsgevonden om meer inzicht te krijgen in de diverse aspecten van vastgoedmanagement en de besturing van ziekenhuizen, evenals om tot een goede keuze van respondenten en afbakening van het onderzoek te komen. Deze gesprekken vonden plaats met Dr. D. Brounen (Associate Professor of Finance and Real Estate), Dr. Ir. F. Schaepkens RC (manager Financiën en Informatievoorziening AntoniusMesosGroep) en Drs. J. Notmeijer (Manager Public Sector Finance Unit ABN AMRO).

Alle respondenten zijn schriftelijk gevraagd mee te werken aan het onderzoek en waren daar zonder uitzondering toe bereid. De semi-gestructureerde interviews die één tot anderhalf uur duurden, hebben plaatsgevonden op de werklocatie van de respondenten en zijn digitaal vastgelegd. Voor de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst die gebaseerd is op de belangrijkste concepten uit het theoretisch kader.

2.4.3 Documentenanalyse

Om de validiteit van het onderzoek te verhogen, is met name bij de onderzochte ziekenhuizen gebruik gemaakt van documenten die het strategisch beleid, de nieuwbouwplannen, een vastgoedvisie of -strategie beschrijven. Deze zijn met toestemming van de respondenten ter beschikking gesteld. Daarnaast zijn de jaarrekeningen en organogrammen van alle betrokken onderzoekseenheden bestudeerd om voorafgaand aan de interviews een duidelijk beeld van organisatie te krijgen en in het geval van de ziekenhuizen, inzicht in de financiële positie. Een overzicht van de gebruikte documenten is opgenomen in de bijlagen.

2.4.4 Data-analyse

De basis voor de data-analyse wordt gevormd door de documenten en getranscribeerde interviews, die ter controle op juiste weergave aan respondenten zijn voorgelegd. Voor het analyseren is het analysemodel van Baarda & De Goede (2005) gebruikt. Allereerst is gezocht naar labels die kenmerkend zijn voor de geselecteerde tekstfragmenten en relevant zijn voor de deelvragen en probleemstelling. Voor het ordenen van de labels tot thema's vormden concepten uit het theoretisch kader de basis, maar zijn ook aanvullende thema's uit het onderzoeksmateriaal gebruikt. Zowel bij de interviews van het 'sectorbrede' perspectief als van de ziekenhuizen is gecontroleerd of het labelingsysteem 'dekkend' is voor alle relevante informatie en heeft discussie plaatsgevonden met collega-studenten over de interpretatie van gegevens. Vanwege het tijdsbestek waarbinnen het onderzoek diende te zijn afgerond, is het echter niet mogelijk geweest te controleren of een collega-onderzoeker tot dezelfde indeling en labeling zou zijn gekomen.

⁴ Voorheen College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen

2.5 *Validiteit en betrouwbaarheid*

In deze studie is getracht de betrouwbaarheid te vergroten door gebruik te maken van data-registratieapparatuur, ‘peer debriefing’ en het maken van veldnotities. Interviews zijn met behulp van digitale apparatuur vastgelegd en letterlijk uitgewerkt. Doordat dit onderzoek deel uitmaakte van meerdere studies binnen het thema ‘Liberalisering van de gezondheidszorg’ en de geselecteerde cases enige overlap vertoonden, is het mogelijk geweest interviews en aantekeningen onderling te becommentariëren en uit te wisselen om de kwaliteit van de dataverzameling te vergroten. Een beschrijving van de onderzoeksopzet zoals deze voor aanvang van het onderzoek is uitgewerkt, is als bijlage toegevoegd. In de methodologische discussie (hoofdstuk 8) wordt besproken wat de uitkomsten zijn van de wijziging in de selectie van onderzoekseenheden in het ‘sectorbrede’ perspectief.

Door gebruik te maken van meerdere bronnen en terugkoppeling naar respondenten is getracht de interne validiteit te vergroten. Een mogelijke systematische vertekening van informatie, waardoor de onderzoeksbevindingen geen goede weergave vormen van hetgeen zich in werkelijkheid afspeelt, wordt in deze studie beperkt door toepassing van datatriangulatie. Resultaten uit literatuuronderzoek, documentenanalyse en interviews zijn met elkaar vergeleken om een beter beeld van het onderzoeksveld te krijgen. Bovendien zijn met name strategische beleidsdocumenten van de betrokken ziekenhuizen gebruikt om topics die reeds in de interviews naar voren zijn gekomen, op consistentie te toetsen. Uitgewerkte interviews zijn, voor zover respondenten daartoe bereid waren, voorgelegd om op correcte weergave te controleren.

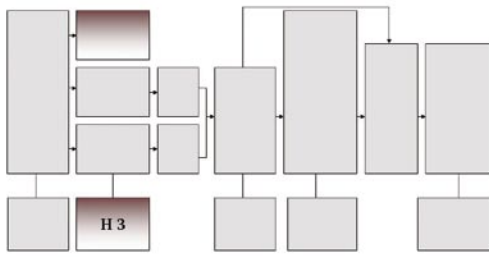
Bij kwalitatief onderzoek wordt in verband met externe validiteit meestal gesproken over inhoudelijke generalisatie en niet over statistische generalisatie (Baarda & De Goede 2005:199). Het gaat hierbij om de overdraagbaarheid van de onderzoeksresultaten op overeenkomstige situaties die niet zijn onderzocht, waarbij de vergelijkbaarheid van bepaalde kenmerken bepalend is. Hoewel de betrokken ziekenhuizen zoals gemeld op een aantal criteria zijn geselecteerd, kunnen de verschillen in bijvoorbeeld financiële situatie en regionale factoren zodanig zijn, dat deze groep niet als representatief kan worden gezien voor alle algemene ziekenhuizen met nieuwbouwplannen. Hetzelfde, maar dan in sterkere mate, geldt voor de onderzoekseenheden van het ‘sectorbrede’ perspectief. Deze zijn immers geselecteerd vanuit de gedachte zoveel mogelijk variatie in invalshoeken aan te brengen, teneinde een zo breed mogelijk beeld te schetsen van de wijze waarop de toegevoegde waarde van vastgoed kan worden gezien. Een uitzondering vormen mogelijk de resultaten van de drie bij het onderzoek betrokken banken. Vanwege een gezamenlijk marktaandeel van ruim 80% in de zorgsector, mogen deze wellicht als representatief voor deze specifieke groep worden beschouwd.

2.6 *Samenvatting*

Als onderzoeksbenadering is gekozen voor een kwalitatief onderzoek in de vorm van een meervoudige, toepassingsgerichte gevalsstudie. Deze is zowel beschrijvend als explorerend van aard. Voor de beschrijving van de context en het theoretisch kader heeft het literatuuronderzoek de basis gevormd. Daarnaast heeft veldonderzoek plaatsgevonden bij zes aan de zorgsector verwante marktpartijen die zijn geselecteerd op basis van recente betrokkenheid bij activiteiten rondom ziekenhuisvastgoed. Voor een goede oriëntatie op het institutionele kader waarin ziekenhuizen functioneren zijn ook interviews afgenomen bij twee met de overheid samenwerkende instellingen. Deze acht partijen worden aangeduid als het ‘sectorbrede’

perspectief. Tot slot is veldonderzoek bij ziekenhuizen gedaan. Middels semi-gestructureerde interviews en een documentenanalyse zijn drie algemene ziekenhuizen met nieuwbouwplannen in een vergevorderd stadium in het onderzoek betrokken. De theorie, het perspectief van 'de sector' en het perspectief van ziekenhuizen zijn in een vergelijkende analyse betrokken teneinde de probleemstelling gefundeerd te kunnen beantwoorden.

Hoofdstuk 3 Ziekenhuisvastgoed in historisch perspectief



3.1 Inleiding

De vormgeving en inrichting van ziekenhuis-vastgoed in Nederland is gedurende de afgelopen decennia sterk beïnvloed door wet- en regelgeving. Deze sturing van overheidswege beperkt zich niet tot het hanteren van bouwvoorschriften en regels met betrekking tot de vergoeding van kapitaallasten, maar ook termijnen voor

nieuwbouw, renovatie en afschrijvingen staan vast (Scheerder 2005). Het wettelijk kader waarbinnen ziekenhuisdirecties zich dienen te bewegen met betrekking tot ziekenhuisvastgoed, heeft op haar beurt een stempel gedrukt op de wijze waarop gebouwen worden gefinancierd. In paragraaf 3.2 zullen dan ook wetgeving, vergoeding van kapitaallasten en financiering van ziekenhuisvastgoed in samenhang worden behandeld.

Parallel aan de ontwikkelingen in wet- en regelgeving zijn ook innovaties in de zorg, maatschappelijke ontwikkelingen en onderzoek naar *healing environment* en *evidence based design* van invloed geweest op de vormgeving van ziekenhuisvastgoed. In paragraaf 3.3 worden de ontwikkelingen beschreven die bestuurders en architecten hebben aangezet tot het nadenken over nieuwe gebouwconcepten en wordt dieper ingegaan op de vraag in hoeverre deze inzichten daadwerkelijk terug te vinden zijn in ziekenhuisvastgoed. Paragraaf 3.4 gaat tenslotte in op de implicaties van de veranderingen in wetgeving en de hierboven omschreven ontwikkelingen voor ziekenhuizen, om in de laatste paragraaf het geheel kort samen te vatten.

3.2 Ziekenhuisvastgoed in relatie tot wet- en regelgeving

3.2.1 Wetgeving en financiering tot de Wet Toelating Zorginstellingen (1960 – 2006)

Na de oorlog stond de wederopbouw centraal en voerde de overheid, ook in de gezondheidszorg, een streng bouwbeleid (Boot & Knapen 2001). Kapitaallasten maakten in de jaren vijftig deel uit van het verpleegdagtarief en werden op basis van historische kosten aan zorgaanbieders vergoed. Normatieve kapitaaltarieven om op toekomstige investeringen te anticiperen werden ongewenst geacht, omdat instellingen de opgebouwde reserves zouden kunnen benutten om verliezen door slecht management te compenseren. Indien vreemd vermogen werd aangetrokken om investeringen in ziekenhuisvastgoed te financieren, stond de overheid borg voor rente en aflossingen op basis van de Garantieregeling inrichtingen voor gezondheidszorg (RVZ 2006a). Omdat bouwaanvragen door lagere overheden met name werden getoetst aan de behoefte op lokaal niveau en er geen sprake was van een landelijke ziekenhuisplanning, ontstond er in de jaren zestig een ware bouwexplosie (Boot & Knapen 2001). De behoefte aan capaciteitsplanning op nationaal niveau leidde tot de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), welke vanaf de inwerkingtreding in 1971 een belangrijke rol heeft gespeeld in de aanbodregulering van de zorg (VWS 2004). Via een systeem van planning en vergunningverlening bepaalde de bouwwet het aantal en de spreiding van intramurale voorzieningen (Boot en Knapen 2001). Om tegemoet te komen aan de noodzaak tot kostenbeheersing werden zowel een bouwplafond als een bouwprioriteitenlijst ingesteld om zeker te stellen dat de bouwuitgaven het gereserveerde kader niet zouden overschrijden. Geleidelijk groeide het besef dat deregulering en de verschuiving van verantwoordelijkheid naar zorginstellingen zelf, aan kostenbeheersing konden bijdragen en werd de WZV in 1996 grondig hervormd. Kleinschalige

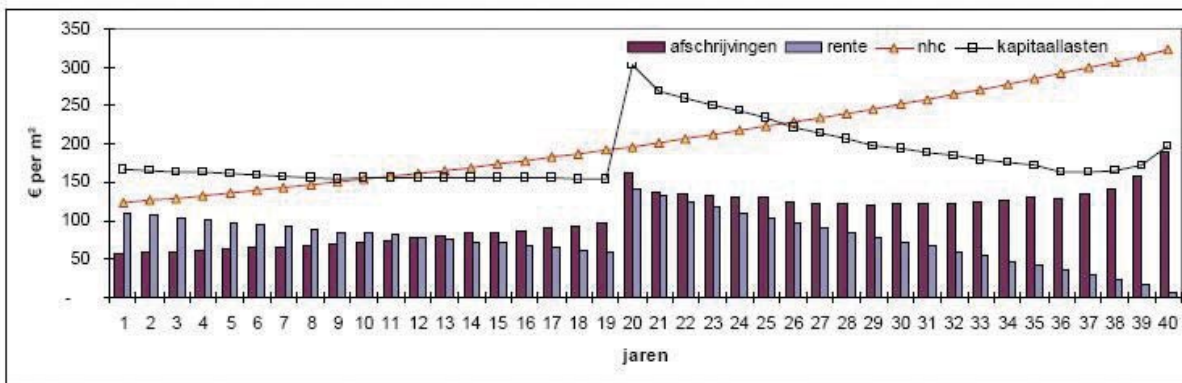
instandhoudingsinvesteringen werden vanaf dat moment in het instellingsbudget opgenomen, terwijl financiering van grootschalige bouw door middel van ‘trekkingsrechten’, een toekomstige claim op vergoeding van kapitaallasten, werd opgebouwd. Om instellingen te stimuleren een vastgoedbeleid voor de langere termijn te formuleren, dienden zij formeel een Langetermijnhuisvestingsplan (LTHP) op te stellen, wat eenmaal per vijf jaar door het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) werd getoetst (VWS 2004).

Tot het midden van de jaren tachtig werden leningen voor ziekenhuisvastgoed verstrekt onder overheidsgarantie en zagen financiers geen aanleiding voor kredietwaardigheids-onderzoek (RVZ 2006b). Met het afschaffen van de overheidsgarantie in 1988 en het voorstel van Staatssecretaris Simons om meer marktwerking te introduceren, nam het risicoprofiel van ziekenhuizen vanuit het perspectief van de financier sterk toe (Elsinga & Keijmel 2001). Maatregelen om de rentekosten binnen de gezondheidszorg te beperken, versterkten dit standpunt van financiers. De genormeerde vergoeding, eind jaren negentig voor de korte rente en later ook voor langlopende leningen, legde de verantwoordelijkheid voor het afsluiten van leningen tegen een gunstig rentetarief bij de zorginstelling (ibid. 2001). Uiteindelijk heeft de politieke discussie over de financierbaarheid van de zorgsector op de lange termijn, in 1999 geleid tot de oprichting van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ), een onafhankelijke instelling die voor aangesloten zorginstellingen garant staat voor betaling van rente en aflossing aan financiers. De komst van het WfZ zorgde samen met de zekerheid van een voorspelbare inkomstenstroom door jaarlijkse productieafspraken met zorgverzekeraars en de volledige vergoeding van kapitaallasten in het ziekenhuisbudget, wederom voor een laag risicoprofiel van ziekenhuizen. Dit had tot gevolg dat financiers tot voor kort vrijwel zonder enige toetsing aan kredietwaardigheid van ziekenhuizen, leningen verstrekten (Gerritsen & Sterks 2005).

3.2.2 Naar volledige verantwoordelijkheid voor investeringen onder de WTZi

Daar de WZV uitging van centrale aanbodbeheersing, werd al langere tijd onderkend dat de handhaving van deze wet het beoogde systeem van gereguleerde marktwerking niet zou dienen (VWS 2004). Met de Wet exploitatie Zorginstellingen (WEZ) werd in 2001 een eerste stap gezet naar het vereenvoudigen van de bouwprocedures en het dereguleren van planning en bouw. In de derde nota van wijziging, die in 2004 is uitgekomen, is de naam van de wet gewijzigd in Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Op dat moment werd ook de mogelijkheid gecreëerd om winstoogmerk toe te staan aan zorgaanbieders.

Met de invoering van de WTZi per 1 januari 2006 heeft de wetgever beoogd meer vrijheid en verantwoordelijkheid bij zorginstellingen neer te leggen en haar sturende rol te beperken tot het waarborgen van bereikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg (VWS 2005b). In de overgang naar een meer vraaggestuurde zorg, zal de verantwoordelijkheid voor de infrastructuur en investeringsbeslissingen uiteindelijk volledig bij de zorgaanbieder komen te liggen (ibid. 2005b). De Minister spreekt in de ‘kapitaallastenbrief’ van een geleidelijke afbouw van het huidige bouwregime, waarbij het systeem van toelating door bouwvergunningen wordt beperkt en de automatische nacalculatie van kapitaallasten wordt vervangen door integrale prestatietarieven. Dit betekent dat huisvestingslasten, in het geval van ziekenhuizen, net als andere kosten die de instelling maakt, moeten worden opgenomen in de kostprijs van DBC’s. De overheid zal in de loop van 2006 per sector ‘Normatieve Kapitaallastencomponenten’ (NKC’s) vaststellen die gekoppeld zijn aan het vloeroppervlak van instellingen. De NKC is een normatieve vergoeding die voldoende zou moeten zijn om investeringen en instandhoudingsuitgaven over de gehele levenscyclus van het vastgoed te dekken (CBZ 2006a).



Figuur 2 Model van een NKC (CBZ 2006a)

In figuur 2 worden de werkelijke kapitaallasten afgebeeld door de zwarte lijn. Renovatie na twintig jaar veroorzaakt een sterke toename in rente- en aflossingsbedragen. Op basis van de totale kosten van het ziekenhuisvastgoed over de gehele levensduur van 40 jaar, 190% van de initiële investering, is het jaarlijkse bedrag van de NKC vastgesteld⁵ (CBZ 2006a). De rode lijn weerspiegelt deze vergoeding voor kapitaallasten (NKC), gecorrigeerd voor inflatie. Uit het verschil tussen de zwarte en rode lijn kan worden afgeleid dat bij oudere gebouwen met een hoge bezetting de NKC doorgaans hoger zal zijn dan de werkelijke kapitaallasten, terwijl net na het plegen van nieuwbouw de situatie andersom is.

Het risico voor zorginstellingen bestaat enerzijds uit de afwijking die kan ontstaan tussen de werkelijke huisvestingslasten per product en het normbedrag, anderzijds vormen schommelingen in de afzet een risico voor de vraag of vaste kosten worden gedekt door de exploitatie (RVZ 2006a). De nieuwe systematiek biedt echter ook meer vrijheid. Ziekenhuizen kunnen ervoor kiezen meer kapitaal in te zetten teneinde het zorgproces efficiënter te laten verlopen, met minder personeel toe te kunnen of meer klanten aan te trekken (Gupta 2006). De koppeling van de NKC's aan de DBC-tarievenstructuur van ziekenhuizen zal naar verwachting vanaf 1 januari 2007 worden gestart (CBZ 2006a). In principe is de NKC ontwikkeld voor DBC's in het A-segment, wat op dit moment nog 90% van alle ziekenhuisverrichtingen omvat. In het B-segment, waarop sinds 1 februari 2005 vrije prijsvorming van toepassing is, zullen kapitaallasten op termijn meegenomen worden in de prijsafspraken met de zorgverzekeraar. Als tijdelijke oplossing geldt een uniforme opslag van 12,5% ter dekking van kapitaallasten totdat een beter onderbouwde normvergoeding kan worden gehanteerd (CBZ 2006a).

Mogelijkheden tot het doen van winstuitkeringen

De minister meldt in de Nota van toelichting dat mogelijkheden tot het doen van winstuitkeringen op grond van de WTZi, op termijn zullen toenemen (Staatsblad 2005). Wat nu al voor Zelfstandige Behandelcentra mogelijk is, zal naar verwachting vanaf 2012 en voor specifieke gevallen mogelijk eerder, ook in de ziekenhuissector worden toegelaten. De minister beoogt concurrentie te stimuleren door middel van nieuwe toetreders die het aanbod van zorg verruimen. Dit betekent dat ook non-profit instellingen efficiënter zullen moeten gaan werken om marktaandeel te kunnen behouden in concurrentie met for-profit instellingen (VWS 2005b). Als winst wordt geherinvesteerd in de zorg kan dat bijdragen aan een beter zorgproduct en als gevolg daarvan tot een sterkere financiële positie en continuïteit van een zorginstelling (RVZ 2002). Bovendien denkt de minister dat de toegang tot meerdere bronnen van kapitaal door commerciële aanbieders het investeren in de zorg zal vereenvoudigen (VWS 2005b). Overigens stellen Putters et al. (2006) in het rapport 'Zorg om vernieuwing' dat de overheid het innovatief vermogen van partijen in de zorg ondermijnt als zij kostenbeheersing tot prioriteit blijft verheffen en sterke controle via toezichthouders instelt ter compensatie van het verminderen van overheidsbemoeienis.

Het toestaan van winst oogmerk wordt afhankelijk gesteld van integrale prestatiebekostiging (inclusief

⁵ De gezamenlijke projectgroep van het CBZ, het CTG en Stichting

DBC-onderhoud (SDO) heeft voorgesteld de afschrijvingstermijn van ziekenhuisvastgoed te verkorten tot 40 jaar. Onder de WZV was dit 50 jaar.

kapitaallasten) en volledige verantwoordelijkheid voor risico's verband houdende met de dekking van kapitaallasten door de afzet. Vooral nog wordt geen wijziging doorgevoerd ten opzichte van de WZV en is een apart kabinetsbesluit noodzakelijk om winstoogmerk toe te staan (VWS 2005a). Hierbij speelt het door de Minister gehuldigde standpunt dat waarde die is opgebouwd in een door de overheid gereguleerde omgeving met lage risico's, niet zonder meer ten goede mag komen aan commerciële partijen, een belangrijke rol.

De transitiefase

In de 'kapitaallastenbrief' spreekt de minister van een noodzakelijke transitiefase met flankerend beleid tot 2012 om te voorkomen dat zorginstellingen failliet gaan en continuïteit van zorg in gevaar komt. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft berekend dat zo'n 10% van de ziekenhuizen zonder steun door een systeem van NKC's in de financiële problemen komt (NVZ 2006). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ 2006a) spreekt over een groep van 25% die zich in een financiële achterstandspositie bevindt. Vooral de slechte vermogenspositie en tekortkomingen in het bestuurs- en beheersinstrumentarium zouden hier debet aan zijn. De RVZ pleit echter voor een korte overgangstermijn en terughoudendheid bij het inrichten van publieke vangnetfuncties. Lange overgangstrajecten leiden niet alleen tot onzekerheid, maar vertragen ook het op gang komen van adequaat vastgoedbeheer in de zorgsector. Bovendien is de Raad van mening dat bij dreigende faillissementen ook oplossingen via de markt mogelijk zijn, zoals een fusie, overname of doorstart. Indien de toegankelijkheid van de zorg in gevaar komt doordat in een specifieke regio een bepaalde vorm van zorg niet meer wordt aangeboden, zou beperkte individuele steun, bijvoorbeeld via achtergestelde leningen wel mogelijk moeten zijn (VWS 2005b). De NVZ heeft al begin 2005 in een brief aan de Minister van VWS haar voorkeur uitgesproken voor een kort overgangstraject en ziet in het rapport van de RVZ dan ook een bevestiging van haar visie (Gibbels 2005; TK 2005).

In deze paragraaf is ingegaan op de ontwikkelingen in wetgeving en de gevolgen voor de financiering van ziekenhuisvastgoed. In de volgende paragraaf worden maatschappelijke ontwikkelingen, nieuwe inzichten en resultaten uit onderzoek beschreven die van invloed zijn geweest of mogelijk zullen zijn, op de vormgeving en inrichting van ziekenhuisvastgoed.

3.3 *De invloed van maatschappelijke veranderingen, zorginhoudelijke ontwikkelingen en nieuwe inzichten op het ontwerp van ziekenhuisvastgoed*

3.3.1 *Van heilzame omgevingen naar bewijs van effectiviteit*

Parallel aan de ontwikkelingen in wet- en regelgeving, zijn ook veranderingen in maatschappelijke opvattingen, innovaties in de zorg en onderzoek naar de relatie tussen gebouwde omgeving en gezondheid, van invloed geweest op de vormgeving van ziekenhuisvastgoed. Hoewel het belang van contact met de natuur en de invloed van de gebouwde omgeving op de gezondheid al in de Middeleeuwen werd erkend, waren er halverwege de twintigste eeuw hiervan nog weinig aspecten in de ziekenhuisbouw terug te vinden (Ekkelboom, Van den Berg & Jaspers 2005). Pas vanaf de jaren tachtig, waarin R. Ullrich zijn baanbrekende artikel 'View through a window may influence recovery from surgery' publiceerde, kwam internationaal onderzoek naar het verband tussen de bouwkundige omgeving en het genezingsproces op gang (Wessels 2003). In Nederland is het in 1986 de Technische Universiteit Delft die met haar

postacademische leergang ‘Gebouwde omgeving en welbevinden’ aandacht vraagt voor het onderwerp *healing environments*. Het begrip, dat letterlijk heilzame, genezende (gebouwde) omgeving betekent, kan worden gedefinieerd als “een omgeving die het zelfhelend vermogen stimuleert door het versterken van de innerlijke krachten van mensen” (Van den Berg 2005). Een omgeving is therapeutisch indien deze omgevingsgerelateerde stressoren zoals lawaai, slechte luchtkwaliteit en gebrek aan privacy vermindert, maar ook indien deze mensen verbindt met natuurlijke elementen en het gevoel versterkt dat de persoon controle heeft over zijn of haar omgeving (Ullrich, Zimring, Quan, Joseph & Choudary 2004). Vanwege het feit dat de benadering van *healing environments* vooral een praktische invalshoek kent waarin het ontwerp en niet zozeer het bewijs voor genezing centraal staat, werd pleitbezorgers van deze benadering wel een gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing verweten (Martin 2000). Het tekort aan kwantitatieve data had tot gevolg dat ook in de jaren tachtig de scheidslijnen tussen architectuur en omgevingspsychologie enerzijds en ziekenhuisdirecties anderzijds, niet werden geslecht. Weinig aspecten van *healing environments* waren dan ook terug te vinden in het ontwerp van ziekenhuizen van die tijd. Door de behoefte aan een meer wetenschappelijke benadering die ontwerpbeslissingen kan staven aan bewijs van effectiviteit, ontstond in de Verenigde Staten *evidence based design* (EBD), de architectonische parallel van *evidence based medicine*. Deze onderzoeksgedreven benadering richt zich niet alleen op het verband tussen omgeving en de klinische uitkomsten van patiënten, maar betreft ook de consequenties voor het aantrekken en het behouden van medewerkers, operationele efficiency en productiviteit bij haar onderzoeksgebied (Malkin 2006). Zo leidt een innovatief ontwerp weliswaar tot hogere initiële bouwkosten, maar resulteert op de lange termijn in minder fouten, betere operationele performance, minder verspilling en derhalve in hoge besparingen ten opzichte van een conventioneel ontwerp.

De internationale congressen ‘Design and Health’ in Noorwegen (1997), Stockholm (2000), Montreal (2003) en Groningen (2003) hebben tot een bredere uitwisseling van onderzoeksresultaten geleid en het thema EBD duidelijker op de kaart gezet. In Nederland heeft het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) een belangrijke voortrekkersrol gespeeld door in 1995 het project ‘*The architecture of hospitals*’ te initiëren, kort voor de oplevering van de nieuwbouw van het UMCG (Jaspers 2005). Het project dat tien jaar duurde, heeft tot vele publicaties in wetenschappelijke tijdschriften geleid en kennisuitwisseling via symposia en voorcongressen met EBD als thema. Ook andere instellingen hebben zich sindsdien beziggehouden met de invloed van de gebouwde omgeving op het welzijn van mensen. De technische universiteiten Delft en Eindhoven richten zich meer op de verwerving van kennis vanuit de omgevingspsychologische invalshoek, terwijl TNO wetenschappelijk onderzoek doet naar technische aspecten die de gezondheid kunnen beïnvloeden, zoals de kwaliteit van het binnenklimaat (CBZ 2003). Ondanks bovengenoemde ontwikkelingen ligt bij de bouw van ziekenhuisvastgoed in Nederland de nadruk nog steeds op functionele en technische aspecten (ibid. 2003). De strikte bouwvoorschriften zoals deze onder de WZV door het CBZ werden gehanteerd, zijn in de loop der tijd weliswaar teruggebracht tot een beperkt aantal basiskwaliteitseisen waardoor ruimte ontstaat voor doelgroepspecifieke invulling, maar harde eisen ten aanzien van de kwaliteit van de omgeving stelt het college niet (CBZ 2002). Dat geldt eveneens onder de nieuwe wetgeving omdat de Regeling bouwmaatstaven uit de WZV is omgezet in de Regeling Prestatie-eisen van de WTZi (CBZ 2006b). Het College heeft de belevingswaarde van gebouwen als onderwerp echter wel op haar agenda staan, getuige de ontwikkeling van een evaluatie-instrument voor de integrale gebouwkwaliteit in 2003. Met inachtneming van de basiskwaliteitseisen kan met het instrument worden bezien op welke wijze het vastgoed aan gebruikers meerwaarde kan bieden, waarvan belevingswaarde een belangrijke component is (CBZ 2003). Daarnaast is het CBZ voornemens te gaan fungeren als kenniscentrum dat geslaagde voorbeelden van de toepassing van *healing environments* onder de aandacht brengt, teneinde bij te dragen aan de kwaliteitsverbetering van de huisvesting in de gezondheidszorg (ibid. 2003).

3.3.2 Een gewijzigde zorgvraag, innovatieve en maatschappelijke ontwikkelingen in relatie tot ziekenhuisvastgoed

De toenemende belangstelling voor belevingswaarde sluit aan bij de verandering in maatschappelijke opvattingen en de daaruit voortvloeiende zorgvraag. Patiënten eisen steeds meer zorg op maat en wensen de vrijheid zelf beslissingen te nemen over kwantiteit en kwaliteit van zorgverlening (CPB 2000). Ook is de moderne zorgconsument bereid meer te betalen voor extra diensten tijdens zijn opname. De patiënt wenst basiszorg dicht bij huis te kunnen ontvangen, maar geeft de voorkeur aan een verder weg gelegen *center of excellence* boven een perifere ziekenhuis, als de wachttijd kort is en de kwaliteit hoog (Putters et al. 2006). De functiegeoriënteerde organisatie- en behandelmodellen maken derhalve steeds meer plaats voor proces- en patiëntgeoriënteerde modellen om aan de vraag van de patiënt tegemoet te komen. Ziekenhuis Deventer heeft bijvoorbeeld een vierstromenmodel ontwikkeld – acuut, urgent, electief en chronisch – met een op de doelgroep aangepaste sfeer en omgeving (Huijsman 2005).

Ook trendverschuivingen hebben invloed op de wijze waarop ziekenhuisvastgoed qua ontwerp en omvang wordt vormgegeven. Het aantal klinische opnamen nemen af ten gunste van poliklinische behandelingen en dagopnamen, en er is vraag naar een grotere diversiteit aan zorgproducten in verband met een toename van het aantal ouderen en chronisch zieken (Putters, Frissen & Foekema 2006). Daarnaast spelen technologische en logistieke innovaties in de zorg een rol. Logistieke innovaties op het gebied van ketenzorg leiden tot nieuwe manieren van organiseren, wat bijvoorbeeld de opnameduur van patiënten in ziekenhuizen kan verkorten. Technologische innovaties op basis van informatie- en communicatietechnologie, verhogen de zelfredzaamheid van patiënten waardoor het monitoren van chronisch zieken op afstand mogelijk wordt (Cole 2006). Doordat bij een achteruitgang in de conditie van de patiënt eerder kan worden ingegrepen, neemt het aantal klinische opnamen af. Daarnaast maken deze technologieën het mogelijk zorgactiviteiten voor chronisch zieken niet op de hoofdlocatie van het ziekenhuis, maar in poliklinische centra dichtbij de woonomgeving van patiënten uit te voeren.

De ontwikkelingen die in deze paragraaf zijn omschreven, kunnen zowel de gekozen locatie, omvang, als het ontwerp van ziekenhuisvastgoed in de toekomst beïnvloeden. Paragraaf 3.3 beschrijft de implicaties van deze factoren met betrekking tot de vormgeving van gebouwen. Allereerst wordt echter ingegaan op de consequenties van de gewijzigde wet- en regelgeving, omdat dit het kader is waarbinnen ziekenhuisvastgoed moet worden vormgegeven.

3.4 De implicaties voor ziekenhuizen

3.4.1 Toename van ondernemersrisico

Door het vervallen van de risicoloze nacalculatie van huisvestingslasten en de contracteerplicht, neemt het ondernemersrisico van ziekenhuizen toe. Voor het B-segment bestond de contracteerverplichting al niet meer op grond van de Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (Wet HOZ) en sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (ZVW) is deze – met uitzondering van door AMvB aangewezen vormen van zorg – ook voor het A-segment niet meer van toepassing (art. 12 ZVW). Zorgverzekeraars kunnen nu besluiten voor bepaalde zorgproducten het ziekenhuis niet langer te contracteren, waardoor de instelling het risico loopt minder dekking te realiseren voor kapitaallasten. De NKC's zijn immers gekoppeld aan de productie. Een tweede risico betreft een potentieel negatief verschil tussen de vergoeding op basis van de NKC's en de werkelijke huisvestingslasten. De levensfase waarin

het ziekenhuisvastgoed verkeert en het moment waarop investeringen worden gedaan, zijn factoren die dit verschil beïnvloeden. Daarnaast is onzeker of het financieel vangnet zoals dit nu bestaat, in stand zal worden gehouden. Aan instellingen met een negatief eigen vermogen kan nu nog een tijdelijke verruiming van het budget worden toegestaan of exploitatiesteun worden toebedeeld in geval van bedreiging van de continuïteit (CTG/ZAio 2004b; VWS 2005b).

3.4.2 De gevolgen voor financiering van ziekenhuizen

Banken zullen op grond van de toegenomen risico's strengere voorwaarden hanteren en meer zekerheden eisen, wat per zorgactiviteit en kredietsoort kan variëren (Geerdes-van Senden & Van Oord 2006). Doordat het debiteurenrisico onder de huidige regelgeving tot een minimum wordt teruggebracht, zijn enerzijds de leningen goedkoper voor bij het WfZ aangesloten ziekenhuizen omdat een opslag voor risico kan vervallen. Anderzijds hebben banken voordeel doordat zij niet verplicht zijn voor deze (solvabiliteitsvrij verklaarde) leningen reserves aan te houden. Het risico voor banken op leningen die door het WfZ zijn geborgd is voorlopig nog beperkt, maar voor 25% van de ziekenhuizen geldt dit lidmaatschap niet (WfZ 2005). Bij de beoordeling van kredieten zal in de toekomst niet langer de bouwvergunning bepalend zijn, maar het strategisch beleidsplan van de instelling en de vraag of toekomstige cashflows van de investering voldoende zijn om aan financieringsverplichtingen te kunnen voldoen (RVZ 2006a). Daarnaast kunnen banken zich bij niet bij het WfZ aangesloten instellingen die zij als een onacceptabel risico beschouwen, beroepen op de stelselwijzigingclausule (CBZ 2005). Dit houdt in dat leningen kunnen worden opgeëist of aanvullende voorwaarden kunnen worden gesteld als gevolg van wijzigingen in wet- of regelgeving.

3.4.3 De veranderde zorgvraag en ziekenhuisvastgoed

Bij de functiegerichte organisatie uit de tweede helft van de twintigste eeuw paste het typische alles-in-één ziekenhuis op een enkele locatie, waarbij niet de vraag naar, maar het multidisciplinaire aanbod van zorgproducten domineerde (CBZ 2005). Deze monolithische structuur sluit echter niet meer aan bij de vooruitgang in medische technologie en de kritische zorgconsument die niet alleen vakkundig geholpen wil worden bij het oplossen van zijn zorgvraag, maar ook wenst dat er rekening wordt gehouden met zijn of haar persoonlijke voorkeuren. Volgens Boluijt (2006) bestaat de patiënt- en procesgeoriënteerde benadering die het laatste decennium kenmerkt, uit drie kernaspecten: ten eerste wordt het zorgproces als uitgangspunt genomen, daarnaast vindt afstemming van alle zorgprocessen binnen de keten plaats en tenslotte wordt de zorg op het laagst mogelijke niveau uitgevoerd, zo dicht mogelijk bij de woonomgeving van de patiënt. Vertaald naar het ziekenhuisvastgoed zou dit betekenen dat de hoofdlocatie van het ziekenhuis zich kan beperken tot de complexe, acute zorg met de high tech functies (CBZ 2005). Daarnaast kan dicht bij de patiënt meer gespecialiseerde zorg worden verleend in poliklinische centra, eventueel geïntegreerd met de eerstelijnszorg. De beperkte omvang van de satellieten vergroot bovendien de flexibiliteit en maakt het gemakkelijker in te spelen op de vraag.

Ook de inpassing van ziekenhuizen in de stedelijke omgeving dient volgens Driesen (2006) steeds meer aandacht te krijgen. Een ziekenhuis is geen entiteit op zichzelf, maar een onderdeel van het dagelijks leven en zou als zodanig moeten worden opgenomen in een multifunctionele stedelijke omgeving. Gemeenten worden zich hiervan steeds meer bewust en zien de sociaal-economische waarde van een ziekenhuis in relatie tot de identiteit die de gemeente wil uitdragen (Jaspers 2005). Ook de patiënt heeft baat bij de integratie. Volgens Stienstra (2005) is het verlaten van het domein van de ziekte de eerste basisbehoefte van patiënten en ook het CBZ (2004) verwijst naar het belang van het integreren van maatschappelijke functies in ziekenhuizen voor het verminderen van stress van patiënten. Het meest gebruikte concept om de maatschappelijke omgeving te betrekken bij het ziekenhuis is de zorgboulevard of het gezondheidspark,

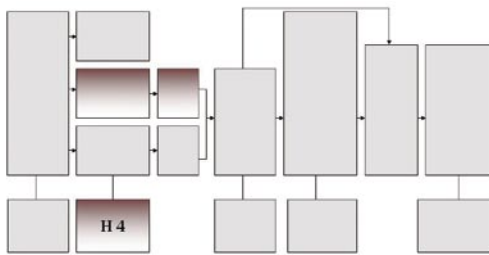
een samenhangende verzameling bedrijven die een link met de gezondheidszorg hebben.

3.5 *Samenvatting*

De vervanging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) heeft belangrijke gevolgen voor de bekostiging en financiering van ziekenhuisvastgoed. De opname van een normatieve vergoeding voor kapitaallasten in de integrale kostprijs heeft tot gevolg dat het ondernemersrisico van ziekenhuizen toeneemt, maar biedt aan de ander kant ook de vrijheid om tot andere afwegingen ten aanzien van ziekenhuisvastgoed te komen. Bovendien komt er ruimte voor alternatieve financierings- en samenwerkingsvormen omdat winstoogmerk naar verwachting vanaf 2012 zal worden toegestaan.

Invloeden van *healing environment* en *Evidence Based Design* zijn ondanks de opkomst in de jaren tachtig nog beperkt in Nederlands ziekenhuisvastgoed terug te vinden. Hoewel het CBZ de belevingskwaliteit van gebouwen meer onder de aandacht tracht te brengen, worden bouwmaatstaven, evenals de Prestatie-eisen onder de WTZi, gedomineerd door technische en functionele aspecten. De veranderde zorgvraag komt wel steeds meer tot uiting in patiënt- en procesgeoriënteerde modellen, het aanbieden van zorg dichterbij de woonomgeving van de patiënt en het integreren van maatschappelijke functies in ziekenhuizen.

Hoofdstuk 4 Strategisch beleid van ziekenhuizen



4.1 Inleiding

Tot op heden hebben ziekenhuizen als gevolg van de budgetsystematiek weinig prikkels ervaren om te komen tot strategische besluitvorming (Putters 2003). De overgang naar prestatiebekostiging en marktwerking, zal instellingen meer vrijheid geven tot het betreden van

markten en het nemen van beslissingen inzake investeringen, rechtsvorm en verkoopprijzen. Aan de andere kant heeft deze enorme verandering in het institutionele kader gevolgen voor de werking van de markt, de invloed van betrokken partijen en de rol die zij binnen deze markt vervullen (Prince, Bruins & Van der Zeijden 2005). Ziekenhuizen kunnen het zich niet langer veroorloven om vrijblijvend te handelen en zullen strategische keuzes moeten maken om continuïteit te waarborgen. De vraag is hoe instellingen zich kunnen onderscheiden in het leveren van waarde aan de klant. Met andere woorden: waar ligt de basis van concurrentievoordeel?

In paragraaf 4.2 wordt het begrip ‘strategie’ nader gedefinieerd en worden twee belangrijke stromingen in de ontwikkeling van strategisch management geïntroduceerd: het “*outside-in*” en “*inside-out*” perspectief. De verschillen in benadering met betrekking tot de basis van concurrentievoordeel en de gevolgen daarvan voor het strategisch beleid, worden belicht in paragraaf 4.3. Mogelijke strategieën waarmee dit concurrentievoordeel vervolgens kan worden gerealiseerd, komen aan de orde in paragraaf 4.4, om te besluiten met een samenvatting in 4.5.

4.2 Het concept strategie: een begrippenkader

Het begrip strategie is afgeleid van het Griekse woord ‘*strategos*’, wat ‘de kunst van het oorlogvoeren’ aanduidt. Uit deze definitie blijkt dat de strijd om het verkrijgen van voordeel ten opzichte van concurrenten, bij strategieën een belangrijke rol speelt. Porter (1980) verwoordt het als volgt:

“.....positioning a business to maximize the value of the capabilities that distinguish it from its competitors”.

De strategie van een onderneming geeft de richting aan waarin, en de reikwijdte waarbinnen een onderneming zich wenst te begeven op de lange termijn (Finlay 2000). Dit hangt niet alleen af van hetgeen de onderneming zelf wil realiseren, maar ook wat zij *kan* doen gezien de beschikbare middelen en wat zij *zou* moeten doen op basis van de concurrentieomgeving (Johnson & Scholes 1999).

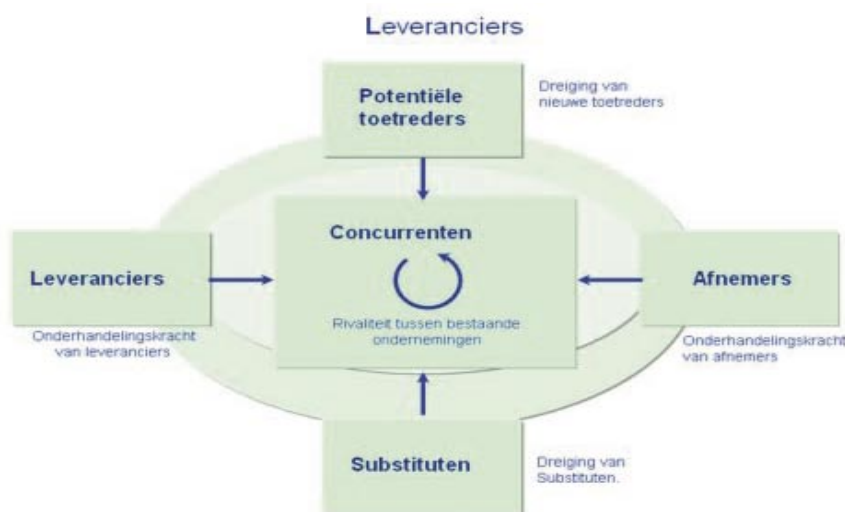
Onderzoek in strategische management naar de basis van concurrentievoordeel, dat vanaf de jaren zestig sterk tot ontwikkeling is gekomen, wordt gekenmerkt door twee min of meer concurrerende invalshoeken (Johnson & Scholes 1999). De “*outside-in*” benadering, sterk beïnvloed door de Omgevingschool van Harvard University, richt zich voornamelijk op de invloed van de externe omgeving op strategieontwikkeling (Mintzberg & Lampel 1994). Strategievorming is vanuit deze optiek een passief proces, en de macht hierover ligt dan ook niet in de onderneming maar in de krachten van de omgeving. Daarentegen vinden aanhangers van de “*inside-out*” benadering deze sterkte juist wel in

de organisatie, in de materiele en immateriële hulpbronnen en vaardigheden die hen onderscheiden van concurrenten. In de volgende paragraaf worden deze verschillen in zienswijze met betrekking tot de wijze waarop concurrentievoordeel kan worden behaald, diepgaander aan de orde gesteld.

4.3 De basis van concurrentievoordeel

4.3.1 De “outside-in” benadering

Aanhangers van de Omgevingschool beschouwen strategievorming als een reactief proces waarbinnen beperkte keuzevrijheid mogelijk is (Mintzberg & Lampel 1999). Ondernemingen die in dezelfde bedrijfstak opereren hebben te maken met gelijke omgevingsfactoren en worden daardoor gedwongen identieke strategieën te voeren. De enige mogelijkheid om concurrentievoordeel te verkrijgen ontstaat dan ook uit het vermogen van de onderneming adequaat te reageren op bedreigingen en kansen in de specifieke bedrijfstak waarin ze functioneren. De geschiktheid van een strategie wordt afgemeten aan de congruentie, ook wel *‘fit’* genoemd, met de voor de onderneming relevante omgevingsfactoren (Hofer & Schendel 1978). Eén van de meest bekende modellen voor het analyseren van de concurrentiepositie van een bedrijfstak en organisaties onderling is het Vijfkrachten model van Porter (1980). Hoewel het model aanvankelijk is ontworpen om de potentiële winstgevendheid van een bedrijfstak vast te stellen, is het ook geschikt om de concurrentiekrachten in een bedrijfstak of sector te identificeren (Johnson & Scholes 1999). De cruciale vraag is volgens Porter (1980, 1985) hoeveel waarde ondernemingen kunnen creëren voor hun kopers en hoeveel van deze waarde als gevolg van concurrentie weer verdwijnt. De vijf concurrentiekrachten - de toetreding van nieuwe concurrenten, de bedreiging van substituten, de onderhandelingspositie van kopers, de onderhandelingspositie van leveranciers en de rivaliteit tussen bestaande concurrenten - weerspiegelen de aantrekkelijkheid van de bedrijfstak met betrekking tot winstgevendheid. Of een onderneming bovengemiddelde winsten kan realiseren *binnen* de sector hangt vervolgens af van het vermogen van de onderneming om adequaat met deze concurrentiekrachten om te gaan of deze zelfs te beïnvloeden. Twee basistypen concurrentievoordeel staan de onderneming ter beschikking om dit te bewerkstelligen: lage kosten of differentiatie. Op de concurrentiestrategieën die kunnen worden aangewend om dit concurrentievoordeel te realiseren, wordt verder ingegaan in paragraaf 4.4.



Figuur 3 Het Vijfkrachten model (Porter 1980). In: Mandour, Bekkers en Waalewijn (2005)

Welke rol speelt de externe omgeving in de ziekenhuissector? Ziekenhuizen functioneren in een complex krachtenveld waarin overheid, zorgverzekeraars, huisartsen, koepelorganisaties, patiënten(organisaties) en andere zorgaanbieders hun invloeden doen gelden (Mouwen 2004). Bovendien kenmerkt de medisch specialistische zorg zich door professionals die zowel organisatorisch als medisch inhoudelijk autonoom functioneren (Putters 2001). Dit betekent dat de invloed van stakeholders op strategische positionering en strategieontwikkeling groot is. De wettelijke veranderingen die in verband met de beoogde marktwerking worden doorgevoerd, zorgen er bovendien voor dat de zorgsector dynamischer wordt. De WTZi maakt het mogelijk dat nieuwe (commerciële, dan wel non profit) organisaties de aanbiedersmarkt kunnen gaan betreden en winstootmerk wordt toegestaan. Voor de meerderheid van de Nederlandse bevolking is het echter nog geen uitgemaakte zaak dat zorgaanbieders winst mogen gaan maken (Putters et al. 2006), wat betekent dat ziekenhuizen zorgvuldig dienen te communiceren over de beweegredenen voor het maken van dergelijke keuzes. Afhankelijk van de concentratie van ziekenhuiszorg, het aanbod van zorg in de regio en de mate van bereidheid van patiënten om te reizen voor het ontvangen van zorg, zal naar verwachting de positie van verzekeraars op de zorginkoopmarkt sterker worden (Maarse et al. 2002). Ziekenhuizen zullen in hun strategisch beleid met deze toename in ‘onderhandelingsmacht’ rekening moeten houden, waarbij ook de positie en rol van de huisarts als toeleverancier niet vergeten mag worden.

Door deze veranderingen in de externe omgeving zullen ziekenhuizen een gedegen stakeholderbeleid moeten ontwikkelen en meer gebruik moeten gaan maken van markt- en concurrentieanalyses. Vooral dit laatste gebeurt volgens de RVZ (2006b:63) tot nu toe in zeer beperkte mate.

De waarde van de “outside-in” benadering is door verschillende auteurs in twijfel getrokken. Volgens Barney (1991) ligt de zwakte van de omgevingsgerelateerde strategische modellen in het negeren van de impact van ondernemings specifieke kenmerken op de concurrentiepositie. Ze bieden dan ook geen verklaring voor verschillen in winstgevendheid tussen ondernemingen welke niet kunnen worden toegewezen aan bedrijfstakcondities (Peteraf 1993). Bovendien is de causale relatie tussen aantrekkelijkheid van een bedrijfstak en het succes van ondernemingen onduidelijk (Mandour, Bekkers & Waalewijn 2005). Zijn bedrijfstakken aantrekkelijk omdat de ondernemingen die erin functioneren goed presteren, of is de aantrekkelijkheid van de bedrijfstak bepalend voor het succes van ondernemingen? Als reactie op bovengenoemde beperkingen ontstond in de jaren tachtig een benadering die de interne middelen en vaardigheden van ondernemingen centraal stelde voor het creëren van concurrentievoordeel: de Resource Based View (RBV).

4.3.2 De “inside-out” benadering

De RBV stelt een aantal impliciete veronderstellingen van de “outside-in” benadering ter discussie. Waar de “outside-in” benadering aanneemt dat iedere onderneming de beschikking heeft over dezelfde strategisch relevante middelen en deze vrij verhandelbaar zijn, ziet de RBV juist de *verschillen* tussen ondernemingen met betrekking tot de middelen die zij kunnen aanwenden en het *onvermogen tot onderlinge uitwisseling*, als basis voor potentieel concurrentievoordeel (Wernerfelt 1984; Barney 1991). De beschikbare middelen kunnen zowel betrekking hebben op materiele (eigendomsrechten, kapitaal), als op immateriële bezittingen (merken, technologische kennis). Niet alle middelen zijn echter van betekenis. Slechts die middelen die waardevol zijn – in de zin dat deze bijdragen aan het benutten van kansen, of bedreigingen in de omgeving neutraliseren – en zeldzaam zijn in relatie tot de concurrentieomgeving (Peteraf 1993). De vraag is dus niet alleen welke middelen en vaardigheden aanwezig zijn in de onderneming, maar ook of deze daadwerkelijk waardevol zijn, als de externe omgeving in ogenschouw wordt genomen. Zo

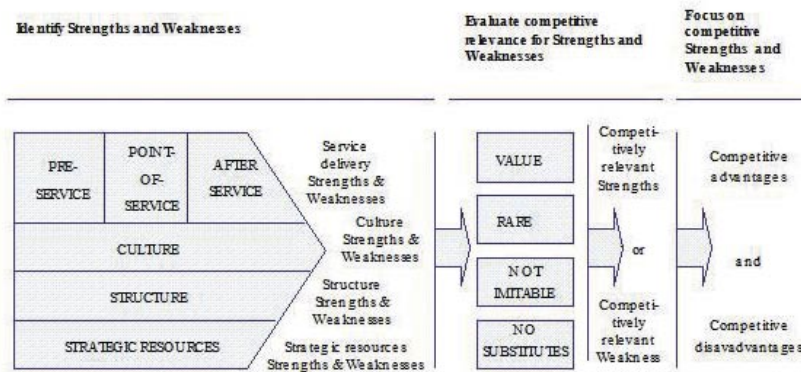
zal bijvoorbeeld bij een ziekenhuis dat een gedifferentieerde positie inneemt doordat zij toegang heeft tot strategische middelen en vaardigheden die weinig andere ziekenhuizen in de markt bezitten, een zorgverzekeraar zich eerder bereid tonen een hoge prijs voor bepaalde dienstverlening te betalen (Douglas & Ryman 2003). Het feit dat middelen en vaardigheden waardevol en zeldzaam zijn, is echter niet voldoende om ook op lange termijn concurrentievoordeel te kunnen behouden. Hiertoe dient volgens de RBV aan twee aanvullende voorwaarden te zijn voldaan. De middelen en vaardigheden moeten moeilijk verkrijgbaar zijn, en alleen tegen hoge kosten te substitueren (Barney 1991). Bijvoorbeeld op grond van unieke historische condities, complexe sociale interacties buiten de invloedssfeer van management of omdat het verband tussen middelen en concurrentievoordeel niet duidelijk is.

Bij het creëren van concurrentievoordeel staan niet de middelen zelf centraal, maar de processen en activiteiten die het effectief aanwenden van middelen mogelijk maken (Johnson & Scholes 1999). Hierbij maakt de RBV onderscheid tussen middelen en competenties. Eerstgenoemde zijn min of meer vrij verkrijgbaar op de markt, terwijl competenties intern worden ontwikkeld door de wijze waarop een onderneming zijn middelen gebruikt om kennis en vaardigheden te ontwikkelen. Alleen kerncompetenties, daadwerkelijk onderscheidende competenties in relatie tot concurrenten, dragen bij aan concurrentievoordeel (ibid. 1999). Swayne et al. (2006) benadrukken in dit verband het verschil tussen het aanwenden van basismiddelen en -competenties met een zeker drempelniveau om tegemoet te komen aan de minimumeisen van de klant om concurrerend te kunnen zijn, en unieke middelen en kerncompetenties die daadwerkelijk *concurrentievoordeel* opleveren. Vanuit deze optiek zal een ziekenhuis dat orthopedie als specialisme wil aanbieden, over een aantal artsen dienen te beschikken met specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van orthopedische zorg. Hoewel aangenomen mag worden dat de instellingen die deze vorm van zorg aanbieden over bepaalde minimum competenties beschikken, zullen er echter maar enkele zijn die de kennis en vaardigheden ontwikkelen tot een niveau dat er sprake is van een onderscheidende competentie.

Op de theorie zoals de Resource Based View deze presenteert, is door een aantal auteurs kritisch gereageerd. Volgens Priem en Butler (2001) is de RBV weinig specifiek als het gaat om de definitie van middelen die tot concurrentievoordeel zouden kunnen leiden en ook wordt de causale relatie tussen middelen, competenties en concurrentievoordeel onvoldoende belicht. Bovendien biedt het perspectief geen aanknopingspunten met betrekking tot het ontwikkelen van competenties op termijn en hoe deze daadwerkelijk als onderscheidend kunnen worden behouden (Bogner, Thomas & McGee 1999).

Een model dat wel kan bijdragen aan inzicht in de wijze waarop aanwending van middelen en competenties kunnen leiden tot concurrentievoordeel, is de Waardeketen (*Value Chain*) (Johnson & Scholes 1999). Door middel van de Waardeketen kan worden vastgesteld hoe op ieder punt in het voortbrengingsproces van goederen of diensten van een onderneming, waarde wordt toegevoegd (Porter 1985). De wijze waarop iedere activiteit wordt uitgevoerd en het rendement dat daarop wordt behaald, vormt zowel de basis voor de kostenpositie ten opzichte van concurrenten, als voor differentiatiemogelijkheden. Als het gaat om een patiënt in een ziekenhuis, kan door het analyseren van de verschillende (be)handelingen worden nagegaan waar de afstemming van activiteiten tot meer efficiency kan leiden. Of hoe bijvoorbeeld meer waarde kan worden gecreëerd door beter aan de behoeften van de patiënt tegemoet te komen (Kramer 2001). Deze mogelijkheden tot waardecreatie liggen volgens Porter (1985) met name in de optimalisatie van de *verbindingen* tussen de activiteiten. Het belang dat de RBV hecht aan processen en activiteiten waarmee middelen worden aangewend, wordt dus ook door Porter (ibid. 1985) erkend.

In onderstaande figuur wordt de Waardeketen geïntegreerd met de voorwaarden voor duurzaam concurrentievoordeel uit de *Resource Based View*.



Figuur 4 Strategische kaart voor het identificeren van concurrentievoordelen en -nadelen (Swayne et al. 2006)

De waardeketen⁶ die links in figuur 4 staat afgebeeld, bestaat uit zes gebieden waarin waardecreatie kan plaatsvinden. Hoewel de drie dienstverleningsactiviteiten in het primaire proces - *pre-service*, *point-of-service* en *after service* – de fundamenteel waarde creërende activiteiten zijn, kunnen organisatiecultuur, structuur en strategische productiemiddelen de waarde van dienstverlening sterk verhogen (Swayne et al. 2006). De kwaliteit die patiënten in het primaire proces ervaren, wordt net zo sterk beïnvloed door de wijze waarop en de omgeving waarin de dienstverlening plaatsvindt, als door de kwaliteit van medische handelingen (Hutton & Richardson 1995). De cultuur, huisvesting, technologie, informatie en medewerkers vormen de basis voor dit belangrijke aspect van kwaliteit.

Nu de basis van concurrentievoordeel vanuit verschillende perspectieven is beschreven, wordt in de volgende paragraaf ingegaan op strategieën die gevolgd kunnen worden om het concurrentievoordeel ook daadwerkelijk te realiseren.

4.4 Concurrentiestrategieën

4.4.1 Generieke strategieën van Porter

Volgens Porter (1980, 1985) kunnen ondernemingen afhankelijk van het gekozen markt bereik (marktbreed of een specifiek segment) en de bron van concurrentievoordeel (lage kosten of differentiatie) drie generieke strategieën toepassen.



Figuur 5 Generieke strategieën (Porter 1985). In: Mandour, Bekkers en Waalewijn (2005)

⁶ Dit is een variatie op de Waardeketen zoals Porter die heeft ontwikkeld, afgestemd op de gezondheidszorg

Ondernemingen die **kostenleiderschap** als strategie hanteren trachten concurrentie-voordeel te behalen door een product of dienst tegen een lagere prijs te produceren dan concurrenten. Dit betekent dat de onderneming een hogere winstmarge kan behalen door dezelfde prijs te vragen als de concurrentie of een marge van gelijk niveau te realiseren bij het vragen van een lagere prijs. Kostenleiderschap vraagt een actief streven naar schaalvoordelen, het controleren van overheadkosten en minimaliseren van kosten op het gebied van onderzoek, service en levering (Porter 1980).

Het gevaar van een dergelijke strategie voor zorginstellingen is dat klanten een lage prijs kunnen associëren met lagere kwaliteit (Swayne et al. 2006:264-267). Daarnaast is concurreren op prijs in de Nederlandse ziekenhuissector op dit moment nog beperkt mogelijk omdat slechts voor 10% van het zorgaanbod vrij onderhandelbare prijzen gelden. Risico's met betrekking tot het kostenleiderschap liggen in technologische veranderingen die enerzijds concurrenten in staat stellen ook kostenvoordelen te behalen, en anderzijds differentiatie stimuleren waardoor het (zorg)product van de kostenleider voor klanten minder interessant wordt. Ondernemingen dienen voor effectief kostenleiderschap dan ook te beschikken over een relatief groot marktaandeel en het kostenvoordeel dient groot genoeg te zijn (Porter 1980).

Bij een **differentiatiestrategie** brengt de onderneming een dienst of product voort dat – in de ogen van de klant – superieur is ten opzichte van de concurrentie en de klant ook bereid is voor dit gepercipieerde verschil te betalen. Ondernemingen die deze strategie hanteren kunnen een hogere prijs vragen op grond van bijvoorbeeld producteigenschappen, servicekwaliteit of distributiekanalen. Merknaam of imago spelen bij de waargenomen kwaliteit vaak een belangrijke rol. Risico van een gedifferentieerde strategie is dat een groot verschil in prijs tussen het gedifferentieerde product en dat van de lage kostenonderneming, tot gevolg kan hebben dat de markt de prijs niet gerechtvaardigd vindt. Ook zorgen substituten er vaak voor dat bij een groeiende markt de waargenomen differentiatie als minder waardevol wordt ervaren (Swayne et al. 2006). Ziekenhuizen met differentiatie strategieën leggen bijvoorbeeld de nadruk op kwaliteit, het gebruik van de laatste technologieën of het uitvoeren van geavanceerde behandelingen zoals orgaantransplantaties (Kumar 1997).

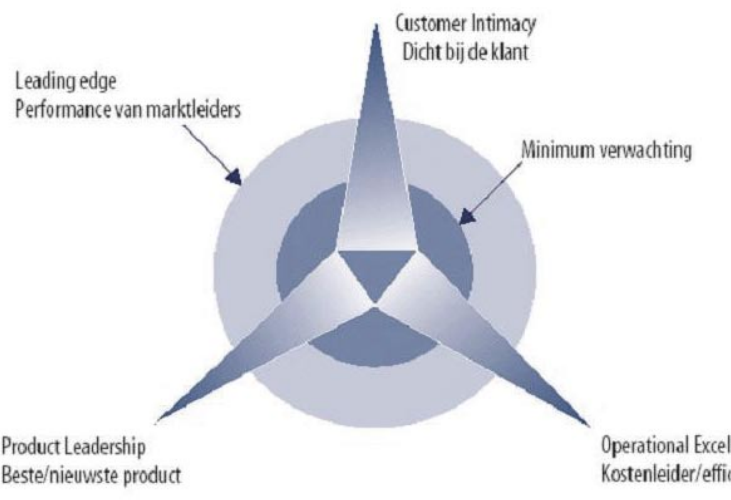
Ondernemingen die een **focusstrategie** hanteren, concentreren zich op een duidelijk afgebakend segment in de markt, wat net als het marktbrede perspectief gebaseerd kan zijn op kostenleiderschap of differentiatie. De onderneming hoopt met deze strategie een groter marktaandeel te bemachtigen door in het niche segment effectiever te functioneren dan concurrenten. Externe risico's kunnen voortkomen uit een zodanige groei van de markt dat voorheen niet geïnteresseerde concurrenten de markt willen betreden, of aan de andere kant de omvang van de markt juist vermindert (Swayne et al. 2006). Focusstrategieën van ziekenhuizen kunnen gericht zijn op het aanbieden van zorg voor specifieke ziekte-categorieën (bijvoorbeeld longziekten), maar ook op doelgroepen (bijvoorbeeld kinderen).

Hoewel Porter's theorie van generieke strategieën een van de meest invloedrijke bijdragen aan onderzoek naar strategisch gedrag in ondernemingen is geweest, twijfelen verschillende auteurs aan de geldigheid van de benadering in een concurrentieomgeving die in twee decennia aanzienlijk is veranderd (Campbell-Hunt 2000). Markten zijn dynamischer en kennisintensiever geworden, en het anticiperen en inspelen op gewijzigde klantbehoeften wordt steeds belangrijker. Behalve dat Porter de organisatie (in relatie tot de omgeving) centraal stelt en niet de klant, betreft hij de bedrijfscultuur, motivatie van medewerkers en het niveau van communicatie nauwelijks in zijn analyses (Aktouf, Chenoufi & Holford 2005). Vanwege het arbeidsintensieve karakter van de gezondheidszorg en de belangrijke rol die professionals daarin spelen, zijn zowel de specifieke cultuur als medewerkergerelateerde factoren belangrijke invloeden met betrekking tot strategieformulering en -implementatie (Mouwen 2004). Bovenal zullen klantbehoeften

door instellingen bij toenemende marktwerking tot prioriteit moeten worden verheven, om continuïteit te garanderen. Een model dat wel rekening houdt met deze factoren en de waarde voor de klant centraal stelt, is het Waardediscipline Model van Treacy en Wiersema (1995).

4.4.2 Het Waardediscipline model

Volgens Treacy and Wiersema (1995) kunnen alleen ondernemingen die een overtuigende keuze maken een ‘waardediscipline’ centraal te stellen, tot de beste in hun bedrijfstak uitgroeien. De keuze welke waarde een onderneming haar klanten wil bieden, bepaalt niet alleen de structuur, cultuur en operationele processen van de organisatie, maar synchroniseert deze bedrijfsonderdelen eveneens. Hoewel het Waardediscipline model enige overlap vertoont met de generieke strategieën van Porter, is het belangrijkste verschil dat voor de strategieën niet het organisatieperspectief leidend is, maar de waarde voor de klant. Bovendien dient voor iedere waardediscipline een minimumverwachting van de klant te worden ingevuld, een zogenaamd drempelniveau, ongeacht welke strategie wordt gekozen (Treacy & Wiersema 1995).



Figuur 6 Het Waardediscipline model (Treacy & Wiersema 1995)

Ondernemingen die kostenleiderschap (*operational excellence*) als strategie kiezen, bieden de klant concurrerende prijzen, een consistente productkwaliteit en een goed, maar beperkt productassortiment dat dicht binnen het bereik van de klant ligt (Porter 1980). Dit komt er op neer dat overvloedige service en productiestappen worden geëlimineerd, vergaande standaardisatie van bedrijfsvoeringsprocessen plaatsvindt en overheadkosten zoveel mogelijk worden verminderd. Voor zover innovatieprocessen een rol spelen, gaat het om de capaciteit vernieuwingen te kopiëren van productleiders (Kaplan & Norton 2004b). Hierbij zijn met name vaardigheden en kennis belangrijk die een voortdurende procesverbetering mogelijk maken, zodat kwaliteit op peil blijft, terwijl kosten laag gehouden worden. In ziekenhuizen maken zogenaamde ‘behandelstraten’ het mogelijk door de voorspelbaarheid en de routinematige processen, de efficiency sterk te verbeteren. Hierbij gaat het voornamelijk om standaardisering van behandelingen in de electieve zorg zoals cataracten en heupen (Putters et al. 2006).

Waar ondernemingen met een strategie van lage kosten een beperkte lijn van producten en diensten voeren om de bedrijfskosten laag te houden, staat bij **klantenpartnerschap** (*customer intimacy*) de volledigheid van het aanbod centraal (Treacy & Wiersema 1995). De onderneming is gericht op het ontwikkelen van sterke klantrelaties met een beperkte groep klanten die bereid zijn voor de service-opmaat te betalen. Hierbij prevaleert het opbouwen van klantenloyaliteit en niet zozeer het rendement van

een individuele transactie. Medewerkers dienen boven alles de behoeften van de klant centraal te stellen, en signalen van klanten tijdens een dienstverleningsmoment te kunnen vertalen in een verbeterde dienstverlening in de toekomst. De initiële kosten om de klant te kunnen geven waar hij of zij tijdens een dienstverleningsproces om vraagt, zijn ondergeschikt aan het opbouwen van klantloyaliteit voor de lange termijn in de verwachting dat deze zich op termijn zullen terugbetalen (Kaplan & Norton 2004b). De vestiging van buitenpoli's gericht op specifieke groepen chronisch zieken, zou als een ontwikkeling richting klantenpartnerschap door algemene ziekenhuizen kunnen worden beschouwd. Een ander voorbeeld is het toewijzen van een *casemanager* die de patiënt tijdens het gehele zorgproces in het ziekenhuis begeleidt (Fritzsche et al. 2004)

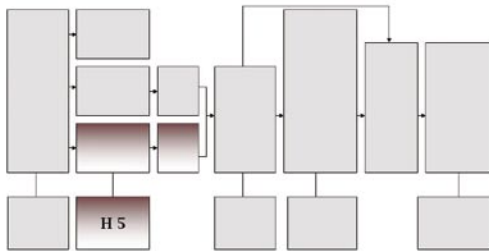
Een strategie van **productleiderschap** (*product leadership*) kenmerkt zich door een voortdurende vernieuwing van product, dienst en dienstverleningsproces (Treacy & Wiersema 1995). In de korte tijd dat een monopoliepositie van een nieuw ontwikkeld product bestaat, kan de onderneming hoge prijzen vragen aan de klant die het unieke product waardeert. Innovatie- en productontwikkelingsprocessen die het snel op de markt brengen van producten zeker stellen, krijgen in deze strategie daarom prioriteit. Hierbij is continue verbetering en flexibiliteit in bedrijfsvoering belangrijker dan tegen lage kosten kunnen produceren. Behalve specifieke deskundigheid, is multidisciplinaire samenwerking en een cultuur die het nemen van risico's aanmoedigt, cruciaal. Daarnaast speelt ICT een belangrijke rol bij overdracht van kennis en het op de markt brengen van nieuwe producten (Kaplan & Norton 2004a). In de gezondheidszorg wordt deze strategie met name bij Universitaire medische centra en bij topklinische ziekenhuizen toegepast.

4.5 Samenvatting

Door de overgang van prestatiebekostiging naar marktwerking wordt het steeds belangrijker voor ziekenhuizen om een duidelijke strategische koers uit te zetten en zich te positioneren ten opzichte van andere instellingen. Daarbij zullen ziekenhuizen zich moet afvragen waar hun mogelijkheden liggen om duurzaam concurrentievoordeel te verwerven. Niet alleen door de begrenzingen en kracht van de eigen middelen en vaardigheden te identificeren, maar ook door deze in relatie te brengen met de kansen en bedreigingen die zich in de ziekenhuissector voordoen.

In het volgende hoofdstuk zal worden belicht op welke manier vastgoed de basis kan vormen voor concurrentievoordeel en hoe de toegevoegde waarde van (ziekenhuis)vastgoed kan worden benut.

Hoofdstuk 5 Corporate Real Estate Management (CREM)



5.1 Inleiding

Zoals de naam al aangeeft, heeft Corporate Real Estate Management betrekking op het managen van ondernemingsvastgoed. De ontwikkeling in het vakgebied gedurende de laatste twee decennia, heeft ervoor gezorgd dat ondernemingen hun vastgoed anders zijn gaan benaderen (Dewulf, Krumm & De Jonge 2000). In plaats van een onderwerp dat slechts zijdelings aan de orde komt, wordt vastgoed steeds meer beschouwd als een productiemiddel dat naast arbeid, kapitaal, technologie en kennis een belangrijke bijdrage kan leveren aan ondernemingsdoelstellingen (Joroff et al. 1993).

De focus van CREM ligt op de afstemming tussen de vastgoedstrategie en de algemene ondernemingsstrategie enerzijds, en de bijdrage aan het primaire proces anderzijds. In deze optiek is vastgoed niet alleen een *asset*, maar ook een *facility*. In de hiernavolgende definitie van De Jonge (Dewulf, Krumm & De Jonge 2000), komen deze aspecten expliciet naar voren.

“Corporate Real Estate Management is het management van de vastgoedportfolio van een onderneming door de portfolio en de diensten af te stemmen op de behoeften van het primaire proces, om daarmee maximale toegevoegde waarde te creëren voor het bedrijf en optimaal bij te dragen aan de totale prestatie van de onderneming”.

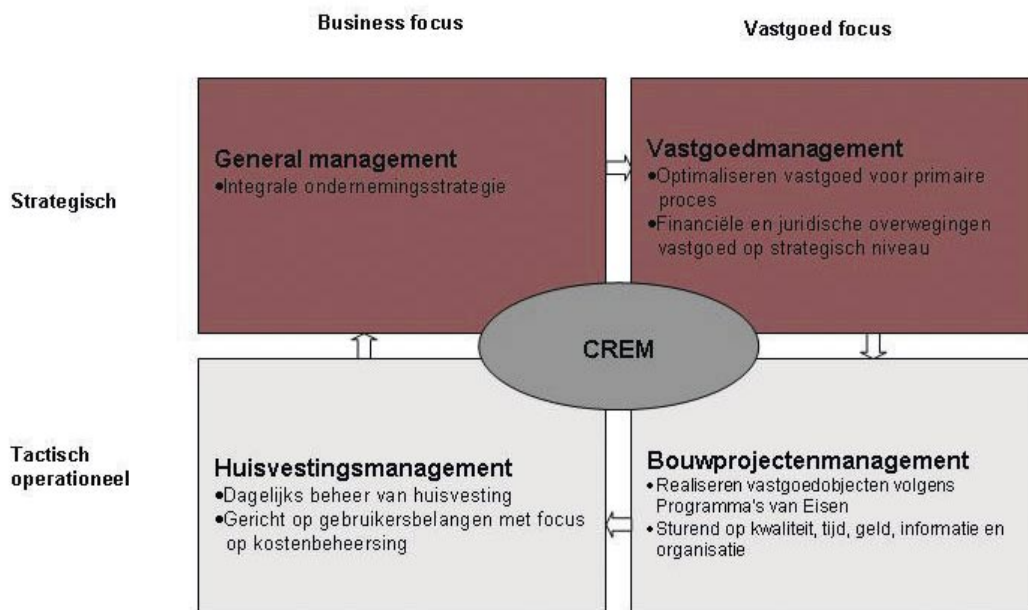
In dit hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op hetgeen vastgoed op strategisch niveau voor de onderneming kan betekenen. Daartoe zal CREM eerst als vakgebied worden gepositioneerd ten opzichte van aanverwante vakgebieden (5.2), waarna een kader wordt geschept voor de beschrijving van de toegevoegde waarde van ondernemingsvastgoed vanuit verschillende perspectieven. Achtereenvolgens worden in paragraaf 5.3 het begrip waarde, de huidige benadering van vastgoed en het strategisch model besproken. Aan de hand hiervan zal de waarde van ondernemings- en ziekenhuisvastgoed worden beschreven in paragraaf 5.4. Paragraaf 5.5 bundelt de in dit hoofdstuk beschreven elementen van toegevoegde waarde in vastgoedstrategieën om te besluiten met een samenvatting in 5.6.

5.2 CREM: aanverwante begrippen en aandachtsvelden

Real Estate Management (REM) heeft betrekking op het vastgoedbeheer zoals dat door een belegger wordt gedaan, met als doel het behalen van een maximaal rendement op het in het vastgoed geïnvesteerde vermogen (Dewulf et al. 2000). Waardeontwikkeling speelt hierin een belangrijke rol. Bij ondernemingsvastgoed wordt rendement echter benaderd vanuit kostenminimalisatie en het maximaliseren van de indirecte opbrengsten, voortkomend uit de maximale ondersteuning van het primaire proces (Van Driel 2003). Waar bij CREM bedrijfsconformiteit van vastgoed de boventoon voert om het primaire proces te kunnen ondersteunen, legt REM de nadruk op marktconformiteit (Dewulf et al. 2000). Dit verschil in focus heeft belangrijke gevolgen voor de afwegingen die worden gemaakt bij vastgoedbeslissingen.

Hoewel met een eigen traditie en focus, kennen het hierboven omschreven CREM en Facility Management (FM) als vakgebieden een zekere overlap. FM heeft betrekking op het verlenen van ondersteunende diensten om aan strategische behoeften van de onderneming tegemoet te komen (Alexander 2001). Het gaat hierbij niet alleen om huisvesting, maar ook om andere diensten en hulpmiddelen. Hoewel beiden zich richten op het creëren van maximale waarde voor het primaire proces, houdt FM zich meer bezig met het integrale management van huisvesting en services op een operationeel niveau, vanuit een korte termijn perspectief. CREM heeft een meer strategische oriëntatie (Eldonk, Fritzsche & Roomer 1999).

Binnen CREM kunnen verschillende aandachtsvelden worden onderscheiden. Deze kunnen in een matrix worden geplaatst met een verdeling naar focus, business versus vastgoed, en naar niveau, strategisch versus tactisch/operationeel (Suyker 1996).



Figuur 7 Aandachtsvelden Corporate Real Estate Management (Suyker 1996)

Het **general management** perspectief richt zich op het bereiken van de ondernemings-doelstellingen, in het bijzonder op de winstdoelstelling en het waarborgen van continuïteit. **Vastgoedmanagement**, dat ook een onderwerp op strategisch niveau vormt, heeft betrekking op de taak het vastgoed zo te benutten dat het primaire proces optimaal wordt ondersteund. Financierings- en investeringsvraagstukken worden vanuit een bedrijfseconomische invalshoek beoordeeld en ingevuld.

Binnen CREM kunnen als aandachtsvelden op tactisch en operationeel niveau het bouwprojecten- en huisvestingsmanagement worden onderscheiden. **Bouwprojectenmanagement** is gericht op specifieke projecten. Het ziet toe op het controleren van uitgaven en het bereiken van doelstellingen aan de hand van de door de onderneming gestelde richtlijnen. Tot slot is het dagelijkse beheer van belang. Op operationeel niveau wordt optimale ondersteuning aan de huisvestingsbehoeften geleverd door het **huisvestingsmanagement**.

In dit onderzoek wordt de nadruk gelegd op de bovenste twee niveaus. In hoofdstuk 4 is reeds ingegaan op de integrale ondernemingsstrategie, linksboven in de figuur. De rest van dit hoofdstuk zal gewijd zijn

aan vastgoed vanuit een strategisch perspectief, corresponderend met het vak rechtsboven. Hoofdstuk 6 zal beide visies integreren en belichten hoe de vastgoedstrategie kan worden afgestemd op het integrale organisatiebeleid.

5.3 De toegevoegde waarde van ondernemingsvastgoed

5.3.1 Het begrip toegevoegde waarde

Er is in toenemende mate aandacht in onderzoek voor het realiseren van concurrentievoordeel door middel van toegevoegde waarde van ondernemingsvastgoed. Maar hoewel de importantie van het concept voor velen duidelijk is, wordt weinig aandacht besteed aan de definitie van het begrip (Chematony, Harris & Dall'Olmo Riley 2000; Lindholm & Mudrak 2005). In CREM literatuur wordt veelal aansluiting gezocht bij de definitie zoals deze in strategisch management wordt gehanteerd. Als 'waarde' datgene is wat klanten bereid zijn te betalen, zou 'toegevoegde waarde' kunnen worden gedefinieerd als hetgeen aan inkomen resteert na aftrek van de kosten die gemaakt zijn om dat inkomen te genereren (O'Mara 1999:251). Ook CREM kan vanuit dat perspectief worden gezien. Het geheel aan vastgoedproducten, -diensten en -processen dat wordt aangewend om de onderneming te ondersteunen in het realiseren van haar doelstellingen, dient meer waarde te creëren dan het totaal aan kosten die aan deze activiteiten verbonden zijn (Lindholm & Mudrak 2005). De vraag is of deze waarde door een ieder op dezelfde wijze wordt beoordeeld en hoe dit wordt vastgesteld. Toegevoegde waarde is een multidimensionaal concept dat op heel verschillende wijze kan worden geïnterpreteerd (Chematony et al. 2000). Ook de waarde van vastgoed kent volgens het Vastgoed Lexicon van Keeris (1997) een sterke subjectieve component. Van der Voordt en Den Heijer (2004:166) voegen hieraan toe dat deze subjectieve waardering van de performance van ondernemingsvastgoed al naar gelang de doelstellingen van de organisatie, meer gericht is op technische, functionele of economische prestaties. Afhankelijk van de ondernemingsdoelstellingen kan dus een verschillend gewicht aan de verschillende vormen van vastgoedperformance worden toegekend. Vanuit dit perspectief is de aard van de toegevoegde waarde niet alleen *afhankelijk* van de integrale ondernemingsstrategie, maar wordt er ook door *gedefinieerd* (Lindholm & Mudrak 2005).

5.3.2 De huidige benadering van ondernemingsvastgoed

De toegevoegde waarde van ondernemingsvastgoed wordt doorgaans benaderd vanuit financieel en kostengeoriënteerd perspectief, uitgedrukt in termen als efficiënt ruimtegebruik, kostenreductie en kapitaalminimalisatie (Nourse 1994; Lindholm et al. 2006; Simms & Rogers 2006). Deze klassieke manieren om de performance te meten richten zich alleen op de effectiviteit van vastgoed in termen van besparingen en zeggen weinig over de mogelijkheden om door middel van goed vastgoedmanagement tot opbrengstenverhoging te komen. Directe, financiële stromen worden als uitgangspunt genomen en indirecte, niet-financiële baten buiten beschouwing gelaten (O'Mara 1999; De Vries 2002b). Omdat vastgoedbeslissingen vaak een uitgestelde invloed op de financiële performance van een onderneming hebben, wordt op deze manier slechts een deel van de toegevoegde waarde van vastgoed onderkend (De Vries 2002b; Krumm & De Vries 2003; Lindholm et al. 2006). Daarnaast kan het kiezen van een kostenperspectief voor de korte termijn ertoe leiden dat activiteiten die op de lange termijn tot winstgevendheid kunnen leiden, niet meer worden ontplooid (Olve, Roy & Wetter 1999). De financiële gegevens geven geen inzicht in de wijze waarop concurrentievoordeel met ondernemingsvastgoed kan worden gecreëerd en geven onvoldoende antwoord op de vraag of de onderneming genoeg investeert om de core-business te ondersteunen. Zo blijft het succes, of juist het gebrek daaraan, van vastgoedbeslissingen op het primaire proces onduidelijk.

5.3.3 *Strategisch model*

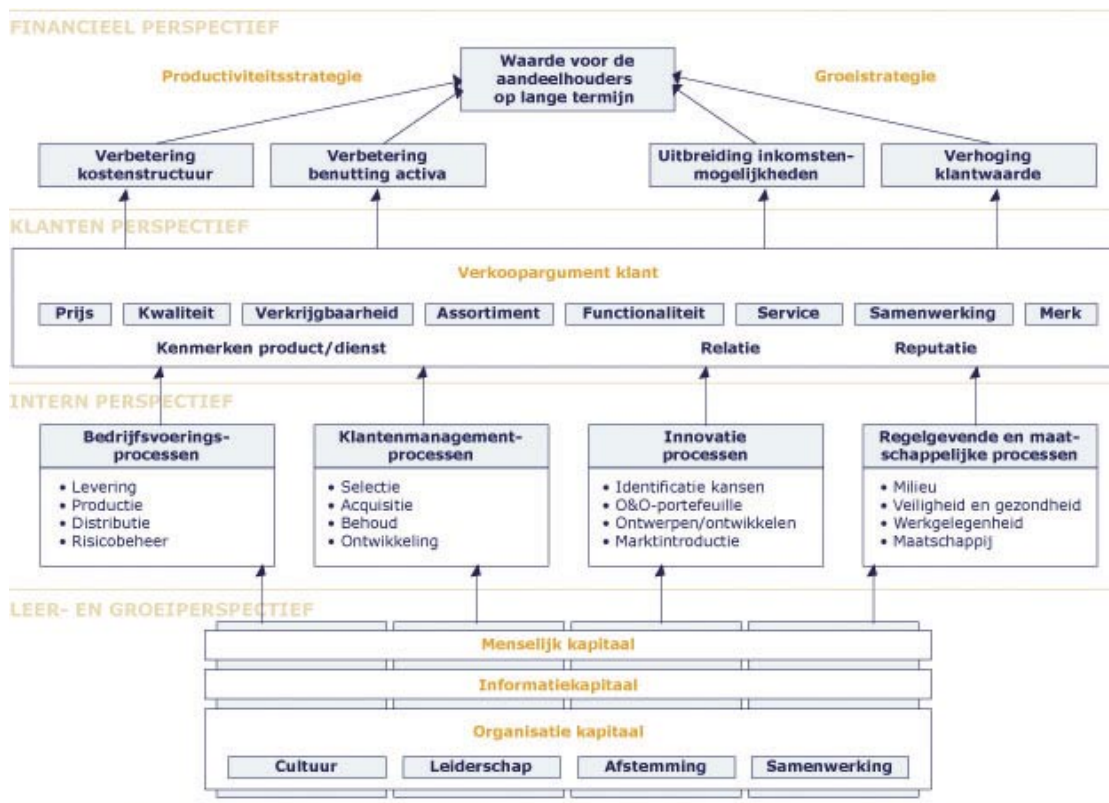
In deze studie is gezocht naar een model dat de toegevoegde waarde van ziekenhuisvastgoed inzichtelijk maakt en als raamwerk zou kunnen dienen voor strategische vastgoedbeslissingen. Doordat het vakgebied CREM nog relatief jong is, ontbreekt een adequaat instrumentarium om de bijdrage van vastgoed aan de performance van de onderneming in kaart te brengen (Buijssen 2001). Gebruikte methoden beperken zich meestal tot het uitvoeren van investeringsanalyses met behulp van *discounted cash flow* technieken⁷ of kostencalculaties (De Vries 2002a). Deze methoden geven echter onvoldoende inzicht in de relatie tussen vastgoedactiviteiten en de financiële parameters van de onderneming. *Value Based Management* (VBM) is een managementtechniek die de bijdrage van activiteiten aan de uiteindelijke waardecreatie wel inzichtelijk tracht te maken. De belangrijkste indicator van VBM, *Economic Value Added* (EVA), definieert waardecreatie als het verschil tussen de netto operationele winst en de kosten van het gebruikte kapitaal (Brigham, Capenski & Ehrhardt 2005). Hoewel EVA belangrijke bezwaren van andere financiële maatstaven, zoals het rendement op investeringen (ROI) opheft, heeft de methode betrekking op prestaties uit het verleden en biedt weinig aanknopingspunten voor toekomstig concurrentievoordeel⁸. Bovendien is afstemming op de integrale strategie niet verzekerd. Een model dat de hierboven beschreven bezwaren mogelijk kan ondervangen, is de Balanced Scorecard (BSC). In de BSC worden niet-financiële, toekomstgerichte indicatoren (*leading indicators*) gecombineerd met financiële, op het verleden gerichte indicatoren (*lagging indicators*). Het model draagt bij aan een goede afweging van verschillende, soms tegenstrijdige belangen die zich vanuit een financieel, klant-, proces-, en leer- en groeiperspectief kunnen manifesteren (Kaplan & Norton 2004b). Daarmee komen ook niet-financiële belangen onder de aandacht en kunnen afwegingen tussen de korte en lange termijn plaatsvinden.

5.3.4 *De strategiekaart van de Balanced Scorecard*

Begin jaren negentig ontstond het besef dat bestaande benaderingen van prestatiemeting onvoldoende aansloten bij de noodzaak tot continue verbetering en innovatie in een concurrerende omgeving (Kaplan & Norton 1996). De voornamelijk financiële prestatiemetingen werden als een belemmering ervaren voor het scheppen van waarde in de toekomst, omdat investeringen in immateriële activa op basis van deze maatstaven werden ontmoedigd. Dergelijke investeringen vertalen zich immers pas na verloop van tijd in positieve financiële resultaten (ibid 1996). Als antwoord op deze gedachtegang werd de BSC ontworpen, een performancemeetsysteem dat uitgaat van een evenwicht tussen doelstellingen op korte en lange termijn, tussen financiële en niet-financiële metingen en tussen externe en interne perspectieven. Hoewel het model aanvankelijk werd gebruikt om de meting van materiele en immateriële activa te verbeteren, is de BSC uitgegroeid tot een instrument voor het beschrijven en implementeren van de strategie van een onderneming (Kaplan & Norton 2000).

⁷ Bij deze techniek wordt de huidige waarde van toekomstige cashflows vastgesteld, rekening houdend met de kosten van kapitaal (Brigham & Ehrhardt 2005)

⁸ Meer informatie over EVA kan worden gevonden in: Stewart III, G.B. (1991), *The Quest for Value: A Guide for Senior Managers*, Harper Business, New York, NY



Figuur 8 De strategiekaart van de Balanced Scorecard (Kaplan & Norton 2004b)

De strategiekaart (strategy map) van de BSC is een visuele weergave van de oorzaak-gevolg relaties tussen de onderdelen van de organisatiestrategie (Kaplan & Norton 2000). Het model dwingt ondernemingen te verduidelijken hoe zij denken waarde te kunnen creëren en voor wie.

Het **financiële perspectief** geeft aan of de implementatie en uitvoering van de strategie tot een verbetering in financiële resultaten heeft geleid. Dit wordt doorgaans gemeten aan de hand van maatstaven zoals rendement op geïnvesteerd vermogen, *economic value added*, aandeelhouderswaarde, en kosten per eenheid. Bij publieke en non-profitorganisaties gaat het niet zozeer om de groei in aandeelhouderswaarde, maar om het realiseren van een financiële basis die sterk genoeg is om de missie te realiseren.

Het **klantperspectief** beschrijft welke unieke waardepropositie de onderneming haar klanten biedt. Het definieert de mix van product en diensten voor de doelgroep, het bedrijfsimago en de wijze waarop de organisatie haar klantrelaties wil versterken. Het perspectief vormt de context waarbinnen de immateriële activa waarde kunnen creëren.

In het **perspectief interne processen** worden de processen beschreven die het belangrijkste zijn voor het creëren van de unieke waardepropositie. Afhankelijk van de manier waarop de onderneming zich ten opzichte van concurrenten wil onderscheiden – door kostenleiderschap, klantpartnerschap of productleiderschap – wordt de nadruk gelegd op de processen die deze waardepropositie het beste kunnen leveren. Omdat de verbetering van bedrijfsvoeringsprocessen op korte termijn tot financiële voordelen leidt, terwijl klantmanagement-, innovatie- en regelgevende processen dit pas op de middellange en lange termijn doen, dient een gebalanceerde strategie alle vier de processen, tenminste op drempelniveau, te bevatten (Kaplan & Norton 2000).

De doelstellingen van het **leer- en groeiperspectief** omschrijven welke competenties (menselijk kapitaal), arbeidsklimaat (organisatiekapitaal) en systemen (informatiekapitaal) noodzakelijk zijn om interne processen optimaal te kunnen ondersteunen. Hoewel de immateriële activa zelden waarde op zichzelf creëren, vormen ze samen de basis voor duurzame verandering die nodig is om de strategie te realiseren. De mate waarin en de snelheid waarmee investeringen in het leer- en groeiperspectief zich vertalen in verbetering van financiële resultaten (*'strategic readiness'*), is afhankelijk van de afstemming op de ondernemingsstrategie en de integratie van vaardigheden, kennis, informatiesystemen en cultuur (Kaplan & Norton 2004a).

De BSC gaat uit van oorzaak- en gevolgrelaties die de doelstellingen uit de vier perspectieven met elkaar verbinden. Het financiële en klantperspectief omschrijven de resultaten die de onderneming hoopt te realiseren. Enerzijds een vergroting van de aandeelhouderswaarde door middel van groei en productiviteitsstijgingen, anderzijds een toename van klantsatisfactie, klantentrouw en als gevolg daarvan een stijging in het bedrag aan bestedingen. De financiële doelstellingen kunnen alleen worden behaald als de klanten uit de doelgroep tevreden zijn, wat afhangt van de waardepropositie die door middel van de interne processen aan de klant wordt geleverd. De immateriële activa ondersteunen de interne processen en vormen daarmee de basis van waardecreatie op lange termijn.

5.3.5 De betekenis van de strategiekaart voor strategisch vastgoedmanagement van ziekenhuizen

Hoewel de BSC in de gezondheidszorg nog relatief kort wordt toegepast, hebben diverse auteurs het gebruik en de mogelijke voordelen van het model voor ziekenhuizen beschreven (Pink et al. 2001; Meliones 2000; Urrutia & Eriksen 2005). De BSC kan een raamwerk voor besluitvorming in zorginstellingen verschaffen en medewerkers beter de waarde van hun werk doen begrijpen in relatie tot de strategische doelstellingen (Inamdar & Kaplan 2002). Bovendien dwingt het model de betrokkenen tot het verduidelijken van de organisatiestrategie en consensus over de strategie te verkrijgen. Gebruik van het model door zorginstellingen leidt volgens Inamdar en Kaplan (2002) niet alleen tot een vergroting van het marktaandeel, maar ook tot een verbetering van financiële resultaten en een hogere klantsatisfactie. Uit recentelijk onderzoek van KPMG (2006) blijkt dat ook in Nederland het model steeds vaker door non-profitorganisaties wordt gebruikt.

De toepassing van de BSC in Corporate Real Estate Management staat in tegenstelling tot het gebruik in professionele vastgoedorganisaties (Grunt 2001), nog in de kinderschoenen. Verschillende auteurs verwijzen weliswaar naar de BSC om de stelling te ondersteunen dat ondernemingsvastgoed als productiemiddel op meerdere manieren kan bijdragen aan groei van de onderneming (Krumm & De Vries 2003; Sarosoja et al. 2004; Lindholm & Gibler 2005), maar er wordt slechts in enkele onderzoeken verwezen naar de geschiktheid van het model als theoretisch raamwerk om de directe én indirecte bijdrage van vastgoed aan de performance van ondernemingen vast te stellen (Burns 2002; Amaratunga & Baldry 2003; Lindholm et al. 2006). Eén van de weinige auteurs die de toepassing van de BSC in CREM heeft onderzocht is Steinbach (2002). Hij constateert dat het model ervoor zorgt dat vastgoedactiviteiten beter op de ondernemingsdoelstellingen worden afgestemd en de bijdrage van CREM aan het realiseren van deze doelstellingen inzichtelijk wordt gemaakt. Amaratunga et al. (2002) trok vergelijkbare conclusies in het onderzoek naar de toepassing van de BSC in het directoraat Facility Management van de National Health Service (NHS) in Engeland. Strategische prioriteiten werden duidelijker gesteld en een sterke verbetering van communicatie en samenwerking was merkbaar.

Concluderend kan worden gesteld dat de BSC enerzijds laat zien via welke processen immateriële activa uiteindelijk resulteren in tastbare financiële resultaten, zodat een afweging kan worden gemaakt tussen de korte termijn doelstelling kosten te besparen en de noodzaak te investeren voor groei op de lange termijn (Kaplan & Norton 2004a). Anderzijds zorgt het model voor een betere afstemming van vastgoedbeslissingen op de integrale strategie. Doordat inzichtelijk wordt gemaakt *op welke wijze* vastgoed bijdraagt aan het realiseren van doelstellingen, helpt het model draagvlak te verkrijgen in meerdere lagen van de organisatie (Amaratunga et al. 2002). Gezien de prominente positie van professionals in ziekenhuizen, is het verkrijgen van commitment een voorwaarde om de strategie te kunnen realiseren (Mouwen 2004).

Nu het begrip ‘waarde’ met betrekking tot vastgoed is gedefinieerd en het model van waaruit deze waarde kan worden benaderd, is beschreven, zullen in de volgende paragraaf beiden worden geïntegreerd.

5.4 De toegevoegde waarde van vastgoed vanuit de perspectieven van *Balanced Scorecard*

Zoals aan de orde is gekomen bij de huidige benadering van vastgoed, wordt de mogelijke bijdrage van vastgoed aan de ondernemingsdoelstellingen, vooral benaderd vanuit het oogpunt van kostenbesparingen. De vraag is echter wat de fysieke omgeving betekent voor de dienstverlening zoals klanten die ervaren, voor de organisatiecultuur of voor de tevredenheid van medewerkers. In deze paragraaf zal de toegevoegde waarde van ondernemingsvastgoed, zoals deze uit de literatuur naar voren komt, aan de hand van de vier perspectieven van de BSC, worden beschreven. Waar mogelijk zal specifiek op ziekenhuisvastgoed worden ingegaan.

5.4.1 Financieel perspectief

Kostenbeheersing en efficiencywinst

De toegevoegde waarde van vastgoed wordt door de meerderheid van de ondernemingen nog steeds gevonden in kostenreductie vanuit een operationele benadering (Lindholm et al. 2006). Indien investeringsbeslissingen vanuit strategisch perspectief worden gezien, zijn echter niet alleen aanschaffkosten van belang, maar de kosten gedurende de gehele levensduur van het vastgoed (O'Mara 1999). De initiële investeringskosten bedragen slechts een kwart van de totale kosten, zodat overige kosten zoals onderhoud, financiering, verzekering, renovatie en sloopkosten zwaar dienen mee te wegen in de investeringsbeslissing (Tranfield, Denyer & Burr 2004:285; Fritzsche et al. 2004:67-68). Op deze manier kan een afweging worden gemaakt te investeren in kostbare maar duurzame materialen die de exploitatiekosten verminderen, of flexibele bouwoplossingen toe te passen die de restwaarde van het gebouw positief beïnvloeden. Een voorbeeld is het bouwen conform *evidence based design* richtlijnen. Ullrich et al. (2004) constateren in hun onderzoek dat deze bouwmethodiek niet alleen voordelen biedt vanuit patiëntenperspectief, maar ook uit kostenoverwegingen de moeite loont. De meerkosten bij aanvang worden ruim gecompenseerd door besparingen op verminderd medicijngebruik van patiënten, een kortere ligduur en een lagere personele belasting.

Kostenbeheersing is voor organisaties ook een belangrijke reden om tot uitbesteding van vastgoedactiviteiten over te gaan (Evers, Van der Schaaf & Dewulf 2002; De Jonge 2002; Gibler & Black

2004). Investerings in overhead en technologie kunnen worden verminderd, terwijl de flexibiliteit door een mogelijke wisseling van service provider wordt verhoogd. Bovendien kan de aandacht van het management en de aanwending van bronnen worden gericht op de activiteiten die de onderneming concurrentievoordeel verschaffen. Voor Nederlandse ziekenhuizen zullen risicobeheersing en de noodzaak kennis en vaardigheden met betrekking tot strategisch vastgoedmanagement in huis te halen, meetellen bij de afweging om niet-zorgtaken vaker te gaan uitbesteden (Gibbels 2006). Het ligt minder voor de hand dat ziekenhuizen kostenbesparing als leidend motief voor uitbesteding zullen hanteren zolang de huidige BTW-regelgeving ongewijzigd blijft. Service providers zullen voor instellingen een hoge efficiencywinst moeten boeken om de door ziekenhuizen te betalen BTW van 19%, te compenseren (Fritzsche et al. 2004)

Voor ziekenhuizen betekent sturing op kostenbeheersing dat vooral effectieve logistiek en capaciteitsbenutting prioriteit dienen te krijgen. In Nederlandse ziekenhuizen is op dit vlak nog veel verbetering mogelijk. Onderzoek van Gupta Strategists (2006) toonde aan dat de gemiddelde benutting van gebouwen en inventaris in Nederlandse ziekenhuizen slechts 65% bedraagt. Hierbij is het ziekenhuis met de hoogste benutting als standaard aangehouden. Met de bestaande infrastructuur zou aan 3,7 miljoen extra patiënten eenheden zorg kunnen worden geleverd als de ziekenhuizen die onder het gemiddelde presteren, tot een gemiddelde benutting zouden kunnen komen. Ook Prismant denkt dat in de electieve zorg 20-25% efficiencywinst kan worden gerealiseerd (Van de Poel 2006). Vanwege de sterke relatie met zorgprocessen zal hierna dieper op efficiency en productiviteit worden ingegaan bij het processenperspectief.

Vastgoedwaarde op lange termijn

De marktwaarde van vastgoed wordt zowel door omgevingsgerelateerde als fysieke factoren bepaald (Greer & Kolbe 2003). De relatieve schaarheid en prijs van vergelijkbaar vastgoed in de regio, kan de waarde van grond en gebouwen op termijn beïnvloeden, evenals de aanleg van snelwegen of de beschikbaarheid van openbaar vervoer. Hetzelfde geldt voor fysieke kenmerken van het gebouw. Indien door veranderingen in fabricage- of opslagmethodieken een gebouw niet meer aan de vereiste standaard voldoet en als gevolg daarvan minder bruikbaar wordt, zal dit tot een afname van de marktwaarde leiden (ibid. 2003). Het integreren van bouwkundige en functionele flexibiliteit is een mogelijkheid om dergelijke schade te beperken, evenals het tijdig herontwikkelen of verkopen van verouderde gebouwen (Lindholm & Gibler 2005). Nourse en Roulac (1993) stellen dat ook omliggende gebouwen in waarde kunnen stijgen indien een nieuw gevestigde onderneming een grote bezoekersstroom trekt of het gebied opwaardeert door het aan het bedrijf verbonden imago. De betreffende onderneming zou daar gebruik van kunnen maken door de omliggende grond in eigendom te verwerven en zo van de waardestijging te profiteren, of vastgoed tegen aantrekkelijke voorwaarden te huren als compensatie voor de externe positieve effecten.

Net als ander ondernemingen die sterk afhankelijk zijn van technologie in hun bedrijfsvoeringsproces, zouden ziekenhuizen meer flexibiliteit in hun gebouwen moeten integreren om toekomstige veranderingen in medische denk- en werkwijze te kunnen accommoderen (CBZ 2005). Op dit aspect wordt in het processen perspectief in meer detail ingegaan. Bovendien zouden uit oogpunt van herontwikkeling, kantoor- en polikliniekfuncties aan de rand van ziekenhuisterreinen moeten worden gebouwd, om verhuurbaarheid of verkoop op termijn te vergemakkelijken (Fritzsche et al. 2004).

Financiële flexibiliteit

Financiële flexibiliteit betreft de juridische en financiële oplossingen die flexibiliteit bevorderen, zoals een goede balans tussen gebouwen in eigendom en huurpanden, leasecontracten en huurcontracten die

opties voor groei of krimp bevatten (Gibson 2000).

De verwachting is dat zorginstellingen er in de toekomst vaker voor zullen kiezen hun vastgoed af te stoten en weer terug te huren (RVZ 2006b). De vraag is wie belangstelling heeft om zorgvastgoed in eigendom te verwerven en welke factoren van invloed zijn op de voorwaarden in de huurovereenkomst. Of een belegger bereid is in een onderneming of in vastgoed te investeren, hangt af van de waarde die deze bezitting vertegenwoordigt in relatie tot het risico dat de toekomstige cashflows afwijken van de verwachte cashflows (Brueggeman & Fisher 2005). Dit wordt bepaald door het totaal aan toekomstige cashflows die de bezitting kan genereren, het tijdstip waarop deze beschikbaar komen en het risico dat hiermee samenhangt (Claureti & Webb 1993:40; Brigham et al. 1999:158). Deze elementen komen terug in het Netto Contante Waardemodel.

$$NCW = \sum_{t=1}^N \frac{C_t}{(1+r)^t} - \text{Initiele investering}$$

C_t is de cashflow in periode t , r is de disconteringsvoet waartegen de cashflows contant worden gemaakt.

De rendementseis (r) van de belegger is afhankelijk van de inschatting van het risico dat de toekomstige cashflows lager zullen zijn of op een later tijdstip zullen worden ontvangen dan verwacht. Bovendien wordt rekening gehouden met het rendement dat op alternatieve investeringen met een vergelijkbaar risico kan worden behaald (Brealy et al. 2001:165-167).

Wat betekent dit nu voor de interesse van een belegger voor ziekenhuisvastgoed? Bij een toename van het ondernemingsrisico van ziekenhuizen, is een belegger bij verhuur van zorgvastgoed minder zeker van de ontvangst van huurpenningen. Bovendien zorgt de specifieke aard van ziekenhuisvastgoed ervoor dat de restwaarde na vijftien tot twintig jaar niet veel meer zal bedragen dan de grondwaarde (Van Sliedrecht 1998; RVZ 2006b). De locatie waar het ziekenhuis is gehuisvest, en daarmee de waardeontwikkeling van de grond kan hierin dus een groot verschil maken. Naarmate de kredietwaardigheid geringer is en het vastgoed specifiek van karakter, zal een hogere rendementseis zich vertalen in een opslag op de vergoeding voor kapitaalbeslag en leegstandsrisico (Ketts & Crassee 2004). Als de verwachte toekomstige cashflows dalen en het hogere risico wordt verdisconteerd in een hogere rendementseis, betekent dit dat de kans dat er een positieve NCW resteert, kleiner wordt en de belangstelling van een belegger voor een dergelijke investering afneemt.

Vastgoed en de toegang tot kapitaal

De toegevoegde waarde van ondernemingsvastgoed kan volgens De Jonge (2002) ook gevonden worden in het verbeteren van financieringsmogelijkheden. In deze optiek wordt vastgoed gebruikt voor het aantrekken van vreemd vermogen door het aanpassen van eigendomsverhoudingen, zodat de solvabiliteit van de onderneming verbetert. Rosenthal en Nelson (2003) constateren dat ziekenhuizen in de Verenigde Staten in toenemende mate gebruik maken van dergelijke strategieën. Enerzijds doordat het bewustzijn ontstaat dat schaars kapitaal beter kan worden gebruikt voor projecten die een voldoende hoog rendement genereren, wat doorgaans betekent dat investeringen in het primaire proces de voorkeur verdienen boven investeren in ziekenhuisvastgoed. Maar ook omdat de snelle vooruitgang in medische technologieën zorgt voor een grotere behoefte aan kapitaal. Het onderzoek van Krumm (2002) naar de invloed van vastgoedstrategieën op de financiële performance van de onderneming, bevestigt de eerste stelling. Het aanwenden van de opbrengst uit verkoop van ondernemingsvastgoed voor activiteiten van het primaire proces, beïnvloedt het rendement op het eigen vermogen positief. Nederlandse ziekenhuizen zullen hier echter terughoudend in zijn tot er meer zekerheid is over het eigendomsvraagstuk met betrekking tot

ziekenhuisvastgoed (Gibbels 2006). Tot nu toe is voor de verkoop of verhuur van gebouwen of terreinen goedkeuring van het College Sanering Ziekenhuizen (CSZ) vereist, en dienen opbrengsten boven de boekwaarde bij verkoop te worden gestort in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (art. 18 WTZi). Daarnaast zijn een aantal nuancerende opmerkingen bij een dergelijke strategie op zijn plaats. Het vrijmaken van kapitaal door verkoop van vastgoed kan maar één keer plaatsvinden en bovendien is in het onderzoek van Krumm (2002) geen rekening gehouden met eventuele veranderingen in het risicoprofiel van de onderneming (Van Beukering 2005). Omdat investeringen in primaire activiteiten doorgaans een hoger risicoprofiel kennen dan vastgoedinvesteringen, neemt het risicoprofiel van de organisatie toe en daarmee de rendementseis van eigen- en vreemd vermogensverschaffers. Tot slot verliest een organisatie een belangrijk deel van de mogelijkheden om door middel van vastgoed waarde te creëren, indien het vastgoed niet in eigendom wordt gehouden. Op dit aspect wordt bij de andere perspectieven dieper ingegaan.

Als de overheidsgarantie op de vergoeding van kapitaallasten wegvalt en het ondernemingsrisico van ziekenhuizen toeneemt, zal de rendementseis van vermogensverschaffers naar boven toe worden bijgesteld. De mate waarin dit gebeurt is afhankelijk van de vraag of er risicodragend kapitaal wordt verstrekt (eigen vermogen) of vreemd vermogen. De intrestvergoeding voor het beschikbaar stellen van vreemd vermogen vormt een onderdeel van de totale bedrijfskosten, terwijl de verschaffer van risicodragend kapitaal moeten afwachten of er een positief bedrijfsresultaat resteert. Omdat onzeker is óf de verschaffer van eigen vermogen een vergoeding zal ontvangen in de vorm van dividend of waardeinstijging van aandelen, en zo ja, hoe hoog deze zal zijn, vertaalt dit risico zich in een hogere rendementseis.

Ziekenhuizen zouden desondanks voor risicodragend kapitaal zoals aandelen- en durfkapitaal kunnen kiezen als zij een snelle winststijging verwachten waardoor een aandelenemissie lonend kan zijn, bijvoorbeeld in snelgroeiende markten van electieve zorg (RVZ 2006b). Ook indien ziekenhuizen professionals meer aan zich willen binden, nu technologie het steeds gemakkelijker maakt buiten de muren van het ziekenhuis te werken, kunnen aparte rechtspersonen een optie zijn (Gibbels 2006). Gupta (2006) vermeldt in haar onderzoek dat eigen vermogen verschaffers naar schatting een rendement zullen eisen dat tussen de 6% en 12% ligt. Voor ziekenhuizen betekent dit een grote verandering in bedrijfsvoering. De rentabiliteit zou op basis van deze rendementseis omhoog moeten naar 2% tot 5,5% van de omzet, terwijl de rentabiliteit van Nederlandse ziekenhuizen in 2004 gemiddeld 1,3% bedroeg (RIVM 2006).

Voor toegang tot beide bronnen van kapitaal geldt echter dat de solvabiliteit, in de gezondheidszorg vaak gedefinieerd als de verhouding tussen eigen vermogen en de omzet, van het huidige 8-10% zou moeten stijgen naar 25% (PriceWaterhouseCoopers 2006a). Bovendien gaan een stabiel bedrijfsresultaat, groei van rentabiliteit en voldoende liquiditeit om aan financieringsverplichtingen te voldoen, zwaarder tellen (RVZ 2006b). Raden van Bestuur zullen in toenemende mate worden beoordeeld op de inhoud en haalbaarheid van hun strategische beleidsplannen, op de relaties met hun medische staf en afspraken met regionale zorgverzekeraars. Deze aanscherping in eisen vraagt veel van ziekenhuisdirecties, enerzijds door de noodzaak meer op bezettingsgraad en positieve marges te moeten sturen, anderzijds door de taak dit belang ook binnen de organisatie over te brengen (ibid. 2006b). Bovendien zal de ontbrekende financiële expertise op het terrein van ondernemings-financiering en risicomangement moeten worden ingekocht, of indien dit door de schaalgrootte van de instelling efficiënt is, kunnen worden aangetrokken.

5.4.2 *Klantperspectief*

Om vast te kunnen stellen in welk opzicht ziekenhuisvastgoed van betekenis kan zijn voor klanten, dient eerst duidelijk te zijn wie deze klant is. Patiënten en bezoekers zijn de meest voor de hand liggende

klanten van zorgaanbieders, maar zoals in de context aan de orde is gekomen, spelen zorgverzekeraars ook een belangrijke rol voor ziekenhuizen. Deze relatie beperkt zich niet alleen tot de infrastructuur als onderdeel van de kwaliteit van zorg, maar zal zich ook uitstrekken tot capaciteitsbenutting en de gevolgen daarvan voor de prijs van zorgproducten. Efficiency in relatie tot vastgoed is reeds in het financiële perspectief behandeld en zal nog verder worden belicht in het processen perspectief. Ziekenhuisvastgoed kent echter nog een belangrijke klant: de gebruiker, in dit geval de medewerkers binnen de instelling. Omdat de relatie tussen de fysieke omgeving en de tevredenheid van medewerkers in het leer- en groei perspectief zal worden beschreven, staat in deze paragraaf de patiënt als klant centraal.

Het verband tussen de fysieke omgeving en klantsatisfactie

De fysieke omgeving vormt een belangrijke component van het dienstverleningsproces zoals de klant dat ervaart (Bitner 1992). Dit komt met name doordat diensten, in tegenstelling tot goederen, geen onderscheid kennen tussen productie en levering. Het moment van productie is het dienstverleningsmoment en de plaats waar dat gebeurt maakt deel uit van de servicebeleving. Hutton en Richardson (1995) stellen zelfs dat de externe omgeving een signaal afgeeft over de organisatie, de aangeboden diensten en de kwaliteit, ver voor het dienstverleningsmoment plaatsvindt. Interessant in dit verband is de uitspraak van Kotler (1973:389) die al in de jaren zeventig stelde dat klanten vaak niet in staat zijn onderscheid te maken tussen de materiele en immateriële aspecten van een dienstverleningsmoment. *“If patients receive treatment in a rundown facility, they are likely to demean not only the facility, but the treatment as well”*. Kwaliteit bestaat uit een technische component (wat) en een leveringscomponent (hoe). Omdat met name de technische component voor patiënten moeilijk te meten is, vallen patiënten terug op de wijze waarop de technische kwaliteit geleverd wordt of de omgeving waarin de dienstverlening plaatsvindt (Hutton & Richardson 1995). Een decennium later geldt dit nog steeds, getuige het onderzoek van Stienstra (2005). Hij constateerde eveneens dat patiënten in Nederlandse ziekenhuizen niet-medische aspecten laten meetellen in hun oordeel over de verleende zorg omdat een objectief oordeel vormen over de medische kwaliteit moeilijk is.

Het gebouw vanuit patiëntenperspectief

Bouwen vanuit patiëntenperspectief betekent volgens Devriese et al. (2002) dat er rekening wordt gehouden met voldoende privacy, ruimtelijke oriëntatie, veiligheid, autonomie en keuzevrijheid. Onderzoek toont aan dat patiëntstatisfactie inderdaad groter is bij patiënten die eenpersoonskamers tot hun beschikking hebben, wat enerzijds te maken heeft met een toename van privacy en rust, anderzijds met een sterk verbeterde communicatie met behandelende professionals (Ullrich et al. 2004). Kaldenburg (1999) verklaart het verschil in communicatie door te suggereren dat professionals in meerpersoonskamers terughoudender zijn om bepaalde informatie te verstrekken uit respect voor de privacy van de patiënt. Bovengenoemde factoren verhogen de klantsatisfactie zodanig dat de meerkosten van eenpersoonskamers ruim worden gecompenseerd (Ullrich et al. 2004). Patiënten zijn meer tevreden met de kwaliteit van zorg, lopen minder wondinfecties op en kunnen eerder worden ontslagen. Orbis Medical Park is een voorbeeld van een zorginstelling in Nederland die bij haar bouwplannen rekening gehouden heeft met het Amerikaanse onderzoek (Veldhoen 2003). In het ziekenhuis komen uitsluitend eenpersoonskamers met eigen sanitaire voorzieningen, die door middel van een glazen wand (met blindeermogelijkheden) afgescheiden zijn van een gezamenlijke huiskamer.

Een andere factor die invloed heeft op het genezingsproces van opgenomen patiënten is de positionering van de kamers. Uitzicht op elementen uit de natuur en lichtere, op het oosten gelegen kamers (zonlicht in de ochtend) doen patiënten sneller herstellen dan uitzicht op een stenen muur en op het westen gelegen kamers (Benedetti et al. 2001). Van den Berg (2005), van wie een overzichtsstudie van alle beschikbare publicaties over *healing environments* is verschenen, bevestigt het sterke empirische bewijs voor uitzicht

op de natuur als manier om pijn en stress te reduceren.

Vastgoed en de identiteit van de onderneming

De toegevoegde waarde van vastgoed kan ook worden gevonden in het gebruik van gebouwen als marketinginstrument. Unieke kenmerken zoals locatie of ontwerp kunnen bijdragen aan concurrentievoordeel doordat deze de identiteit van de onderneming benadrukken en de 'juiste' klanten en medewerkers aantrekken (Roulac 2001; Krumm & De Vries 2003). Volgens Mroczek et al. (2005) geldt dit ook voor ziekenhuisvastgoed. Nu de aard en de context van de zorgsector verandert, wordt de plaats en de omgeving waarin ziekenhuizen hun diensten verlenen steeds belangrijker en daarmee een mogelijkheid om zich te onderscheiden van concurrenten. Niet alleen omdat de gebouwde omgeving tegemoet komt aan de eisen van de moderne zorgconsument, maar ook vanwege de aantrekkingskracht op schaarse professionals (Ekkelboom et al. 2005).

In het bedrijfsleven zijn het ING hoofdkantoor aan de A-10 in Amsterdam en het organische vormgegeven gebouw van de Gasunie in Groningen, bekende voorbeelden van gebouwen met een marketingfunctie. De architectuur van de ING, waarnaar Het Financiële Dagblad verwees als 'supercouveuse op poten', visualiseert de eigenzinnigheid, transparantie en innovativiteit die de bank wil uitstralen (Van Beukering 2005). Een ander bijzonder voorbeeld is het multidisciplinair aannemersbedrijf Aan de Stegge, dat zich profileert als een onderneming die 'onmogelijke opgaven tot een goed einde kan brengen en zaken gedegen aanpakt' (Camp 2003). Het gebouw dat in 2001 werd genomineerd voor de Nederlandse bouwprijs, kenmerkt zich door grillige vormen, handwerk, origineel gebruik van materialen, evenwichtige verdeling van nieuwe en oude technieken en de ongebruikelijke integratie van moderne bedrijfshallen en kantoor.

5.4.3 Het processenperspectief

Door globalisering en snelle technologische veranderingen dienen ondernemingen werkomgevingen te creëren die niet alleen efficiënt en innovatief zijn, maar ook flexibel genoeg om uitbreiding en inkrimping als antwoord op de markt mogelijk te maken (Roulac 2001; Gibler, Black & Moon 2002). Naarmate de dynamiek in de gezondheidszorg groter wordt, gaat flexibiliteit ook in deze sector een steeds grotere rol spelen (Harten & Schuring 2003; Cole 2006). Dit betekent dat binnen de levenscyclus van ziekenhuisgebouwen, niet alleen technologische ontwikkelingen gevolgd moeten kunnen worden, maar ook veranderingen in maatschappelijk perspectief over hoe de zorg het beste kan worden verleend (Pleunis 2005).

Flexibiliteit met betrekking tot vastgoed kan vanuit drie aspecten worden benaderd: bouwkundig (fysiek), financieel en functioneel (Gibler et al. 2002; Simms & Rogers 2006).

Bouwkundige flexibiliteit

Bouwkundige flexibiliteit wordt doorgaans gevonden in technische oplossingen zoals verhoogde vloeren, verplaatsbare wanden en modulair aansluitbare installaties (Lindholm et al. 2006). Dowdeswell (2006) pleit voor toekomstige zorggebouwen die de balans weerspiegelen tussen duurzaamheid en flexibiliteit, die zowel cultuurbeïnvloedend werken als cultuur reflecteren. Aanpassingsvermogen wordt volgens de auteur immers niet alleen gevraagd van gebouwen, maar ook van medewerkers die de vraag van continue veranderende zorgmodellen idealiter zonder frictie dienen te aanvaarden. De veronderstelling dat veranderingen zich zo snel in de zorgsector zullen voltrekken dat daar bouwkundig onmogelijk adequaat op gereageerd kan worden, mag volgens Cole (2006) niet leiden tot het bouwen van goedkope gebouwen met een korte levenscyclus. Deze benadering kan niet alleen leiden tot fysieke omgevingen met een matige kwaliteit, maar gaat ook voorbij aan het gegeven dat zorgvastgoed dat vanuit een korte

termijn perspectief is gebouwd bijna net zoveel kost als permanente gebouwen. Bovendien wordt het gebouw in de praktijk ook meestal langer gebruikt dan voorzien, vanwege het ontbreken van voldoende kapitaal. In de zorgsector wordt in toenemende mate een concept toegepast dat de door Dowdeswell (2006) genoemde balans lijkt te weerspiegelen: Industrieel Flexibel Demontabel (IFD) bouwen. De geprefabriceerde onderdelen maken uitbreiding met nieuwe bouwlagen en aanpassing aan verschillende gebruikersgroepen mogelijk, wat de duurzaamheid van ziekenhuizen belangrijk verhoogd (CBZ 2004). Een risico van de bouwmethodiek is dat onderhoudsmedewerkers in een latere fase geen kennis hebben van de mogelijkheden van het gebouw, zoals deze aanvankelijk door de ontwerpers zijn bedacht. Bovendien blijkt pas in de praktijk in hoeverre de hogere initiële bouwkosten worden gecompenseerd door gebruik te maken van de mogelijkheid tot functiewijzigingen (ibid. 2004).

Het Bouwcollege (2005) waarschuwt dan ook dat flexibiliteit geen doel op zich mag vormen, maar een afweging moet zijn van de kosten en baten in relatie tot de mogelijkheid dat flexibiliteit benut gaat worden. Vooral de poliklinische en kantoorfuncties zouden volgens het college moeten kunnen groeien en krimpen, niet het kapitaalintensieve gedeelte van het ziekenhuis, met beeldvormende diagnostiek, intensive-care voorzieningen en operatie-kamers. Ook de Jonge (2002) stelt dat ondernemingen vaak op een andere manier dan door middel van bouwkundige maatregelen, de spanning tussen vraag en aanbod kunnen reduceren. Bijvoorbeeld door het verlengen van bedrijfstijden of het toepassen van verschillende werkplek oplossingen.

Functionele flexibiliteit, efficiency en arbeidsproductiviteit

Maatregelen die betrekking hebben op het gebruik van de ruimte en het vermogen om veranderingen te accommoderen, worden geschaard onder de noemer functionele flexibiliteit (Simms & Rogers 2006). Behalve het kunnen inspelen op toekomstige ontwikkelingen en het gunstig beïnvloeden van de (rest)waarde van het vastgoed, wordt de vraag naar multifunctionaliteit vaak ingegeven door de behoefte efficiency en arbeidsproductiviteit te verhogen (ibid. 2006). Onderzoek naar alternatieve werkplekstrategieën toont aan dat medewerkers met flexibele werkplekken minder tijd en energie besteden aan typische kantoorroutines, en meer aandacht geven aan klanten (Van der Voordt 2004). Een verbetering van de communicatie en snellere uitwisseling van informatie zorgt voor een directe toename in productiviteit, terwijl een stijging van de medewerkersvoldoening de arbeidsproductiviteit op een indirecte manier positief beïnvloedt (Lindholm & Mudrak 2005). Dit laatste hangt voornamelijk samen met een grotere keuzevrijheid ten aanzien van het kiezen van een eigen werkplek (Van der Voordt 2004).

Het verhogen van de arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen zou volgens Putters et al. (2006) kunnen plaatsvinden door een betere afstemming in de keten, het effectiever aanwenden van kennis en door meer gebruik te maken van informatietechnologie. TPG (2004) stelt in haar rapport "Het kan echt beter: betere zorg voor minder geld" dat 20-25% efficiënter kan worden gewerkt indien patiënten worden ingedeeld naar voorspelbaarheid van de behandeling. Voorbeelden als mammapoli's en cataractstraten laten volgens TPG zien dat specialisatie en uniformering zowel tot betere kwaliteit als tot een hogere efficiency leiden. Ziekenhuisvastgoed speelt hierin een belangrijke procesondersteunende rol, getuige het Duitse Rhön-Klinikum AG, dat internationaal als *best practice* wordt gezien op het gebied van logistiek en capaciteitsbenutting (PriceWaterhouseCoopers 2006b). Het ziekenhuis dankt de hoge productiviteit van haar medewerkers voor een belangrijk deel aan de bouwkundige indeling die optimaal op het proces is afgestemd, waarbij korte looplijnen voor het personeel leidend zijn. Onderzoek van Hendrich (in Ullrich et al. 2004) toont aan dat de tijdsinstaan die verpleegkundigen als gevolg van een efficiënte lay-out maken ook daadwerkelijk wordt besteed aan het verzorgen van patiënten en de interactie met familieleden. Betekent dit dat de patiënt per definitie gebaat is bij efficiënte zorgprocessen? Rhön Klinikum heeft haar klinieken naar zorgzwaarte ingedeeld en niet naar ziektebeelden (PriceWaterhouseCoopers 2006b). Het

gevolg van deze indeling is dat het verplaatsen van patiënten door het ziekenhuis tijdens het verblijf onvermijdelijk is, evenals een wisseling van zorgverleners naarmate de patiënt herstelt. Efficiency heeft dus vanuit het perspectief van klantgerichtheid wel een prijs.

5.4.4 *Leer- en groeiperspectief*

De interactie tussen cultuur en gebouwen

De fysieke omgeving van ondernemingen representeert de waarden en de cultuur van een onderneming door kleur, het aantal (of gebrek aan) luxe accenten, de kwaliteit van materialen en meubilair en het soort ruimten (O'Mara 1999). Zowel de congruentie tussen werkomgeving, waarden en cultuur, als het gebrek er aan, zegt veel over de werkwijze van de onderneming. Roulac (2001) stelt zelfs dat beslissingen met betrekking tot de implementatie van de vastgoedstrategie eigenlijk beslissingen zijn die de bedrijfscultuur vormen en versterken, een benadering die door Tranfield et al. (2004) wordt gedeeld. Vastgoed en infrastructuur domineren routines en procedures, welke op hun beurt relaties tussen groepen en afdelingen bepalen. Het gebouw van Interpolis in Tilburg is van binnen voor een groot deel van glas, waarmee het bedrijf integriteit, openheid, individualiteit en vernieuwing wil uitdragen en bij medewerkers wil stimuleren. Uit onderzoek is gebleken dat het ontwerp heeft geleid tot meer zelfstandigheid en motivatie bij medewerkers, een vermindering van statusverschillen en een toename in de horizontale en verticale contacten (Camp 2003). De fysieke werkomgeving kan dan ook een belangrijke katalysator zijn voor cultuurveranderingen (De Jonge 2002). Van der Voordt (2004) constateert in zijn onderzoek dat open structuren en een vrije keuze van werkplek, een cultuuromslag kunnen faciliteren waarin gericht op doelstellingen wordt gewerkt en minder aan oude werkwijzen wordt vastgehouden.

De fysieke omgeving en tevreden medewerkers

Elementen van *healing environments* die in het klantperspectief aan de orde gekomen zijn, hebben niet alleen invloed op patiënten, maar ook op de waargenomen kwaliteit van de werkomgeving door medewerkers. Bitner (1992) constateerde in de jaren negentig al een verband tussen de fysieke omgeving en een verhoging van medewerkersssatisfactie, productiviteit en motivatie. Uitzicht op de natuur en meer blootstelling aan zonlicht, zorgen ervoor dat medewerkers minder stress ervaren en meer tevreden zijn met hun werk (Leather, Pyrgas, Beale & Lawrence 1997). Ook aspecten die direct aan de patiënt gerelateerd zijn, spelen een rol bij het welbevinden van medewerkers. Mroczek et al. (2005) noemen het verband tussen de inrichting van patiëntenkamers, de afscheiding van publiek toegankelijke gebieden van patiënttransport en medewerkersssatisfactie. Ook blijken professionals in ziekenhuizen minder fouten te maken op eenpersoonskamers en communiceren beter met de patiënt (Ullrich et al. 2004).

Deze bevindingen zijn niet alleen van belang vanuit het oogpunt van verloop en ziekteverzuim van medewerkers, maar ook vanwege het gegeven dat klantsatisfactie en perceptie van servicekwaliteit samenhangt met de attitude en het gedrag van medewerkers (Heskett 1997). Een medewerker die door goede facilitaire ondersteuning in staat wordt gesteld aan de behoeften van de klant te voldoen, kent niet alleen een hogere werksatisfactie maar verleent ook kwalitatief hoogwaardige diensten, wat uiteindelijk resulteert in een hogere klantsatisfactie. In deze keten van activiteiten spelen ondersteunende systemen een cruciale rol, waarvan goede informatiesystemen en een op de dienstenlevering afgestemde werkomgeving de belangrijkste zijn (ibid 1997). Volgens Atkins et al. (1996) mag de invloed van tevreden medewerkers op de financiële performance van een ziekenhuis, op grond van de hoge correlatie tussen de door de patiënt waargenomen kwaliteit van zorg en medewerkersssatisfactie, dan ook niet worden onderschat.

Locatie, vastgoed en innovatie

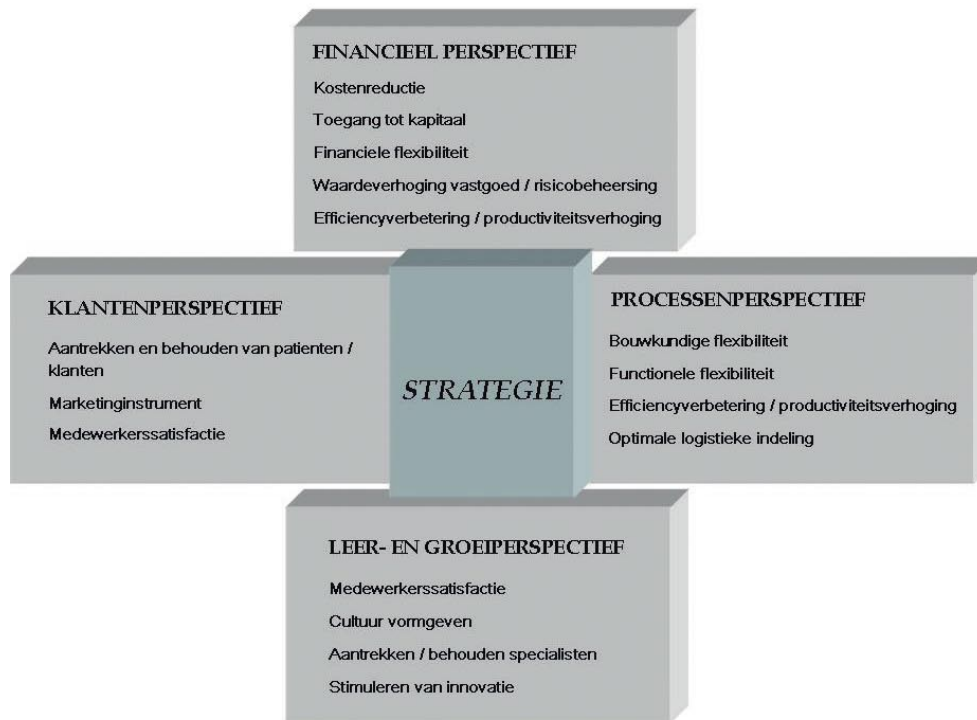
De faciliteiten van vastgoed en de locatie waar ondernemingen zijn gevestigd kunnen het vermogen tot innoveren en leren, beperken of versterken (Roulac 2001). De toegang tot bronnen van kennis, de sfeer van de ruimten waarin het bedrijfsproces plaatsvindt en de lokalisering ten opzichte van andere, creatieve ondernemingen, bepalen het gemak waarmee een organisatie toegang heeft tot innovatie. Peters (in: Roulac 2001) stelt zelfs dat het management van *space and place* wellicht het meest onderschatte en meest krachtige instrument is om culturele veranderingen teweeg te brengen, innovatieprojecten te versnellen en het leerproces te versterken. Hiervoor is wel de participatie van medewerkers vereist, om aan te geven welk type, omvang en ontwerp van werkplekken een inspirerende omgeving vormen (Lindholm et al. 2006). Volgens Porter en Stern (2001) dient innovatie niet alleen vanuit een intern perspectief te worden benaderd, maar is de externe omgeving zeker zo belangrijk. Zij concluderen in hun onderzoek dat innovatie en de commercialisering van nieuwe technologieën disproportioneel vaak in clusters plaatsvindt: met name in geografische concentraties van sectorgerelateerde bedrijven en lokale leveranciers. Vanuit deze optiek zou de nabijheid van verschillende zorggerelateerde functies in een zorgpark, tot meer proces- of productinnovaties kunnen leiden dan bij een meer gesegmenteerde vestiging. Ook kenniscentra, waarin alles wat met kennisoverdracht te maken heeft wordt gebundeld, zouden innovatie kunnen stimuleren. Met name als de betrokkenen niet alleen uit ziekenhuizen afkomstig zijn, maar er afgevaardigden uit de gehele zorgsector vertegenwoordigd zijn. Putters et al. (2006) pleiten ervoor de farmaceutische industrie meer bij innovaties in de zorgsector te betrekken vanwege de faciliterende rol die de industrie kan spelen, niet in de laatste plaats door het plegen van investeringen. Maar ook om het toepassen en verspreiden van wetenschappelijke innovaties, een factor waar de Nederlandse gezondheidszorg helaas slecht in slaagt (ibid 2006).

5.5 Vastgoedstrategieën van toegevoegde waarde

In paragraaf 5.4 zijn aspecten van ondernemingsvastgoed vanuit een financieel-, klant-, proces- en leer- en groeiperspectief beschreven.

De elementen van toegevoegde waarde voor elk perspectief kunnen op basis hiervan worden ingedeeld in vastgoedstrategieën (zie figuur 9). Dit maakt de vertaling van integrale ondernemingsstrategie naar vastgoedstrategie met bijbehorende tactische vastgoedbeslissingen mogelijk.

Vanwege het belang van medewerkersssatisfactie voor de wijze waarop dienstverlening plaatsvindt en door de klant wordt ervaren, wordt deze vastgoedstrategie zowel in het leer- en groeiperspectief, als in het klantperspectief geplaatst. Hetzelfde geldt voor efficiencyverbetering en productiviteitsverhoging, wat sterk gerelateerd is aan processen maar vanzelfsprekend ook een direct financieel gevolg heeft. Bovendien wordt een onderscheid gemaakt tussen medewerkersssatisfactie en het aantrekken/behouden van medisch specialisten. Enerzijds omdat onder het begrip 'medewerkers' alle in het ziekenhuis werkende personen worden geschaard, anderzijds omdat een attractief werkklimaat, de lokalisering van voorzieningen en de toegang tot kennis specifiek voor medisch specialisten van belang kan zijn bij de keuze voor een bepaald ziekenhuis.



Figuur 9 Elementen van toegevoegde waarde gebundeld in vastgoedstrategieën

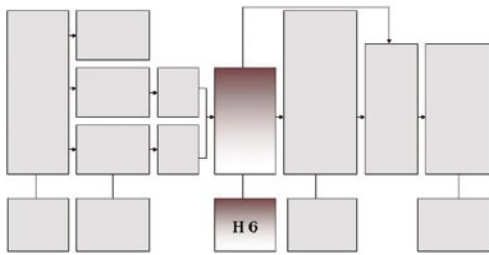
Welke combinatie van vastgoedstrategieën dient te worden gebruikt om de onderneming effectief te ondersteunen in het realiseren van haar doelstellingen, hangt af van de positionering van de onderneming in de markt en de gekozen ondernemingsstrategie (Nourse & Roulac 1993; Lindholm & Gibler 2005). De vastgoedstrategieën die in de verschillende perspectieven worden genoemd sluiten elkaar niet uit, maar de keuze voor een vastgoedstrategie in bijvoorbeeld het financiële perspectief, kan het nastreven van een vastgoedstrategie in het leer- en groeiperspectief bemoeilijken. Een grote nadruk op kostenbeheersing, kan medewerkersatisfactie of de vastgoedwaarde op lange termijn, negatief beïnvloeden. Het vergroten van de financiële flexibiliteit door vastgoed te huren, beperkt de mogelijkheden om vastgoed als marketinginstrument in te zetten of een cultuurverandering te ondersteunen. De BSC bewijst hier haar waarde door inzichtelijk te maken welke consequenties de nadruk op vastgoedstrategieën in één perspectief heeft voor de andere perspectieven. Zo kan een organisatie de balans vinden tussen de korte en de lange termijn, tussen het financiële perspectief en de perspectieven die op termijn waarde creëren, uitgaande van de gekozen integrale strategie.

5.6 Samenvatting

De focus van Corporate Real Estate Management ligt op het afstemmen van gebouwen, locatie en vastgoeddiensten op de behoeften van het primaire proces om daarmee maximale toegevoegde waarde voor de organisatie te creëren. Het gaat hierbij niet altijd om een directe verbetering in financiële prestaties, maar ook om het investeren in klanten, processen, medewerkers, arbeidsklimaat en systemen, om op lange termijn tot opbrengstenverhoging te komen. Met behulp van de Balanced Scorecard kan een balans worden gevonden tussen dit korte en lange termijn perspectief door vastgoedstrategieën

uit het financiële perspectief, af te wegen tegen het belang van strategieën uit het klant-, processen- en leer- en groeiperspectief. Op welke combinatie van vastgoedstrategieën uiteindelijk de nadruk wordt gelegd, hangt af van de gekozen ondernemingsstrategie. In het volgende hoofdstuk wordt hier dieper op ingegaan.

Hoofdstuk 6 Eenheid in vastgoed- en organisatiestrategie



6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de keuze voor een specifieke concurrentiestrategie gekoppeld aan vastgoed-strategieën die in de gegeven situatie het meeste waarde kunnen creëren. Deze integratie van hoofdstuk 4 en 5 vormt het kader van waaruit het veldonderzoek, dat in hoofdstuk 7 is beschreven, wordt benaderd.

Allereerst zal echter in 6.2 worden beschreven hoe besluitvorming en beleid met betrekking tot vastgoed in ziekenhuizen is geregeld, en op welke wijze de bestaande regelgeving instellingen beperkt bij het inzetten van vastgoed als strategisch productiemiddel. In paragraaf 6.4 wordt het geheel samengevat.

6.2 Strategische vastgoedplanning van ziekenhuizen

6.2.1 Positionering van de vastgoedfunctie in ziekenhuizen

De vastgoedstrategieën die in hoofdstuk 5 zijn uitgewerkt, zullen alleen waarde toevoegen indien besluitvorming en vastgoedactiviteiten aansluiten op de integrale strategische planning (Sarosoja et al. 2004). Bij slechts 12% van de Nederlandse ondernemingen is vastgoed echter een onderwerp op strategisch niveau, wat wordt weerspiegeld in het relatief gering aantal vastgoedleidinggevenden dat tot de directie behoort (Roland Berger 2006). Hoewel in landen als Duitsland en het Verenigd Koninkrijk vastgoed vaker op de agenda van de directie staat, geldt dit nog steeds voor minder dan de helft van de ondernemingen. De belangrijkste reden hiervoor ligt in het gebrek aan vastgoedkennis en begrip van de toegevoegde waarde van vastgoed bij het topmanagement (Gibler et al. 2002; Lindholm et al. 2006). De vraag is hoe het met ziekenhuizen is gesteld met betrekking tot deze aspecten.

Zoals in hoofdstuk 4 aan de orde is gekomen, hebben ziekenhuizen door de institutionele context in het verleden beperkt de urgentie gevoeld een integrale strategie te formuleren (Putters 2003). Vastgoedbeslissingen werden dan ook vaak als reactie op klachten en veranderingen in de medische techniek of werkwijze genomen, of kwamen voort uit het maken van vergelijkingen met andere, beter gehuisveste ziekenhuizen (Pen 1998). Op grond van de instandhoudingsregeling zijn ziekenhuizen vanaf 1995 verantwoordelijk geworden voor renovatie- en instandhoudingsinvesteringen en is de verplichting ontstaan een Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP) in te dienen (VWS 2004). In het LTHP wordt de organisatiestrategie vertaald in het huisvestingsbeleid voor een periode van vier tot acht jaar. Vanwege het verplichte karakter van de LTHP met betrekking tot het verkrijgen van goedkeuring van investeringen door het CBZ, wordt het document door ziekenhuizen vaak als een administratieve belasting gezien en niet ingezet als strategisch instrument (Danan et al. 2002). Onder de WTZi zal deze verplichting overigens alleen nog gelden bij aanvraag van een toelating voor een bouwinitiatief dat onder het bouwregime valt (Staatsblad 2005).

Belangrijke vastgoedbeslissingen worden, in belangrijke mate gestuurd door regelgeving, gemiddeld één maal per twintig jaar door de Raad van Bestuur genomen. Acute huisvestingsvraagstukken worden vaak op tactisch niveau opgelost, meestal door de technische of facilitaire dienst (Danan et al. 2002). De nadruk ligt op bouwkundig-technische aspecten en kostenbeheersing, terwijl beslissingsbevoegdheid

verdeeld is over meerdere lagen in de organisatie (RIGO 2006).



Figuur 10 Ontwikkelingsstadia van de vastgoedorganisatie (Joroff et al. 1993).

Indien vastgoedbeslissingen een ad hoc karakter hebben en niet afgestemd zijn op de ondernemingsstrategie kan dit hogere onderhoudskosten, overtollig vastgoed en verborgen reserves tot gevolg hebben (Dewulf et al. 2000). Om continuïteit te waarborgen, zullen ziekenhuizen vastgoed op een meer strategische manier moeten gaan benaderen (CBZ 2005; RVZ 2006). Onzekerheid met betrekking tot de eigendomstitel van ziekenhuisvastgoed, beperkt echter op dit moment nog de mogelijkheden van ziekenhuizen om vastgoed als strategisch productiemiddel in te zetten. In de volgende paragraaf wordt deze problematiek belicht.

6.2.2 Beperkingen in wet- en regelgeving met betrekking tot beslissingen in vastgoed

Het College Sanering Ziekenhuizen (CSZ) dient goedkeuring te verlenen voor de verkoop of verhuur van ziekenhuisvastgoed (art. 18 WTZi). Indien toestemming is verkregen worden meeropbrengsten boven de boekwaarde in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten gestort of via de tarieven verrekend (CTG/ZAio 2004a). De overheid heeft genoemde regelgeving ontworpen met een tweeledig doel: enerzijds om te voorkomen dat publieke middelen die zijn opgebouwd in een door de overheid gecreëerde risicoarme omgeving weglekken naar commerciële partijen en anderzijds om de door sociale verzekering opgebouwde middelen in de overheidskas te laten terugvloeien (RVZ 2006b). Advocaat Gezondheidsrecht Klaas Meersma heeft echter de geldigheid van art. 18 WTZi en de CTG-beleidsregel ter discussie gesteld. Ziekenhuizen zijn volgens de advocaat juridisch eigenaar van hun grond en gebouwen, zodat de vereiste goedkeuring van het CSZ kan worden beschouwd als een beperking van het zelfbeschikkingsrecht en als zodanig een inbreuk vormt op het eigendomsrecht (Meersma 2005). De Minister heeft als reactie op de notitie van Meersma in de februaribrief aangekondigd het eigendomsvraagstuk uitgebreid te onderzoeken (VWS 2005b). Zolang er onduidelijkheid is over de eigendomsvraag, stelt de RVZ (2006) voor dat de overheid het recht van winstbestemming bij zorginstellingen neerlegt. Dat ligt tenslotte voor de hand nu ook de verantwoordelijkheid voor kapitaallasten bij de instellingen komt te liggen.

Een tweede factor die voor ziekenhuizen van invloed is op vastgoedvraagstukken, is het feit dat ziekenhuizen zijn vrijgesteld van BTW voor zorggerelateerde diensten (art. 11, lid 1, Wet OB 1968). Voor een verhuurder betekent dit dat er geen BTW-verrekening kan plaatsvinden. Door middel van een opslag in de huurprijs, afhankelijk van rentevoet en leeftijd van het gebouw, zal een verhuurder compensatie trachten te zoeken (Fritzsche et al. 2004). Na tien jaar vervalt de BTW-verrekening voor de investering en resteert alleen verrekening voor de exploitatie, zodat ziekenhuizen die een nieuw gebouw betrekken de hoogste opslag kunnen verwachten. Daar tegenover staat dat indien ziekenhuizen op eigen titel bouwen, zij ook BTW verschuldigd zijn over bouwinvesteringen.

Bij uitbesteding van vastgoedtaken ontvangt een ziekenhuis dus ook facturen met BTW. Zoals in hoofdstuk 5 al kort werd aangegeven, is uitbesteding uit kostenoverwegingen voor ziekenhuizen dus pas lonend als de toegevoegde waarde die door de provider wordt gecreëerd, minimaal 19% hoger ligt dan

het ziekenhuis met een eigen vastgoedafdeling zou kunnen realiseren. In de kapitaallastenbrief heeft de minister aangekondigd dat het BTW-systeem zoals ziekenhuizen dat nu kennen, zal gaan veranderen. Behalve dat het regime voor zowel for profit als non-profit hetzelfde zal zijn, is inhoudelijk nog niets bekend gemaakt.

Nu duidelijk is hoe de vastgoedfunctie binnen ziekenhuizen is gepositioneerd en welke obstakels een strategische inzet van ziekenhuisvastgoed kunnen belemmeren, zal in de volgende paragraaf de koppeling worden gemaakt tussen de keuze voor een concurrentiestrategie en de vastgoedstrategieën die deze ondersteunen.

6.3 De afstemming tussen strategie en vastgoed

Met betrekking tot het creëren van meerwaarde door middel van vastgoed hebben verschillende auteurs het belang van een integratie met de ondernemingsstrategie benadrukt (O'Mara 1999; Roulac 2001; Lindholm & Gibler 2005). De vraag is wat dit nu concreet voor ziekenhuizen betekent. Op welke wijze kan deze afstemming plaatsvinden? In deze paragraaf wordt het verband gelegd tussen de concurrentiestrategieën⁹ uit hoofdstuk 4 en de vastgoedstrategieën zoals deze in hoofdstuk 5 in de vier perspectieven van de BSC zijn geplaatst.

De keuze voor een specifieke concurrentiestrategie betekent volgens Kaplan en Norton (2004b) niet dat de balans tussen de vier perspectieven mag worden verstoord. Het verschil in benadering heeft volgens de auteurs betrekking op de nadruk die de elementen *binnen* een perspectief zouden moeten krijgen bij de verschillende strategieën. In het processenperspectief zouden bij een strategie van kostenleiderschap bedrijfsvoeringsprocessen de meeste aandacht dienen te ontvangen, terwijl bij klanten- en productleiderschap de onderneming zich op klantmanagement- resp. innovatieprocessen dient te richten. Zoals uit het voorgaande hoofdstuk blijkt, sluiten sommige vastgoedstrategieën heel goed bij elkaar aan, zoals bijvoorbeeld productiviteitsverhoging en kostenreductie, of medewerkersvoldoening en het aantrekken en behouden van klanten. Maar het creëren van een cultuur waarin professionals tot vernieuwende ideeën komen, hoeft niet het klimaat te zijn waarin klanten zich het beste voelen. Daarom wordt met betrekking tot dit aspect aansluiting gezocht bij de visie van Slater et al. (1997) die pleiten voor een *unbalanced scorecard*. Dat betekent dat de ondernemingsstrategie dicteert welk perspectief zou moeten domineren, terwijl er op 'drempelniveau' rekening gehouden wordt met de gevolgen van deze keuzes voor de vastgoedstrategieën van de overige perspectieven.

Vastgoed vanuit kostenleiderschap

De vastgoedstrategieën uit het financiële perspectief dienen volgens het gedachtegoed van de *unbalanced scorecard* altijd voldoende nadruk te krijgen, ongeacht welke concurrentiestrategie wordt gekozen. In het geval van kostenleiderschap wordt het zwaartepunt daarnaast in het processenperspectief gelegd. Aan de hand van de in hoofdstuk 5 besproken vastgoedstrategieën binnen deze perspectieven zullen de mogelijkheden voor ziekenhuizen worden belicht. Hoewel de vastgoedstrategieën uit de andere perspectieven zoals gezegd niet genegeerd mogen worden, zal de beschrijving hieronder zich beperken tot de meest relevante perspectieven.

Processenperspectief

Een hogere productiviteit en optimale logistiek kunnen in belangrijke mate bijdragen aan kostenbeheersing in ziekenhuizen. Vastgoed kan deze doelstelling ondersteunen door het kiezen van locaties en layouts

⁹ De concurrentiestrategieën waarnaar wordt verwezen, komen overeen met de Waardedisciplines van Treacy en Wiersema (1995)

die gemakkelijk toegankelijk zijn voor leveranciers en voor medewerkers die op meerdere vestigingen werken (Sarosoja et al. 2004). Nog belangrijker is echter een bouwkundige indeling die optimale logistieke processen mogelijk maakt. Het *focused factory* concept, dat gebaseerd is op het uitgangspunt dat een operationeel proces zodanig moet worden ontworpen dat dit optimaal is afgestemd op een homogene groep producten of diensten, wordt steeds meer toegepast in de zorgsector om de efficiency te verhogen (Vissers & Beech 2005). Ziekenhuizen die een lage kosten strategie kiezen, zouden zich vanuit deze benadering op een beperkt aantal patiëntencategorieën kunnen richten en de processen voor deze doelgroepen steeds verder kunnen optimaliseren. Hierbij kunnen de *best practices* uit de Sneller Beter programma's en concepten als *Total Quality Management* (TQM) een belangrijke rol spelen. Een kanttekening is hierbij wel op zijn plaats, aangezien ziekenhuizen in Nederland geen volledige vrijheid hebben met betrekking tot de keuze welke vormen van zorg worden aangeboden (Putters 2003) Weliswaar kan een instelling ervoor kiezen zorgproducten van de electieve basiszorg niet in het aanbod op te nemen, maar de gevolgen van wijzigingen in het aanbod van complexe electieve zorg en acute zorg dienen binnen de regio te worden opgevangen (VWS 2005a).

Zoals Van de Voordt (2004) concludeerde in zijn onderzoek naar werkplekinnovatie, kunnen flexibele werkplekken tot een stijging van productiviteit leiden door betere communicatie en snellere uitwisseling van informatie. Behalve door in poliklinieken en kantoorgedeelten de aan personen of specialisten toegewezen plaatsen los te laten, zouden ziekenhuizen ook de interactie tussen medewerkers kunnen verbeteren door behandeling, verpleging en onderzoek per patiëntencategorie te integreren. Enerzijds leidt dit tot een betere benutting van ruimten, anderzijds maakt het de uitwisseling van ruimten tussen verpleegafdelingen en poliklinische centra gemakkelijker. Dit laatste heeft het voordeel dat de ontwikkeling van afnemende klinische behandelingen naar poliklinische en dagbehandelingen zonder veel bouwkundige en organisatorische frictie kan worden gevolgd (Devriese et al. 2002).

Financieel perspectief

Omdat het financiële perspectief bij alle concurrentiestrategieën een belangrijke rol speelt en de vastgoedstrategieën binnen dit perspectief uitgebreid zijn behandeld in hoofdstuk 5, zal hier slechts in samenvattende vorm, kort op worden ingegaan.

Een strategische visie op kostenleiderschap heeft betrekking op de lange termijn (Edwards & Ellison 2004). Dit betekent vanuit de BSC benadering dat de voordelen van kostenreductie op de korte termijn in balans moeten zijn met investeringen in procesverbeteringen of informatietechnologie, om de duurzaamheid van concurrentievoordeel op basis van lage kosten te kunnen handhaven. Ziekenhuizen doen er vanuit deze optiek goed aan de levensduurkosten van vastgoed zwaarder te laten wegen dan initiële investeringskosten (O'Mara 1999). Om de kosten van kapitaal beheersbaar te houden, zal een instelling ook de vastgoedwaarde op termijn moeten bewaken. Dit betekent dat er behalve met onderhoudsinvesteringen ook met mogelijkheden tot herontwikkeling en herbestemming rekening gehouden moet worden.

Om te profiteren van de waardestijging op termijn, zou het ziekenhuis bij geïntegreerde contracten zoals DBFMO (Design, Build, Finance, Maintain, Operate), de grond in eigendom kunnen houden. Bij een dergelijke full-service concept besteedt een zorginstelling het ontwerp, de bouw, de financiering, het beheer van het gebouw en de facilitaire dienst uit aan een private partij en betaalt daarvoor een zogenaamde periodieke beschikbaarheidsvergoeding (Kenniscentrum PPS 2003). Ook pieken in de financierings-behoefte kunnen op deze manier worden opgevangen. Bij initiatieven waarbij zorgparken en zorgboulevards zijn betrokken, kunnen ziekenhuizen eveneens genieten van een waardestijging van het gehele gebied als gevolg van het vestigen van commerciële en zorgfuncties. Met name indien er gebouwd wordt op grondposities die aan het ziekenhuis toebehoren (Roulac 2001).

De hierboven omschreven integratie van een strategie van kostenleiderschap en ondersteunende vastgoedstrategieën, wordt hieronder grafisch weergegeven. De perspectieven die het meeste aandacht vragen zijn donker afgebeeld, terwijl de lichtere vlakken de perspectieven met vastgoedstrategieën weergeven die volgens Slater et al. (1997) op drempelniveau moeten worden ingevuld.



Figuur 11 Vastgoedstrategieën voor ziekenhuizen bij een strategie van kostenleiderschap

Vastgoed vanuit klantenpartnerschap

Zoals de naam al aangeeft, zouden bij een effectieve strategie van klantenpartnerschap de vastgoedstrategieën in het klantenperspectief mogen domineren (Slater et al. 1997). Na behandeling van het klantenperspectief, wordt kort ingegaan op de aspecten van het financiële perspectief die specifiek voor deze strategie van belang zijn.

Klantenperspectief

In strategieën van klantenpartnerschap spelen merken en imago vaak een belangrijke rol in de beoordeling van kwaliteit (Swayne et al. 2006). Het ontwerp en de inrichting van gebouwen kunnen deze waarden en identiteit van een organisatie ondersteunen en versterken (Leväinen et al. 2006). Om klanten over te halen een prijs te betalen voor de aandacht en speciale service die zij ontvangen, dient de fysieke omgeving wel in overeenstemming te zijn met de verwachting en behoefte die de doelgroep heeft (Edwards & Ellison 2004). Bij een verdeling in hoofdgroepen naar behoefte aan voorzieningen en snelheid van medisch handelen – zoals acute, urgente, electieve en chronische zorg – kan omgeving, sfeer en routing zoveel mogelijk op de doelgroep worden afgestemd. Met het scheiden van ernstig zieke en minder ernstig zieke patiënten wordt aan de behoefte van patiënten tegemoet gekomen zo weinig mogelijk met de eigen kwetsbaarheid geconfronteerd te worden (Stienstra 2005). Patiënten die urgente zorg ontvangen hebben meer behoefte aan ruimten waar privé-gesprekken kunnen plaatsvinden, terwijl chronische patiënten in verband met veelvuldige bezoeken graag in een vertrouwde omgeving verkeren (Devriese et al. 2002).

Onderzoeken bundelen in tijd en ruimte op basis van de *one stop shopping* gedachte, is prettiger voor de patiënt omdat het stellen van de diagnose en het bespreken van een vervolgbehandeling in één bezoek kan plaatsvinden. Ruimtelijk betekent dit dat receptie, wacht-, spreek en behandelkamers dicht bij elkaar dienen te liggen. Hiervoor is wel een verdergaande decentralisatie nodig dan de verdeling naar hoofdgroepen zoals hierboven is aangegeven. Multidisciplinaire afdelingen die zijn gegroepeerd naar patiëntenthema's of naar ziektebeeld, zijn hiervoor noodzakelijk (Devriese et al. 2002). Dit is echter voor relatief kleine ziekenhuizen economisch niet haalbaar (Scheerder & Verweij 2005).

Zoals Hutton en Richardson (1995) en Stienstra (2005) constateerden gebruiken patiënten de manier waarop zorg wordt geleverd en in welke omgeving, om tot een oordeel te komen over de technische, medische kwaliteit van zorg. De attitude en vaardigheden van medewerkers spelen hierin een belangrijke rol. Omdat de perceptie van de kwaliteit van dienstverlening door de patiënt samenhangt met de houding en het gedrag van medewerkers (Heskett 1997), dienen ziekenhuizen zich bewust te zijn van hetgeen medewerkers nodig hebben voor een adequate uitoefening van hun beroep. Eénpersoonskamers voor patiënten, blootstelling aan zonlicht en uitzicht op de natuur verhogen bijvoorbeeld zowel klant- als medewerkersvoldoening (Leather et al. 1997). Het stimuleren van een bedrijfscultuur waarin de klant voor alles centraal wordt gesteld, is bij deze strategie noodzakelijk. Op dit gebied hebben ziekenhuizen echter nog veel achterstand in te halen. Omdat ziekenhuizen door de scheiding tussen de financiering van zorg en de gebruikers ervan, niet direct afhankelijk zijn van de patiënt als klant, wordt doorgaans niet vanuit de behoeften van de patiënt geredeneerd (Putters 2003).

Financieel perspectief

Omdat er vanuit wordt gegaan dat initiële investeringen zullen worden terugverdiend door een verhoogde afname van diensten door loyale klanten, mogen deze kosten hoger zijn als zij beter tegemoet komen aan de behoeften van de doelgroep (Kaplan & Norton 2004b). Bij het inrichten van patiëntenkamers, het afstemmen van processen en het beschikbaar stellen van voorzieningen, zou een kostenreductie benadering dus geen uitgangspunt mogen vormen, wat niet wegneemt dat de overige strategieën in het financieel perspectief wel in balans moeten zijn.

De grafische weergave van een met vastgoed geïntegreerde strategie van klantenpartnerschap ziet er als volgt uit.



Figuur 12 Vastgoedstrategieën voor ziekenhuizen bij een strategie van klantpartnerschap

Vastgoed vanuit productleiderschap

Een strategie van productleiderschap vraagt om een dominantie van vastgoedstrategieën in het leer- en groeiperspectief (Slater et al. 1997). Omdat de hoge marge op nieuwe producten voldoende is om de hogere kosten van bedrijfsvoeringsprocessen te dekken, ligt in het financiële perspectief niet zozeer de nadruk op kostenreductie, maar op financiële flexibiliteit, de toegang tot kapitaal en risicobeheersing.

Leer- en groeiperspectief

Zoals Roulac (2001) en Peters (1992) stellen zijn locatie, culturele sfeer en toegang tot bronnen van kennis bepalend voor het vermogen tot innoveren en leren. Gezien de grote afhankelijkheid van menselijk kapitaal, dienen ziekenhuizen die een strategie van productleiderschap nastreven, medisch specialisten en onderzoekers te laten participeren in de keuze voor een gebouw en inrichting. De locatie moet zodanig worden gekozen dat de benodigde hoogopgeleide medewerkers aangetrokken kunnen worden en organisaties cq. voorzieningen in de omgeving bijdragen aan een creatief en ondernemend vestigingsklimaat (Krumm & De Vries 2003). De vestiging van een *center of excellence* in de nabijheid van een medische faculteit die gebruik maakt van de laatste ontwikkelingen in technologie of de meest geavanceerde procedures, is hiervan een voorbeeld. Een andere mogelijkheid om vernieuwing te stimuleren ligt in de door Porter en Stern (2001) voorgestelde clusters van (zorg)gerelateerde ondernemingen en leveranciers. Deze zouden zich in zorgparken kunnen vestigen met als doel (keten)innovatie¹⁰ te stimuleren.

Recente onderzoeken naar innovatie in de gezondheidszorg belichten dat de eilandstructuur en behoudende cultuur, de noodzakelijke vernieuwing remmen (Putters 2006; Plexus Medical Group 2006). Dit heeft bijvoorbeeld betrekking op verhoudingen tussen instellingen als het gaat om het verspreiden

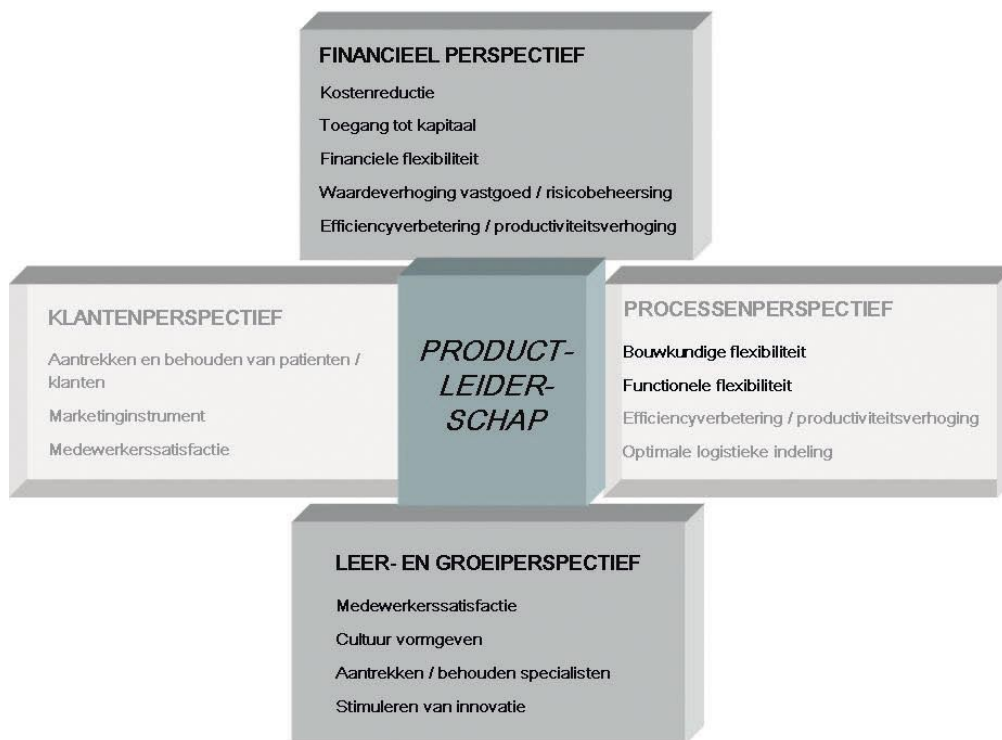
¹⁰ Putters, Frissen en Foekema (2006) verwijzen naar keteninnovatie als er samenhang bestaat tussen verschillende typen innovaties en tussen de verschillende niveaus waarop ze plaatsvinden

van innovaties, maar ook op verhoudingen binnen instellingen. Met name bij productleiderschap is het faciliteren van medici een belangrijke opgave voor het management van ziekenhuizen, wat soms ook betekent dat ruimte moet worden geboden om buiten het ziekenhuis activiteiten te ontwikkelen die tegemoet komen aan een vraag uit de markt (Putters 2003). Dit heeft vanzelfsprekend invloed op de omvang en inrichting van het ziekenhuisvastgoed. Bovendien kan de fysieke werkomgeving mogelijk bijdragen aan de omslag naar een meer zakelijke, ondernemende cultuur die het werken in multidisciplinaire teams stimuleert. Bijvoorbeeld door meer gebruik te maken van open structuren, flexibele werkplekken en kenniscentra waar verschillende disciplines samenkomen (De Jonge 2002; Van der Voordt 2004).

Financieel perspectief

In het *financiële perspectief* telt met name de financiële flexibiliteit en mogelijk de toegang tot kapitaal, omdat ziekenhuizen voor de financiering van innovaties afhankelijk zijn van subsidies en zorgvernieuwingsgelden, die vaak vertragend werken (Putters et al. 2006). Het vrijmaken van kapitaal door vastgoed af te stoten en te investeren in onderzoek en ontwikkeling, zou het rendement volgens Krumm (2002) positief kunnen beïnvloeden. Het huren van ruimte, behalve voor de kapitaal- en techniekintensieve onderdelen, zou in dat geval een optie kunnen zijn (Fritzsche et al. 2004). Hierbij moet wel worden overwogen wat de gevolgen zijn voor het door middel van de fysieke omgeving kunnen realiseren van een creatief vestigingsklimaat, waarin medisch specialisten graag werken. Bovendien is dit zoals gezegd een éénmalige actie, zodat op termijn toch extern kapitaal zal moeten worden aangetrokken en dan, vanwege het hogere risicoprofiel van de bedrijfsactiviteiten, wellicht tegen hogere kosten (Van Beukering 2005). Het zoeken van samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld met de farmaceutische industrie zoals al even belicht in paragraaf 5.4, is een manier om risico's te beheersen en het aantrekken van kapitaal te vergemakkelijken (Putters et al. 2006).

Behalve financieel, zal het ziekenhuisvastgoed ook bouwkundig en functioneel voldoende flexibiliteit moeten bieden om technologische ontwikkelingen te kunnen accommoderen. In aanvulling op de visie van Slater et al. (1997) zou op basis van de literatuur, de vastgoedstrategie 'flexibiliteit' uit het processenperspectief dus ook de nodige aandacht dienen te krijgen. Grafisch kan dat als volgt worden weergegeven.



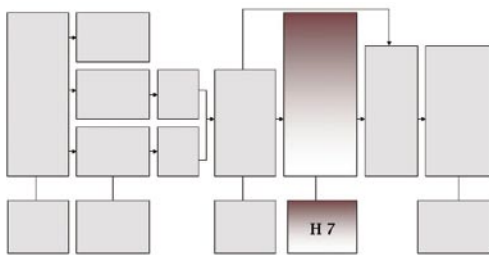
Figuur 13 Vastgoedstrategieën voor ziekenhuizen bij een strategie van productleiderschap

6.4 Samenvatting

Het toevoegen van waarde door middel van adequaat vastgoedbeleid begint met een duidelijke keuze voor een integrale strategie. Met deze strategie als uitgangspunt wordt de nadruk gelegd op de perspectieven van de Balanced Scorecard die de strategie het beste ondersteunen en kan de doorvertaling naar vastgoedstrategieën plaatsvinden. Naast het financiële perspectief dat bij iedere concurrentiestrategie wordt betrokken, domineert het processenperspectief bij kostenleiderschap, het klantenperspectief bij klantenpartnerschap en het leer- en groeiperspectief bij een strategie van productleiderschap. De vastgoedstrategieën in de overige perspectieven dienen wel tot een zogenaamd drempelniveau te worden gerealiseerd om een goede balans te houden tussen waardecreatie op korte en op lange termijn.

Bij de meeste ziekenhuizen is vastgoedbeleid een onderwerp op tactisch niveau en worden alleen belangrijke huisvestingsvraagstukken op het niveau van de Raad van Bestuur behandeld. Wet- en regelgeving, in het bijzonder de onzekerheid met betrekking tot de eigendomstitel van ziekenhuisvastgoed, beperkt echter naast een mogelijk gebrek aan vastgoedkennis, op dit moment nog de mogelijkheden van ziekenhuizen om vastgoed als strategisch bedrijfsmiddel in te zetten.

Hoofdstuk 7 Resultaten



7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die uit het veldonderzoek en de documentenanalyse zijn voortgekomen. Bij zes respondenten die in hun hoedanigheid als vastgoedexpert of financier een relatie met ziekenhuizen hebben, zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen. Deze worden in het ‘sectorbrede’ perspectief in paragraaf 7.2 beschreven. Voor zover relevant voor zorgvastgoed wordt ook verwezen naar de interviews bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ), die hebben plaatsgevonden ter oriëntatie op macro-economische ontwikkelingen. In paragraaf 7.3 wordt het perspectief van de drie onderzochte ziekenhuizen beschreven, om het geheel samen te vatten in de laatste paragraaf. De toegevoegde waarde van ziekenhuisvastgoed wordt zowel bij ‘de sector’ als bij de ziekenhuizen vanuit de vier perspectieven van de Balanced Scorecard benaderd.

7.2 Het sectorbrede perspectief

7.2.1 Introductie respondenten

Het ‘sectorbrede’ perspectief wordt in dit onderzoek gevormd door drie banken, een investeringsmaatschappij, een adviesbureau in zorgvastgoed en een bouwconcern. Om een beeld te krijgen van de achtergrond en positie van de desbetreffende respondent in de ziekenhuissector, volgt hieronder een korte introductie van alle betrokken bedrijven.

ABZV adviseert zorg- en vastgoedpartijen op het gebied van zorggerelateerd vastgoed. Dit betreft zowel makelaardij, herbestemming, taxatie en conceptontwikkeling. Het adviesbureau is onder andere betrokken geweest bij de verkoop van de locaties Groot Ziekengasthuis en het Carolus van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, het Kennemer Gasthuis in Velsen en het Medisch Centrum Leeuwarden.

Bank Nederlandse Gemeenten (BNG) is de bank voor het maatschappelijke belang, van en voor de overheid. Voor circa 6,5 miljard (waarvan 80% geborgd door het WfZ) verleent zij krediet aan de gezondheidszorg in brede zin, met uitzondering van de eerstelijnszorg. Met een marktaandeel van 35% is zij één van de belangrijkste kredietverstrekkers in de sector.

Fortis behoort tot de twintig grootste financiële dienstverleners van Europa. De bank onderscheidt zich van de andere banken in dit onderzoek door een lager percentage geborgde leningen (slechts eenderde) en het feit dat Fortis geen triple A-rating heeft, de hoogste kwalificatie voor kredietwaardigheid. Met de afdeling Healthcare streeft de bank er naar het huidige marktaandeel van 20% te vergroten en zich duidelijker in de zorgsector te profileren, met name op het gebied van kredietverlening.

Rabobank (Rabo) is een financiële dienstverlener die haar oorsprong vindt in de lokale kredietcoöperaties die ruim een eeuw geleden in Nederland werden opgericht. De bank richt zich met de afdeling Gezondheidszorg op alle onderdelen van de sector en heeft een marktaandeel van 25%. Globaal tweederde van de verstrekte leningen zijn door het WfZ geborgd. Rabo Vastgoed, de projectontwikkelaar van de

Rabobank Groep en een ervaren speler in publiekprivate samenwerking, heeft samen met AM Wonen de Carolus locatie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis via een sale-and-lease-back constructie overgenomen. De fondsen van investeringsmaatschappij **Residex** zijn voor 100% afkomstig van Achmea, één van de grootste verzekeringsmaatschappijen in Nederland. Residex beheert een portefeuille van 150 miljoen euro met participaties in de gezondheidszorg, handel en ICT. De investeringsmaatschappij is aandeelhouder in een keten van zelfstandige behandelcentra (Medinova) en is voornemens een onafhankelijk en specifiek op de gezondheidszorg gericht fonds op te richten, HealthVentures.

VolkerWessels (VW) is het op één na grootste bouwconcern in Nederland en sinds drie jaar actief in de zorgsector. De laatste jaren positioneert het bedrijf zich steeds meer als een conceptontwikkelaar. VW is een alliantie aangegaan met het Diakonessenhuis in Utrecht met als doel investeringen in bouw en patiëntenzorg mogelijk te maken. Door herontwikkeling van terreinen worden de financiële middelen hiervoor vrijgemaakt.

7.2.2. Strategie

Strategisch vastgoedbeleid

Ziekenhuizen benaderen vastgoed niet als strategisch actief, daar zijn alle respondenten het over eens. Fortis en Rabo spreken van een korte termijn benadering, waardoor de capaciteit van gebouwen maar ten dele wordt benut. De besluitvorming om nieuwbouw te plegen en de wijze waarop, wordt niet gevoed door een op de toekomst ontwikkelde zorgvisie, maar door de aanwezigheid van trekkingsrechten (VW). Fortis en BNG benadrukken in dit verband dat marktwerking ook betekent dat er keuzes gemaakt moeten worden ten aanzien van de zorgproducten waarop een ziekenhuis zich gaat richten en dat vastgoed op deze product-markt-combinaties afgestemd dient te worden. Ook de RVZ vindt dat teveel ziekenhuizen leven met het idee dat zij zoveel mogelijk specialismen moeten uitoefenen. Dat zal volgens de Raad in de toekomst onhoudbaar blijken omdat medische specialismen die de dure infrastructuur van het ziekenhuis niet nodig hebben, niet in het ziekenhuis zullen blijven.

De huidige positie van ziekenhuizen volgens de 'sector'

VW vindt dat ziekenhuizen te weinig op waarde sturen, wat zich uit in inefficiënte logistieke trajecten, een te groot ruimtebeslag en onsamenvangende activiteiten. Dat komt omdat er volgens het bouwbedrijf teveel in processen wordt gedacht en te weinig in systemen¹¹. Het zittende management neemt te weinig initiatieven, verschuilt zich vaak achter regelgeving terwijl er ook binnen het institutionele kader voldoende bewegingsruimte zou moeten zijn (Residex, VW). Rabo en Fortis bevestigen dat ondernemerschap er van nature bij ziekenhuisdirecties niet in zit, wat een direct gevolg is van het systeem en vanuit deze optiek ziekenhuizen niet echt aan te rekenen is. Het door ziekenhuizen ontkennen van de noodzaak tot verandering in aansturing en strategie, vinden BNG en Rabo echter wel een zorgelijk gegeven

“Sommige instellingen komen maar niet in beweging, ondanks de veranderingen die op komst zijn” (BNG)...“Er zijn er ook die zeggen dat het allemaal toch niet gaat gebeuren, dat ze die kleine kliniekjes wel wegconcurreren” (Rabo)

Door dit perspectief voelen ziekenhuizen ook niet de behoefte zich te onderscheiden van andere ziekenhuizen, een imago op te bouwen en hun product-markt-combinaties te marketen (Fortis). Sterker nog, ze maken volgens Fortis geen keuzes en richten zich niet op de klanten waar het om gaat, patiënten en zorgverzekeraars.

¹¹ VolkerWessels verwijst naar systemen in de zin van instellingsoverschrijdende ketens

“Er is nog geen ziekenhuis dat zich richt op patiënten...”

De sturing en beheersing van ziekenhuizen is niet toegesneden op de dynamiek van de toekomst (WfZ, Residex). Daarnaast heeft de meerderheid van de ziekenhuizen een zwakke vermogenspositie en is de geringe aanwezigheid van vastgoedkennis en financiële expertise een zorgelijk gegeven volgens de meerderheid van de respondenten (Rabo, BNG, Fortis, ABZV, WfZ). Daarbij komt dat veel instellingen de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor adequaat vastgoedbeleid onderschatten en denken dat deze gemakkelijk te regelen is (RVZ).

Fortis en BNG vinden dat de goede overlegstructuren en de politieke lobby sterke punten van ziekenhuizen zijn, terwijl het WfZ juist van mening is dat het stakeholdermanagement beter moet. Het hoge niveau van de infrastructuur Nederland is wel een sterk punt volgens het WfZ en het feit dat ziekenhuizen al een marktpositie en een reputatie hebben, benoemt Rabo als positief. Fortis verwijst naar de professionals als het grootste obstakel om de flexibiliteit te ontwikkelen die nodig is om te overleven bij toenemende marktwerking. Ook ABZV ziet de cultuur en bestaande verhoudingen als belangrijke belemmering om zakelijk met vastgoed om te kunnen gaan. Het WfZ verwoordt het als volgt:

“Een ziekenhuis kan wel bedrijfsmatig willen werken maar als de werknemers een gildesysteem hanteren met eigen opleidingen en toestroom, waar praat je dan over...”

VW vindt dat ziekenhuizen medisch specialisten teveel laten gaan, zij zouden initiatieven moeten nemen om *samen* electieve centra te realiseren waarvan medisch specialisten aandeelhouder kunnen worden. Dit creëert een win-win situatie en zorgt ervoor dat belangrijke medewerkers kunnen worden behouden. Residex voegt daaraan toe dat de huidige structuren niet efficiënt zijn. Incentives zouden in lijn moeten zijn met het resultaat van het gehele ziekenhuis, niet alleen met de resultaten van de maatschap.

7.2.3 Ziekenhuisvastgoed in perspectief

Het financiële perspectief

Kostenreductie

Ziekenhuisdirecties zijn in de huidige situatie teveel gericht op de korte termijn, op initiële kosten in plaats van op de *total cost of ownership*¹² van vastgoed (VW). WfZ bevestigt de primaire focus van ziekenhuizen op investeringen, terwijl het volgens de organisatie uiteindelijk om exploitatiehaalbaarheid gaat. Ziekenhuizen zouden zich meer moeten richten op de toegevoegde waarde die ze kunnen leveren door een totaalproduct te bieden, inclusief de infrastructuur, en niet alleen op de prijs (VW). Daarnaast stellen zowel Rabo als VW dat ziekenhuizen te snel met architecten aan de slag willen gaan, waardoor onnodig hoge kosten worden gemaakt.

“Ik heb meegemaakt dat ziekenhuisdirecties met een budget van over de 100 miljoen, al 8 miljoen kwijt waren aan reizen, studies en architecten. En dat terwijl er turnkey gebouwd kan worden” (VW)

Volgens VW moet er eerst worden nagedacht over een vlekkenplan¹³, de scheiding tussen planbare en acute zorg en de wenselijkheid van buitenpoli's. Ziekenhuizen zouden primair de functionaliteit moeten beschrijven en dan pas met relevante marktpartijen gaan praten over de inrichting van die ruimte. Een ander belangrijk punt is de slechte benutting van ruimten, als gevolg van bouwinitiatieven uit het verleden die gebaseerd waren op een maximaal aantal meters (Fortis, Rabo). Ziekenhuizen zullen een oplossing

¹² Totale kosten van de exploitatie van vastgoed gedurende de gehele levensduur

¹³ Opdelen van een gebied of gebouw in functionele bestemmingen

moeten vinden voor deze overvloedige ruimten, mogelijk verhuren aan derden (ABZV).

Uitbesteding vastgoedfunctie/activiteiten

BNG is stellig in haar overtuiging dat ziekenhuizen zich alleen met hun core business moeten bezighouden en de vastgoedfunctie dienen uit te besteden. Vastgoed exploiteren is een vak apart, bevestigd ook Rabo. ABZV ziet de noodzaak tot uitbesteden net als de banken ook niet zozeer in kostenreductie, maar in het overstijgen van de cultuur, wat een noodzakelijk frisse blik op de materie tot gevolg zou hebben. Dit is niet alleen noodzakelijk met betrekking tot de benodigde expertise, maar kan ook de overgang naar een meer zakelijke relatie met medisch specialisten vergemakkelijken. Een ontwikkeling die volgens het adviesbureau door culturele aspecten wordt belemmerd. Een andere reden die pleit voor uitbesteding is de toename van innovatieve vastgoedconcepten omdat externe bedrijven een bredere scoop en netwerk hebben (ABZV). Om van toegevoegde waarde te kunnen zijn, dienen deze providers wel een heel goed begrip van de ziekenhuiscultuur en de bestaande verhoudingen te hebben.

Toegang tot kapitaal

De huidige toegang van ziekenhuizen tot vreemd vermogen wordt in belangrijke mate gestuurd door de maatstaven die het WfZ heeft vastgesteld. Bij geborgde leningen wordt door banken doorgaans slechts getoetst of de investering voldoet aan het wettelijk kader en de vereiste vergunning (Fortis, Rabo). Binnen die context wordt gekeken naar financiële positie, solvabiliteit, liquiditeit, de kwaliteit van sturing en beheersing (WfZ). Ook de verhoudingen tussen en samenstelling van de Raden van Bestuur, de Raden van Toezicht, en de medische staf vinden Fortis en Rabo belangrijk, naast de relatie en afspraken met zorgverzekeraars. De solvabiliteitsnorm die de banken hanteren, verschilt onderling nauwelijks: 8% wordt gezien als acceptabel, tussen 5-8% wordt zwaarder getoetst en onder de 5% worden, afhankelijk van de specifieke situatie aanvullende maatregelen genomen zoals het vestigen van hypotheek (indien mogelijk) of het opeisen van krediet (BNG). Het WfZ benadrukt dat financiële normen weliswaar belangrijk zijn in de beoordeling van de kredietwaardigheid, maar zij blijven onderdeel van allerlei kwalitatieve factoren die in onderlinge samenhang worden beoordeeld. Voorbeelden zijn de tijdigheid en volledigheid van managementrapportages en jaarrekening, het halen van de begroting en het realiseren van aangekondigde maatregelen (BNG, Rabo).

“Als het verleden laat zien dat begroting en realisatie meters uit elkaar kunnen liggen, hecht je vanzelfsprekend minder waarde aan de voorspellende functie van een begroting” (WfZ)

Daarnaast kent de beoordeling van de kwaliteit van sturing en beheersing, een sterk subjectieve component (BNG, Fortis).

“De vraag of er een daadkrachtig bestuur zit, dat is niet in een eenduidige maat te vangen. Het gaat om de impressies tijdens gesprekken. Weet het management waar het over gaat of staan ze te ver van het primaire proces af... (WfZ)”

Het vestigen van hypotheek ter meerdere zekerheid gebeurt door de drie banken slechts in enkele gevallen. Enerzijds vanwege het lage risicoprofiel, anderzijds omdat het huidige ziekenhuisvastgoed doorgaans incourant is, er hoge kosten aan verbonden zijn en er elke keer gebouwen bijkomen of worden gesloopt (BNG). Een positief-negatief hypotheekverklaring¹⁴ wordt wel in de meerderheid van de gevallen opgesteld (Fortis).

Toegang tot kapitaal: nabije toekomst

De toegang tot en prijs van vreemd vermogen zal als gevolg van de verantwoordelijkheid van ziekenhuizen voor investeringen in vastgoed, volgens de drie banken zeker veranderen. Volgens Rabo is er overcapaciteit in Nederland en is het dus niet vanzelfsprekend dat alle ziekenhuizen kunnen overleven. De bank kijkt derhalve in toenemende mate naar de positie van het ziekenhuis in de markt en het continuïteitsperspectief, wat betekent dat naast het object de kwaliteit van debiteur en de bedrijfsvoering steeds belangrijker worden. De minimale solvabiliteitseis van 10-15% die door het WfZ als maatstaf wordt gehanteerd, wordt grofweg door de drie banken als richtinggevend aangehouden. Het WfZ nuanceert haar eigen norm door te stellen dat kredietwaardigheidsbeoordeling nu eenmaal gebaseerd is op percepties van de toekomst:

“Het blijft ten principale een dikke duim, zelfs bij econometrische modellen. Dan krijgt het wetenschappelijke allure, maar het blijft een kluit boter. Je moet toch iets”

Voor wat betreft het vastgoed zal meer vanuit beleggersperspectief worden gekeken: alternatieve aanwendbaarheid, locatie, eventuele huurcontracten en de multifunctionaliteit van het gebouw (Fortis). Er zal meer op basis van cashflow worden gefinancierd en dat betekent meer maatwerk volgens de banken. Er zal worden getoetst of investeringsbeslissingen een gedegen bedrijfseconomische en strategische grondslag kennen, de corporate governance in ziekenhuizen voldoet en de overeenkomsten met zorgverzekeraars enige zekerheid bieden (Rabo). Fortis benadrukt dat er meer differentiatie zal ontstaan in de prijs van en toegang tot kapitaal, afhankelijk van het risicoprofiel van het desbetreffende ziekenhuis. Een hoger risico zal worden verdisconteerd in de gevraagde rente en zekerheden. Geen van de banken kan dit kwantificeren. Er zijn nog teveel onzekerheden met betrekking tot het toestaan van winstoogmerk, hoe met de transitiefase en eventuele transitiefaciliteit wordt omgegaan en hoe de liberalisering van de prijzen verloopt. Overigens benadrukken de drie banken dat de prijs van kapitaal ook wordt beïnvloed door het feit dat de concurrentie in de branche erg groot is. De *countervailing power* van banken bestaat dan ook niet volgens het WfZ:

“Aangezien de neiging om kritische vragen te stellen wordt bepaald door vraag- en aanbodverhoudingen op de kapitaalmarkt, is die luxe in de huidige markt vrijwel afwezig. Een duidelijk signaal is het feit dat de ziekenhuizen die door ons als niet kredietwaardig worden beoordeeld, zo'n 25%, door banken gewoon worden gefinancierd”.

De kans dat de stelselwijzigingsclausule massaal wordt ingeroepen is dan ook niet erg groot, geven Rabo en Fortis toe, tenzij de overheid voor een 'Big Bang' zou kiezen.

Andere vormen van financiering

De RVZ en VW stellen dat het huidige model, waarbij een geborgde lening bij een bank in 100% van de financiering voorziet, in de toekomst niet langer houdbaar zal zijn. Toch ziet de BNG het verhuren van ziekenhuisvastgoed door beleggers niet snel gebeuren. Een belegger verwacht toch al snel een rendement tussen 10-15% (BNG). Rabo en Fortis stellen dat het hardcore ziekenhuis voor de belegger weliswaar niet interessant is - tenzij er een lange termijn huurcontract aan ten grondslag ligt - maar indien de zorg die geen dure infrastructuur behoeft in een apart gebouw en bedrijfseenheid wordt ondergebracht, kan dit veranderen. Bovendien kunnen terreinen wellicht worden herontwikkeld, wat voor beleggers zeer interessant is (Rabo).

In vergelijking met de banken zien de andere respondenten het begrip rendement in een breder verband. VW bevestigt dat indien het om DBFMO-contracten gaat, het bedrijf inderdaad rendementen van 10-15%

verwacht. Maar indien VW als 'systeemintegrator' bij een project betrokken is, wordt naar het rendement van het gehele project gekeken en neemt het bouwbedrijf met 6-8% van de waardecreatie genoegen. Het vereiste rendement hangt dus sterk af van de invulling van het contract en de rollen van partijen, die wat het bouwbedrijf betreft, zeer flexibel kunnen worden bepaald. Residex ziet het rendement in relatie tot het belang te kunnen investeren in een bepaalde technologie of markt:

“Indien je een keten van privé-klinieken aankoopt, is het gemakkelijker om goede afspraken met zorgverzekeraars te maken vanwege een landelijke dekking. Rendement staat niet op zichzelf maar dient in relatie tot andere aspecten te worden bekeken”.

Ook volgens ABZV kunnen meerdere strategische overwegingen een rol spelen en draait het niet alleen om een hoog rendement. Een bouwbedrijf dat op korte termijn geen projecten op stapel heeft staan wil het bedrijfsproces gaande houden en kan wellicht genoegen nemen met een lager rendement. Ook bedrijven met een maatschappelijke doelstelling zoals corporaties streven niet naar een zo hoog mogelijk opbrengst. Daarnaast willen steeds meer grote partijen hun maatschappelijke betrokkenheid tonen.

“Bedrijven willen in hun jaarverslagen kunnen laten zien dat ze maatschappelijk verantwoord bezig zijn. Dus niets mooiers dan het aankopen van zorggerelateerd vastgoed” (ABZV)

Dat is volgens het adviesbureau soms ook de reden dat partijen meer willen bieden dan de marktwaarde. VW laat met haar waterpompproject in Soedan en school in Albanië zien dat maatschappelijke betrokkenheid meer is dan 'window dressing', wat overigens voor het bouwbedrijf niet betekent dat maatschappelijk relevante projecten uiteindelijk geen geld mogen opleveren.

Residex en VW lichten toe dat dit niet de enige reden is waarom zij de zorgsector interessant vinden. Beide bedrijven beschrijven de aantrekkelijkheid van de zorgsector als groeimarkt door de vergrijzing en toenemende zorgbehoefte van chronisch zieken. Bovendien leent de sector zich goed voor *buy and built*: het aankopen van steeds meer kleine gelijksoortige bedrijven tot het geheel groot genoeg is om synergievoordelen te behalen, kwalitatief goed management te betalen en het totale bedrijf uiteindelijk met winst te verkopen (Residex). De investeringsmaatschappij ziet de waarde van ziekenhuisvastgoed met name in het behalen van efficiencyvoordelen, zowel in bedrijfsvoering als in vastgoed. De toegevoegde waarde ontstaat door betere zorg voor dezelfde prijs te leveren of dezelfde zorg tegen een lagere prijs. Residex benadrukt wel dat het voor een bedrijf dat volledig buiten de zorgsector staat bijna onmogelijk is om op een goede manier in de sector te investeren.

“Het is een andere denkwereld, een andere horizon, een andere beleving en mensen.. Dingen die in het bedrijfsleven als vanzelfsprekend worden gezien, zijn dat in de zorgsector niet”

Voor Residex is het moment dat winstuitkeringen worden toegestaan echter bepalend voor de mate van interesse in de zorgsector, wat voor VW nadrukkelijk niet geldt:

”Winst kan toch ook worden geherinvesteerd. Het juridisch vehikel is een vervolgactie op basis van een gekozen strategie. Een verzameling BV's maakt nog geen markt”.

Fortis verwacht ook niet dat de meerderheid van de ziekenhuizen in de toekomst een BV als rechtsvorm zullen hebben. WfZ nuanceert dit door te stellen dat zij geen participatie van aandeelhouders in ziekenhuizen ziet zolang deze onder het publieke regime blijven vallen. Ongeacht of er winst uitgekeerd mag worden, zullen aandeelhouders niet gesteld zijn op beleidsbepaling door een 'hogere macht'. Dat

zou volgens het WfZ en de Rabo wel het geval kunnen zijn als electieve zorg juridisch en organisatorisch wordt afgescheiden.

Financiële flexibiliteit

Volgens ABZV is huren, ondanks een mogelijk hogere flexibiliteit niet per definitie een betere keuze dan het kopen van ziekenhuisvastgoed, omdat doorgaans de waarde van grond en vastgoed stijgt. Vastgoed in eigendom vergemakkelijkt de toegang tot kapitaal omdat vastgoed als zekerheid kan dienen. Voorwaarde is wel een actief beleid ten aanzien van maatregelen die waardeontwikkeling op lange termijn positief beïnvloeden, zeker in relatie tot (her)bestemming.

Rabo ziet vanwege maatschappelijke ontwikkelingen, de huur van ziekenhuisvastgoed voor bepaalde functies als wenselijk. Omdat de gemiddelde verpleegduur zal blijven dalen, moeten ziekenhuizen zich meer richten op high tech voorzieningen op verspreide plekken in het land en daar omheen satellietfuncties. Minder specifiek vastgoed, zoals poliklinieken en kantoorfuncties, zouden moeten worden gehuurd of door een belegger ontwikkeld moeten worden, vinden ook het WfZ en Fortis.

Waardeverhoging ziekenhuisvastgoed op lange termijn

ABZV stelt dat ziekenhuizen weinig aandacht hebben voor bestemmingsplannen en erg passief omgaan met ontwikkelingen in woon- en infrastructurele omgeving, terwijl dit factoren zijn die de waarde van ziekenhuisvastgoed op termijn kunnen beïnvloeden.

“Wij komen soms bij gemeenten waar 20 jaar geleden voor een specifiek ziekenhuis een zorgbestemming is verleend. Als het desbetreffende ziekenhuis bouwplannen heeft waarbij ook woon- of kantoorfuncties een plaats dienen te krijgen, komt het voor dat de gemeente eerst drie jaar moet nadenken. Dit betekent tijdsverlies en daarmee ook waardeverlies”.

Ook Rabo vindt dat ziekenhuizen actiever contacten met gemeenten moeten onderhouden, om invloed uit te kunnen oefenen op bestemmingsplannen van het ziekenhuis en omliggende terreinen. Bovendien maakt dit het indienen van bezwaren en het eisen van inspraak in beslissingen die de directe ziekenhuisomgeving beïnvloeden, gemakkelijker (ABZV). De bestemming van ziekenhuisvastgoed en omliggende omgeving is ook belangrijk voor de waardevaststelling van gebouwen en grond. Dit maakt restwaardecalculaties mogelijk die de financiering gunstig kunnen beïnvloeden (Rabo). Daarnaast is periodieke waardering van het ziekenhuisvastgoed noodzakelijk om tijdig een afweging te kunnen maken zorggebouwen aan te kopen of te huren, dan wel verouderde gebouwen te herontwikkelen (ABZV). In dit verband benadrukt het adviesbureau dat het zeker niet vanzelfsprekend moet zijn vastgoed voor twintig of dertig jaar neer te zetten. Goedkoper bouwen voor tien jaar en daarna herontwikkelen zou afhankelijk van het strategisch beleid een betere keuze kunnen zijn.

VW, Fortis en Rabo zien het samenwerken met een vastgoedpartij die kennis heeft van de mogelijkheden met betrekking tot alternatieve aanwendbaarheid van vastgoed, de juiste locatie en het aantrekken van waardevermeerderende voorzieningen, als wenselijk voor lange termijn waardeontwikkeling van ziekenhuisvastgoed. Ook ABZV legt de nadruk op het koppelen van commerciële aan maatschappelijke functies als een manier om meerwaarde te creëren voor het ziekenhuisvastgoed. Bovendien bieden bepaalde vormen van samenwerking mogelijkheden tot risicobeheersing (Fortis). Als vastgoed in een aparte juridische entiteit wordt afgesplitst, zal het vastgoedbeleid transparanter worden en kan er ook getoetst worden in welke mate er resultaten worden geboekt (ABZV). Daarnaast kan op deze manier gemakkelijker privaat vermogen worden aangetrokken.

Het klantperspectief

Aantrekken en behouden van de patiënt als klant

Het organiseren van de zorg rondom de patiënt is volgens ABZV een vereiste om de strijd rondom de kritische zorgconsument aan te kunnen gaan. Ziekenhuizen zouden meer hotelmatig moeten gaan denken en sfeer, omgeving en kleur op de doelgroep moeten afstemmen.

”Als de klant de voorkeur geeft aan vloerbedekking boven linoleum, dan wordt het vloerbedekking”

Het adviesbureau stelt dat concepten van *healing environment* bij nieuwbouwplannen slechts zijdelings aan bod komen, er is weinig bewustzijn bij ziekenhuizen over het belang van dergelijke invalshoeken. Aanvullend benadrukt ABZV dat klanttevredenheid niet alleen om patiënten draait, maar ook om bezoekers en om klanten van andere gezondheidsfuncties. Dat betekent bijvoorbeeld dat de zorgaanbieder een tweede bed beschikbaar moet stellen voor de partner bij een langere opnameduur en bezoekers voldoende faciliteiten moet bieden. ABZV ziet in de cultuur van ziekenhuizen wel een obstakel om dit hotelmatig denken in de praktijk tot uiting te laten komen.

Waardecreatie door koppeling belangen stakeholders

Ook VW benadert het belang van ontwerp, inrichting en de locatie van vastgoed vanuit de klant. Een deel van het stadscentrum binnenhalen vanuit het principe van ‘omgekeerde integratie’ geeft de patiënt het gevoel deel uit te blijven maken van de samenleving, wat voor ziekenhuis én klant waarde heeft. Met dit concept geeft het bouwbedrijf aan dat het niet alleen om het ziekenhuis gaat, maar om het ziekenhuis in zijn omgeving. De ‘klant’ is niet alleen de patiënt of de bezoeker, maar omvat alle belangrijke stakeholders van het ziekenhuis. Vanuit de instelling bezien betekent het integreren van belangen van gemeenten, eerstelijnszorg, patiënten en bezoekers, bijvoorbeeld met betrekking tot parkeergelegenheid en het aanbod van woon- en overige functies, dat ook deze partijen in het klantperspectief opgenomen dienen te worden. VW hanteert de term ‘value capturing’ om aan te geven dat er op een andere manier naar de doelstelling en scope van een project gekeken wordt.

“Een ziekenhuisdirecteur wilde een electief behandelcentrum sluiten met een goede ligging dichtbij de stad. Toen vroeg ik hem:”Wat kun je nu aan waarde toevoegen als je ingang aan de andere kant maakt, bij het centrum van de stad, en verschillende functies naar binnen haalt, zoals AWBZ-functies, een bankkantoor... Je voegt op deze manier waarde toe aan het terrein, directeur blij, gemeente blij...(VW)”

RVZ geeft aan dat ook de zorgverzekeraar zich in de toekomst meer zal laten horen als het gaat om het huisvestingsbeleid van ziekenhuizen. Niet alleen uit hoofde van kwaliteit, maar ook omdat de wijze waarop kapitaal wordt aangewend en ruimten worden benut, van invloed is op de prijs van de geleverde zorg.

“Als een zorgverzekeraar een ziekenhuis heeft met 85% bezetting is hij veel voordeliger uit dan bij een ziekenhuis met 60% bezetting maar een lagere prijs. Dat is belangrijker dan tien euro minder betalen op een bepaalde DBC”.

Marketinginstrument

Volgens ABZV zijn stenen en zorg nauw met elkaar verweven. Met betrekking tot het aangeboden product en de doelgroep die de instelling wil bedienen, kan een gebouw een belangrijke rol spelen.

Het adviesbureau stelt dat de criteria die van belang zijn voor een groot winkelcentrum eveneens van toepassing zijn op ziekenhuizen: goede parkeergelegenheden die bereikbaarheid en toegankelijkheid garanderen, duidelijke wegbewijzing die oriëntatie bevordert. Van de banken is Fortis de enige die de nadruk legt op het marketen van de door ziekenhuizen gekozen product-markt-combinaties, maar betreft daar het afstemmen van vastgoedbeslissingen niet bij.

Het processenperspectief

Flexibiliteit

Vrijwel alle respondenten benadrukken het belang van bouwkundige en organisatorische flexibiliteit voor ziekenhuisvastgoed. Door de huidige dynamiek in de gezondheidszorg, zullen volgens ABZV ook specialisten meer gaan bewegen. Mogelijk worden een aantal specialismen buiten het ziekenhuis gevestigd of ontstaan multidisciplinaire centra die op basis van ziektebeelden worden georganiseerd. Ziekenhuizen moeten deze veranderingen in groei of krimp van productie wel aankunnen en alternatieve aanwendbaarheid van met name poliklinische ruimten is cruciaal. Ook het WfZ ziet in flexibiliteit een belangrijke prioriteit voor ziekenhuizen. Zorgvisies veranderen immers sneller dan de ondersteunende infrastructuur, wat flexibiliteit in een dynamische markt prioriteit zou moeten maken. VW onderschrijft niet alleen dat verpleegafdelingen de mogelijkheid moeten bieden om zonder veel extra kosten als appartement of studentenhuisvesting in gebruik te kunnen worden genomen, maar voegt daaraan toe dat dit niet alleen om bouwkundige aspecten gaat. Met de gemeente om de tafel gaan zitten om deze goedkeuring vooraf te verkrijgen, is minstens van even groot belang (VW).

ABZV en VW pleiten ook voor meer flexibiliteit ten aanzien van de termijn waarvoor wordt gebouwd, wat weer van invloed is op de gebruikte materialen en de wijze van bouwen. Poliklinische gebouwen zouden ook gewoon goedkoper, voor een kortere termijn kunnen worden neergezet.

“Kijk naar het nieuwe kankercentrum bij het VU, een overigens zeer naargeestig gebouw, wat afgaand op de bouwaard maar voor een jaar of vijf is neergezet. En dat op één van de duurste betaalde locaties van Amsterdam. Toch kan dat strategisch een goede keuze zijn” (ABZV)

Afstemming instellingsoverschrijdende functies

Zoals in het klantperspectief is omschreven, ziet VW het ‘concept’ klant in een breed perspectief. Door het integreren van zorgfuncties, woonvoorzieningen en commerciële functies neemt volgens het bouwbedrijf niet alleen de waarde van het gehele gebied toe, maar kan ook een optimale afstemming in de gehele keten plaatsvinden. Dit gaat verder dan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, omdat ook maatschappelijke en commerciële functies in deze ‘keten’ worden opgenomen.

Het leer- en groeiperspectief

Medewerkersatisfactie

De enige respondent die medisch specialisten en andere medewerkers in verband brengt met vastgoedbeleid, is de RVZ. De Raad benadrukt dat investeringsbeslissingen met betrekking tot vastgoed zeker niet alleen moeten worden getoetst aan financieel rendement. Wat veranderingen betekenen voor patiënten en zeker ook voor professionals, zou minimaal net zo zwaar moeten wegen. Dit heeft immers gevolgen voor de wijze waarop zorg wordt verleend en beleefd.

Cultuur vormgeven

Alle respondenten noemen de cultuur in de zorgsector als een belangrijke belemmering om als ziekenhuis ondernemender te kunnen functioneren. ABZV noemt in dit verband de aarzeling van ziekenhuizen om de confrontatie aan te gaan met externe partijen zoals gemeenten, als de situatie daar om vraagt. De overige respondenten leggen de nadruk op de relatie tussen ziekenhuisdirecties en medisch specialisten, met name als het gaat om een verzakelijking van de samenwerking. De RVZ stelt dat marktwerking niet alleen betekent dat ziekenhuizen zich extern ondernemender moeten opstellen, maar dat ook intern de zaken op orde moeten zijn. En dan gaat het met name om het op één lijn krijgen van het beleid van de Raad van Bestuur en de medische staf. Fortis, ABZV en de RVZ zien het doorbelasten van huisvestingslasten aan specialisten als een voor de hand liggende maatregel indien ziekenhuizen zelf de risico's moeten dragen voor dekking van kapitaallasten. De medische specialisten die de dure infrastructuur in een ziekenhuis nodig hebben, zijn immers medeverantwoordelijk. Toch ziet de helft van de respondenten een huurcontract met specialisten nog niet als vanzelfsprekend.

*“Onderhandelen met medisch specialisten vindt men lastig, dus stopt men het maar weer in het collectief”
(RVZ)*

ABZV bevestigt dat de culturele problemen niet alleen aan de kant van de medisch specialisten liggen, maar ook bij de Raden van Bestuur.

*“Bemiddelen bij dergelijke kwesties blijft moeizaam. Niet alleen door de houding van medisch specialisten, ook directies hebben hun zaken niet op orde. Contracten worden gewoon weer vergeten”
(ABZV)*

De verantwoordelijkheid voor kapitaallasten zou volgens respondenten mogelijk als katalysator kunnen dienen om tot andere verhoudingen en samenwerkingsrelaties te komen (Fortis, ABZV, Rabo).

Stimuleren van innovatie

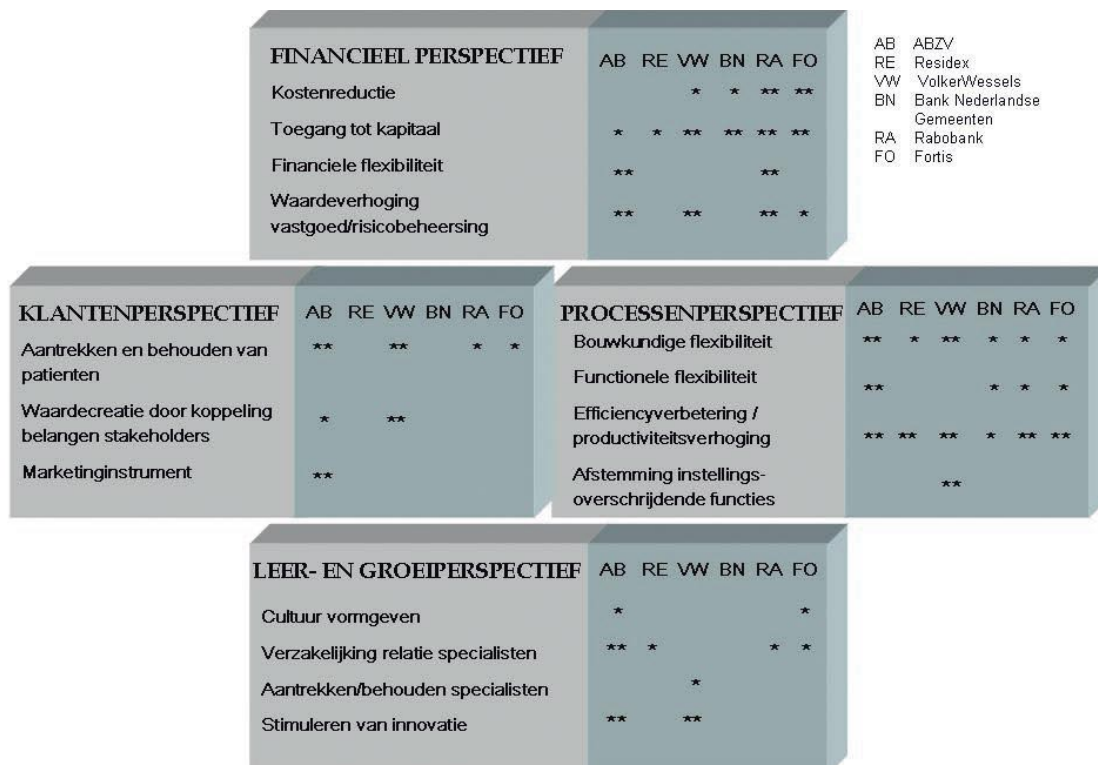
ABZV ziet de vestiging van biotechnologische bedrijven of andere aan het ziekenhuis gerelateerde functies als waardeverhogend voor beiden. Het ziekenhuis kan op deze manier uitdragen dat zij innovatie en onderzoek hoog in het vaandel heeft staan, terwijl het biotechnologische bedrijf zou kunnen profiteren van de aansluiting bij een ziekenhuis met goed imago. VW en ABZV zien de voordelen van systeeminnovatie in het bij elkaar vestigen van verschillende zorgaanbieders uit de eerste en tweede lijn, maatschappelijke en woonfuncties. Het continu ter discussie stellen van systemen/ketens en kijken of deze wel optimaal zijn, leidt volgens VW tot een steeds grotere waardedoelvoeging. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de rol van verwijzers zoals huisartsen in het systeem, of om de behoefte van patiënten aan een zorghotel na afloop van de opname in een ziekenhuis. De locatie en vormgeving van zorgvastgoed kunnen hier een belangrijke ondersteunende rol in vervullen (VW, ABZV).

7.2.4 ‘Sectorbreed’ perspectief samengevat

Volgens de respondenten van het ‘sectorbrede’ perspectief benaderen ziekenhuizen vastgoedbeleid vanuit een korte termijn visie, wordt te weinig op waarde gestuurd en durven ziekenhuizen geen overtuigende strategische keuzes te maken. Dit heeft tot gevolg dat een aantal instellingen een passieve, afwachtende houding aanneemt ten aanzien van de toenemende risico's als gevolg van marktwerking. De cultuur en de bestaande verhoudingen tussen management en medisch specialisten, worden als een belangrijke belemmering gezien voor het ontwikkelen van de flexibiliteit die nodig is om continuïteit te waarborgen.

De wijze waarop het begrip ‘toegevoegde waarde’ met betrekking tot vastgoed wordt gedefinieerd, hangt sterk samen met de achtergrond van de betreffende respondent. De drie banken zien de meerwaarde van vastgoed met name in de courantheid, in de mogelijkheden om op lange termijn tot waardeverhoging van het ziekenhuisvastgoed te komen. Dit gaat met name om aspecten die van invloed zijn op de toegang tot en prijs van kapitaal zoals herontwikkelingsmogelijkheden en bestemming. VW vindt echter dat banken een veel te gesegmenteerde visie hebben, het gaat niet om het ziekenhuis alleen, maar om het ziekenhuis in zijn omgeving. Het bouwbedrijf ziet zichzelf als ‘systeemintegrator’ en benadert toegevoegde waarde vanuit de optimale afstemming en koppeling van belangen in de gehele keten. Ook ABZV en Rabo benadrukken synergievoordelen als het gaat om de toegevoegde waarde van ziekenhuisvastgoed. Het koppelen van commerciële aan maatschappelijke functies kan een belangrijke meerwaarde opleveren voor het ziekenhuisvastgoed volgens beide respondenten. Residex legt in haar hoedanigheid als investeerder de nadruk op het vergroten van de doelmatigheid. Door efficiencyvoordelen te behalen in zowel bedrijfsvoering als in vastgoed, kan toegevoegde waarde ontstaan door betere zorg voor dezelfde prijs te leveren of dezelfde zorg tegen een lagere prijs.

In figuur 14 wordt de visie van de sector op de toegevoegde waarde van vastgoed voor ziekenhuizen, grafisch weergegeven. Alleen de vastgoedstrategieën cq. doelstellingen waarnaar door de respondenten is verwezen, worden in de figuur weergegeven. Bovendien zijn strategieën die in hoofdstuk 5 in meerdere perspectieven zijn geplaatst om de betekenis van een strategie voor verschillende perspectieven aan te geven, hier voor de overzichtelijkheid slechts in één perspectief geplaatst. Namelijk dat perspectief waarin Kaplan en Norton (2004) het oorspronkelijk hebben geplaatst. Dit geldt met name voor efficiencyverbetering/productiviteitsverhoging en strategieën met betrekking tot medewerkers. Vanwege het feit dat de interviews met het WfZ en de RVZ voornamelijk op het macro-economisch perspectief gericht zijn geweest, worden deze bijdragen niet in de figuur vermeld.



Figuur 14 De visie van de respondenten uit het ‘sectorbrede’ perspectief op de toegevoegde waarde van ziekenhuisvastgoed

7.3 *Het perspectief van ziekenhuizen*

7.3.1 *Positionering ziekenhuizen: vastgoed en strategie*

Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ)

Introductie vanuit vastgoedperspectief

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is in 2002 ontstaan uit een fusie tussen het Carolus-Luduina Ziekenhuis en het Bosch Medicentrum. Van de vijf locaties die het JBZ bezit, zullen er drie overblijven nadat de nieuwbouw op de locatie Willem-Alexander is gerealiseerd. De locatie Groot Ziekengasthuis is reeds in 1995 via een sale-and-lease-back constructie verkocht en was daarmee het eerste ziekenhuis in Nederland dat een dergelijke financiële constructie toepaste. In 2005 is hetzelfde gebeurd met de Carolus locatie. De nieuwbouw vindt plaats onder regelgeving van de WZV, op basis van trekkingsrechten.

Positionering en invulling van de vastgoedfunctie

Het JBZ heeft een scheiding aangebracht tussen de verantwoordelijkheid voor instandhouding van gebouwen enerzijds en de nieuwbouw op de locatie Willem-Alexander anderzijds. De directeur van het facilitair bedrijf stelt een LTHP op, legt deze ter goedkeuring voor aan de RvB en is daarna verantwoordelijk voor uitvoering. De projectorganisatie van vier personen die voor de nieuwbouw is opgezet, verzorgt de contractering en verhuur van ruimten in de zorgboulevard die voor commerciële activiteiten worden gerealiseerd. Het JBZ gelooft niet in de verrekening van huisvestingslasten met maatschappen. Dat is volgens het ziekenhuis niet mogelijk als dit niet standaard landelijk wordt afgesproken.

“Er is geen enkel ziekenhuis waar wordt doorbelast aan maatschappen. Ben er wel voor maar dan moeten we dat in Nederland veranderen” (JBZ)

Strategie

In het strategisch beleidsplan ‘Duidelijk Beter’ (2005-2009) geeft het JBZ aan zich bewust te zijn van de noodzaak tot marktorientatie om continuïteit veilig te stellen. In dit kader worden stappen genomen om de zorgvraag van de regio en de relaties met patiënten, huisartsen en verzekeraars in kaart te brengen. Het ziekenhuis is met name gericht op factoren die deze relaties negatief kunnen beïnvloeden. Omdat het JBZ zich profileert als een organisatie met een grote regionale verantwoordelijkheid, richt het zich op alle vormen van medisch specialistische zorg. Veiligheid, logistiek en de wijze waarop de zorg wordt gepresenteerd aan patiënten, krijgen hierbinnen speciale aandacht. De financiële reserves van het JBZ zijn gering en het behalen van efficiencywinsten heeft dan ook prioriteit binnen het ziekenhuis.

Zwakten/sterkten

Volgens het JBZ moet de kwaliteit van zorg beter. De patiëntveiligheid en klantgerichtheid waarnaar in het beleidsplan verwezen wordt, wordt in de praktijk nog niet gerealiseerd. Daarvoor is volgens JBZ een cultuuromslag noodzakelijk, vooral bij professionals die te lang in een aanbodbepaalde organisatie hebben gefunctioneerd. Het niveau van specialisten en onderzoek moet op een hoger niveau komen als het JBZ zich meer als opleidingsziekenhuis wil profileren. Tot slot is de solvabiliteit, 5,2% in 2004, een zwak punt van de organisatie. Het JBZ ziet in haar regionale monopoliepositie en organisatiestructuur, een goed bemande top met duaal management op clusterniveau, haar sterke punten.

14 De geldlener is verplicht om mee te werken aan de vestiging van een hypotheekrecht als de schuldeiser dit verlangt (positief), en mag geen hypotheek geven aan een ander dan de desbetreffende schuldeiser (negatief)

Diakonessenhuis (Diak)

Introductie vanuit vastgoedperspectief

Het Diak is in 2001 ontstaan uit een fusie tussen het Lorentz Ziekenhuis in Zeist en het Diakonessenhuis Utrecht. Er zijn drie locaties: Utrecht, Zeist en Doorn (buitenpoli). Het ziekenhuis is voornemens in 2008 een centrum voor acute en intensieve zorg te realiseren op de plaats van de huidige zusterflat. Daarnaast is het Diak met VolkerWessels een alliantie aangegaan met als doel de terreinen en gebouwen in Utrecht en Zeist te herontwikkelen. Op deze wijze worden de middelen vrijgemaakt om te kunnen investeren in nieuwbouw en de modernisering van de twee ziekenhuislocaties. Alle opgebouwde trekkingsrechten worden gebruikt om het ziekenhuis in Zeist te renoveren, zodat de overige bouw voor eigen rekening en risico dient plaats te vinden.

Positionering en invulling van de vastgoedfunctie

De instandhouding en het onderhoud van het ziekenhuisvastgoed valt onder de verantwoordelijkheid van de facilitaire dienst van het Diak. Het ziekenhuis erkent dat de afwezigheid van een LTHP er mede aan bijgedragen heeft dat de bestaande problemen met gebouwen en infrastructuur zijn ontstaan. Voor de nieuwbouw van het acuut centrum en de (ver)bouw in Zeist heeft het Diak een externe bouwdirecteur aangetrokken, waarmee de RvB en facilitaire dienst periodiek afstemmen. Het ziekenhuis streeft met haar facilitaire dienst naar transparantie en een zakelijke bedrijfsvoering, waarin *service level agreements* met interne klanten een vaste plaats moeten krijgen. Binnen een dergelijke bedrijfsvoering past volgens het ziekenhuis ook een volledige interne doorbelasting van huisvestingslasten op basis van patiëntencategorieën. Het Diak is het enige ziekenhuis van de drie dat de financiële relatie met de vrijgevestigd medisch specialisten evalueert en indien nodig wil herzien.

Strategie

Zowel het investeren in gebouwen en infrastructuur als het versterken van het eigen vermogen staan hoog op de prioriteitenlijst van het Diak. Om deze doelstellingen te realiseren zijn volgens het ziekenhuis drie krachtige bewegingen nodig: een gerichtheid op de behoeften vanuit de markt, de doorvertaling naar de interne organisatie door het inrichten van zorgprocessen rondom de gekozen patiëntencategorieën, en tot slot een groter kostenbewustzijn waardoor het verschil tussen kostprijs en verkoopprijs kan worden gemaximaliseerd. Dit vraagt volgens het Diak een grote omslag in cultuur, structuur en de wijze waarop medisch specialisten gefaciliteerd worden. Het ziekenhuis gaat per patiëntencategorie een bewuste keuze maken of zij met andere zorgaanbieders wil concurreren, samenwerken of segmenteren¹⁵.

Zwakten/sterkten

Sterkten van het Diak worden gevonden in de centrale locatie die door klanten en zorgverzekeraars als aantrekkelijk worden ervaren en in de kwalitatief hoogwaardige zorg. Het Diak heeft meerdere onderscheidingen voor kwaliteitsbeleid ontvangen en scoort bij patiënten hoog op bejegening en menselijke aandacht. Het ziekenhuis ziet de matige solvabiliteit (ruim 4% in 2005) als een belangrijk zwak punt van de organisatie, evenals het achterstallig onderhoud en het ontbreken van voldoende faciliteiten en beschikbare middelen. Daarnaast kunnen relaties met andere zorgaanbieders, met name huisartsen, een stuk beter volgens het ziekenhuis.

¹⁵ Het Diak verwijst hiermee naar het maken van afspraken over 'uitruil' van zorg

Gelre Ziekenhuizen

Introductie vanuit vastgoedperspectief

Gelre Ziekenhuizen is in 1999 ontstaan uit een fusie tussen Ziekenhuiscentrum Apeldoorn en streekziekenhuis Het Spitaal in Zutphen. Recent is een aanvang gemaakt met de renovatie en nieuwbouw op de locatie Lukas in Apeldoorn, wat geheel op basis van opgebouwde trekkingsrechten geschiedt. Indien dit in 2009 wordt opgeleverd, zal de tweede locatie in Apeldoorn, locatie Juliana, worden afgestoten. In Zutphen wordt een nieuw ziekenhuis gebouwd ter vervanging van het Spitaal, dat ernstige asbestproblemen kent. Gelre Ziekenhuizen zal zelf volledige verantwoordelijkheid dragen voor deze investering, maar het boekwaardeprobleem en asbestgerelateerde sloop worden in samenspraak met het CSZ opgelost.

Positionering en invulling van de vastgoedfunctie

De directeur facilitaire diensten van het Gelre is net als bij de overige ziekenhuizen verantwoordelijk voor het opstellen van het LTHP en het onderhoud van gebouwen. Voor de nieuwbouw, maar ook voor alle externe dienstverlening van Gelre aan derden, heeft het ziekenhuis een aparte rechtspersoon opgericht onder de naam 'Vastgoed en Diensten'. Op deze manier meent het ziekenhuis een verzelfstandiging van de vastgoedfunctie te bewerkstelligen en uiteindelijk marktconformiteit in diensten en prijzen te realiseren. Interne doorbelasting van huisvestingslasten ligt desondanks moeilijk. Op basis van eerdere ervaringen met interne doorbelasting van OK-tijd en diagnostische verrichtingen, vraagt Gelre zich af of de transactiekosten wel opwegen tegen de baten.

Strategie

Bij Gelre Ziekenhuizen staan drie ambities centraal. Ten eerste het leveren van hoogwaardige zorgdiensten, wat betekent dat de geleverde zorg veilig is, een hoge mate van innovatie kent en professionals de kans krijgen zich te blijven ontwikkelen binnen een volwaardig opleidingsziekenhuis. Hoogwaardige patiëntenzorg is de tweede ambitie. Dit realiseert het ziekenhuis door het verbeteren van de patiëntenrouting en het optimaliseren van de ketenzorg. Binnen dit kader is Gelre bereid huisartsen breed te faciliteren en waar mogelijk te integreren in de ziekenhuisorganisatie. Met de derde ambitie, een hoogwaardige organisatie, verwijst het ziekenhuis naar een strategie van *operational excellence*, het optimaal organiseren van logistieke processen vanuit efficiëncyperspectief maar met behoud van kwaliteit voor de patiënt. Het ziekenhuis blijft vanuit beide locaties volwaardige medisch specialistische zorg bieden: in Apeldoorn ligt het accent echter op opleidingen, in Zutphen wordt extra electieve zorg verleend.

Zwakten/sterkten

Het ziekenhuis ziet een hecht transmuraal zorgnetwerk in de regio Apeldoorn-Zutphen en een interne netwerkstructuur van ondersteunende diensten die tot veel efficiencywinst heeft geleid, als belangrijke sterke punten. Daarnaast voldoet Gelre qua solvabiliteit aan de norm die het WfZ heeft gesteld (10,8% in 2005). Zwakten worden voornamelijk gevormd door de asbestproblematiek in Zutphen en de druk die daardoor ligt op de nieuwbouw, die conform afspraak met het Ministerie van VWS in 2010 al in gebruik dient te worden genomen. Daarnaast zorgt de nieuw- en verbouw op de locatie Lukas in Apeldoorn voor een verminderde bereikbaarheid.

7.3.2 Ziekenhuisvastgoed in perspectief

Het financiële perspectief

Kostenreductie

Het Diak benoemt de mogelijkheid om door middel van vastgoed en grondbezit opbrengsten te genereren, primair vanuit de hoofddoelstelling om in de kwaliteit van zorg te kunnen investeren. De waarde van vastgoed ligt volgens het ziekenhuis dan ook in dit aspect, zowel voor patiënten als voor medewerkers, die beter in staat worden gesteld goede zorg te leveren. Dit moet volgens het ziekenhuis echter wel tegen ‘aanvaardbare’ kosten.

“Het vastgoed moet de organisatie in staat stellen zijn productie te realiseren in een voor medewerkers en patiënten zo aantrekkelijk mogelijke omgeving tegen een verantwoord kostenniveau. Dat is mijns inziens de enige toegevoegde waarde van vastgoed. Elke andere toegevoegde waarde is niet relevant voor de doelstelling van het ziekenhuis en moet dus ook niet persé nagestreefd worden”

Het verlagen van exploitatiekosten is een belangrijke doelstelling geweest bij de nieuwbouwopzet van alle onderzochte ziekenhuizen. Naar schatting zullen de exploitatiekosten van het nieuwe JBZ ziekenhuis 4-6 miljoen per jaar lager liggen dan bij het huidige ziekenhuisvastgoed. Besparingen zullen volgens Gelre mede voortkomen uit een gebouwindeling die efficiëntere zorgprocessen mogelijk maakt. Daarnaast denken beide ziekenhuizen een hogere bezetting te realiseren door spreek- en onderzoekskamers niet meer specifiek toe te wijzen aan personen, maar flexibel te maken.

Kostenbesparingen tracht het JBZ ook te vinden in aantrekkelijke financieringsvormen voor bepaalde bouwonderdelen, zoals bijvoorbeeld operatiekamers. Als de overheid niet doorkomt met een compensatie voor ziekenhuizen die recentelijk nieuwbouw hebben gepleegd, ziet het JBZ zich genoodzaakt om off-balance¹⁶ te financieren op annuïtaire basis zodat rentelasten beter gespreid kunnen worden. JBZ en Gelre spreken echter beiden de verwachting uit dat de overheid een regeling treft voor de ziekenhuizen die recentelijk nieuwbouw hebben gepleegd. Ze verwachten globaal gedurende een decennium een tekort van een miljoen per jaar te hebben ten opzichte van de NKC.

“De problemen met nieuwbouwziekenhuizen moeten worden afgekocht, net als bij HBO-instellingen destijds. Afkopen en dan op eigen benen, zeg ik iedere keer” (Gelre)

Ook het Diak is gezien de financiële positie genoodzaakt zich te richten op efficiencywinst, maar spreekt zich niet uit over verwachte overheidssteun. Het ziekenhuis zoekt daarentegen naar mogelijkheden om investeringen uit de exploitatie te financieren of naar fondsen in private samenwerkingsvormen.

Uitbesteding vastgoedfunctie/activiteiten

In verband met het uitbesteden van de vastgoedfunctie of onderdelen van de nieuwbouw, noemen de onderzochte ziekenhuizen drie factoren die de overweging domineren. Dit zijn motieven met betrekking tot kostenbesparing, het behoud van zeggenschap en het kunnen benutten van de deskundigheid van derden.

Het JBZ ziet de uitbestedingsbeslissing zuiver als een financiële afweging en denkt nieuwbouwonderdelen zoals elektrische installaties, maar wellicht ook OK's via publiekprivate samenwerking uit te besteden. Als het ziekenhuis deze intentie waarmaakt, zal het JBZ toekunnen met de helft van de medewerkers van de facilitaire dienst. Het zelf in de hand kunnen houden van de regio, blijft voor het ziekenhuis echter

16 Hiermee wordt verwezen naar vormen van financiering die bij het opstellen van de balans niet worden meegenomen, zoals huur en operationele lease.

essentieel, een factor die ook voor Gelre Ziekenhuizen zwaar telt. Uitbesteden van de vastgoedfunctie, anders dan aan de eigen organisatie Vastgoed en Diensten, zal het ziekenhuis niet snel overwegen omdat de invloed van veranderingen op het zorgproces door derden niet altijd goed in te schatten zijn.

“Vastgoed is voor mij een essentieel productiemiddel: de uitkomst van proces, ICT en marktontwikkelingen. Als ik hiermee een andere partij zijn gang laat gaan, dan kan hij mij daarmee in de wielen rijden” (Gelre)

Het Diak ziet in de samenwerking met VW echter vooral een mogelijkheid om risico's te beheersen en de nodige deskundigheid in huis te halen. Met name de ruime ervaring die VolkerWessels heeft op het gebied van breedbandtechnologie en facilitaire dienstverlening, is voor het ziekenhuis een motief om deze alliantie aan te gaan. Overigens blijft het Diak open staan voor andere marktpartijen die een toegevoegde waarde kunnen leveren aan de modernisering van het ziekenhuis.

“In de gezondheidszorg hebben mensen de neiging om te denken dat ze alles kunnen, wat een heel merkwaardige gedachte is. Waarom zou ik geen gebruik maken van de deskundigheid van andere partijen, bijvoorbeeld private investeerders, om mijn doelstellingen te bereiken?”

Toegang tot kapitaal

De keuzes die de onderzochte ziekenhuizen maken met betrekking tot financiering, lijken sterk samen te hangen met de motieven die ten grondslag liggen aan de keuze wel of niet uit te besteden. Het JBZ zoekt naar vormen van financiering die financieel zo aantrekkelijk mogelijk zijn, maar waarbij de regie volledig in handen gehouden kan worden, bijvoorbeeld door het leasen van bepaalde bouwonderdelen.

Het Diak staat daarentegen juist open voor alle mogelijke financieringsvormen en eigendomsverhoudingen, ook voor private ondernemers die willen investeren in grond en opstellen van het ziekenhuis. Zelfs het financieel participeren in de exploitatie van het ziekenhuis door verzekeraars of medisch specialisten, juicht het ziekenhuis toe als dit ten goede komt aan de kwaliteit van gebouwen en daarmee aan de geleverde zorg. In het geval van medisch specialisten die als private investeerder optreden in ZBC's, wenst het ziekenhuis wel een meerderheidsbelang.

Gelre Ziekenhuizen houdt verschillende financieringsopties open, maar wil eerst duidelijkheid ten aanzien van eigendomsverhoudingen. Omdat het Gelre veel overheidssteun krijgt, wil het voorzichtig manoeuvreren. Het ziekenhuis benadrukt wel dat partijen die financiële voorstellen doen, niet altijd even goed ingewerkt zijn in de specifieke problemen en cultuur van de zorgsector.

“Sommige partijen zitten teveel in de wereld van Peter Stuyvesant, maar zo werkt de zorgsector niet”

Financiële flexibiliteit

Zowel het JBZ, Gelre als het Diak huren hun buitenpoli's en zien het belang van een balans tussen het huren en in eigendom houden van vastgoed, om fluctuaties in de vraag te kunnen opvangen. Het JBZ en Gelre benadrukken in dit kader het voordeel van de aanwezigheid van een zorgboulevard of zorgpark, wat het gemakkelijker maakt wisselingen in ruimtebehoefte over en weer op te vangen.

Het JBZ is van de drie het enige ziekenhuis dat vastgoed heeft verkocht en weer teruggehuurd om kapitaal vrij te maken voor investeringen in het primaire proces. Dit was met name bij de locatie Groot Ziekengasthuis in 1995 het geval, de verkoop van de Carolus locatie werd mede ingegeven door het feit dat de overheid niet bereid was een bouwvergunning af te geven voor de nieuwbouw, als het boekwaardeprobleem niet zou worden opgelost. Dat juist het JBZ, dat de regie sterk in handen wil houden, een dergelijke constructie heeft toegepast, ziet het ziekenhuis zelf niet als opmerkelijk.

“Niet eigendom, maar zeggenschap is bepalend om het beleid te kunnen vormgeven. Om kwalitatief goede patiëntenzorg te kunnen leveren, is bij de verkoop met de verhuurder afgesproken dat hij bouwkundige aanpassingen niet zonder onze toestemming mag doorvoeren”.

Waardeverhoging ziekenhuisvastgoed op lange termijn

Zowel het JBZ, Gelre als het Diak hebben door middel van scenariobeschrijvingen onderzocht of de nieuwbouw op lange termijn verschillende zorg- en marktontwikkelingen zou kunnen accommoderen. Het JBZ heeft in haar vastgoedvisie bijvoorbeeld beschreven hoe een toename in ambulante zorg, een groei in de instroom van stafmedewerkers en een uitbreidingsbehoefte in zware diagnostische apparatuur, het aantal OK's of IC's met relatief weinig kosten of organisatorische impact, opgevangen kan worden.

Bij de plannen tot herontwikkeling bij het Diak en de nieuwbouwplannen van Gelre en het JBZ, is de vestiging van zorggerelateerde en commerciële voorzieningen meegenomen om draagvlak voor de exploitatie te vergroten en het financieel risico te spreiden. Het Diak meent daarnaast dat het bouwen van de ondergrondse parkeergarage voor alle omliggende voorzieningen en woningen een waardeverhogend effect zal hebben. Het JBZ houdt de grond waarop het ziekenhuis en het zorgpark worden gebouwd, in eigendom zodat eventuele waardeverhogingen aan het ziekenhuis toe kunnen komen. Bovendien heeft het ziekenhuis als voorwaarde gesteld dat indien door de bouw van het zorgpark parkeerplaatsen verloren mochten gaan, zij daarvoor wordt gecompenseerd in de vorm van een andere parkeervoorziening gefinancierd uit de opbrengsten van het zorgpark. Gelre richt zich bij haar initiatieven op lange termijn ook op transmurale partners. Binnen het zorgpark wordt met enkele organisaties de wenselijkheid en haalbaarheid van een zotel onderzocht.

Het klantperspectief

Aantrekken en behouden van klanten

Het herontwerpen van zorgprocessen is voor Gelre een belangrijk uitgangspunt voor de nieuwbouw en verbouw in Apeldoorn en Zutphen. Door de zorg rondom de patiënt te organiseren, wordt de doelstelling de efficiency te verhogen beter ingevuld en worden toegangs- en doorlooptijden korter. Het ziekenhuis meent meer klanten te kunnen trekken door in te spelen op de differentiatie in servicevraag en tegen betaling extra voorzieningen te bieden. Het JBZ heeft van de drie ziekenhuizen het meeste aandacht voor de principes van *healing environment* in haar nieuwbouwplannen, hoewel uit het semi-gestructureerde interview niet zozeer de beleving van de patiënt, maar overwegingen met betrekking tot efficiency en verlaging van exploitatiekosten als prioriteit naar voren komen. In de vastgoedvisie van het ziekenhuis wordt echter wel gesproken van daglichttoetreding, zicht op een groene omgeving, de behoefte aan privacy en aan oriëntatie (een heldere opgezette gebouwstructuur). Het ziekenhuis wil niet alleen kamers op verpleegafdelingen, maar ook spreek- en onderzoekskamers comfortabel inrichten.

Het Diak heeft de behoeften van patiënten in haar verbouwing van de locatie Zeist laten terugkomen in het creëren van ruimere kamers met warme kleuren, met meer mogelijkheden voor privacy. Niet duidelijk is of er specifiek rekening gehouden is met concepten van *evidence based design* of *healing environments*. Er zullen in ieder geval minder patiënten op één kamer komen te liggen en iedere kamer zal over eigen badkamervoorzieningen beschikken. Bovendien is het consumenten/patiënten platform nauw betrokken bij de verbouwing van de locatie Zeist, om aan te kunnen sluiten bij de behoeften van patiënten.

Inspeland op maatschappelijke ontwikkelingen streven zowel Gelre als het JBZ er naar veelgebruikte voorzieningen op korte afstand van de woonplaats van de patiënt te realiseren. Gelre denkt er over

vanuit deze optiek in Apeldoorn Noord of omliggende dorpen een diagnostisch centrum te openen en de buitenpolikliniek in Lochem te verbeteren. Het JBZ is voornemens in Schijndel en/of Zaltbommel buitenpoli's op te zetten.

Marketinginstrument

Gelre stelt dat de gekozen product-markt-combinaties voor een belangrijk deel bepalen hoe het ontwerp en de inrichting van het ziekenhuisvastgoed er uit komt te zien.

“Het zorgproces van je doelgroep zou leidend moeten zijn. Een focus op chronische zorg vraagt om een ander gebouw dan een focus op acute zorg”

Hoewel het belang van een positief imago door het Gelre zeker wordt erkend – het ziekenhuis noemt het imago van de sector als één van de grootste bedreigingen en is op dit moment met een imago marktonderzoek bezig met strategisch adviesbureau Boer & Croon – wordt het gebruik van het ziekenhuisvastgoed als een manier om de identiteit van de organisatie te benadrukken niet naar voren gebracht. Hetzelfde geldt voor het JBZ en het Diak, wat voor het laatste ziekenhuis opmerkelijk is gezien de aandacht voor het vakgebied marketing binnen de marktgeoriënteerde organisatie.

Het processenperspectief

Flexibiliteit

Bouwkundige flexibiliteit vormt voor de drie onderzochte ziekenhuizen de basis voor de nieuwbouwplannen, maar ook met functionele flexibiliteit is in ruime mate rekening gehouden. Bij Gelre wordt vastgoed als een essentieel productiemiddel gezien dat vooral in de efficiency van zorgprocessen haar waarde kan bewijzen. Een optimale logistiek en het aantrekken van klanten door een snel en effectief zorgtraject te bieden, zijn leidende uitgangspunten geweest bij het ontwerpen van de nieuwbouw.

Het JBZ meent met standaardisatie van verpleegafdelingen en poliklinieken, ruimten onderling gemakkelijker uit te kunnen wisselen en in te spelen op de verwachte groei van ambulante zorg. Het ziekenhuis wil bovendien door het gebruik van niet-specifiek ziekenhuisachtige meters de verhuur aan derden mogelijk maken. Zowel Gelre als het JBZ leggen daarnaast de nadruk op een innovatief polikliniek- en kantoorconcept met flexibele werkplekken, wat betekent dat poliklinische ruimten niet meer aan specialismen zijn toegewezen, maar specialisten een werkplek krijgen in het kenniscentrum.

Door de bouw van een acuut centrum brengt het Diak een scheiding aan tussen zorg die meer bouwkundige en organisatorische flexibiliteit toestaat en zorg waarvoor dat niet geldt. Dat maakt het gemakkelijker om voor bepaalde delen een andere bouwmethodiek met een kortere afschrijvingstermijn te hanteren, wat Gelre ook doet bij de nieuwbouw van haar poliklinieken. Door het acuut centrum casco te laten opleveren, zodat de definitieve indeling op het laatste moment op belangrijke ontwikkelingen kan worden aangepast, tracht het Diak risico's te beheersen en flexibiliteit te vergroten.

Verhogen productiviteit / optimale logistiek

Het verhogen van de efficiency en productiviteit heeft als doelstelling veel aandacht gekregen in de nieuwbouwplannen van de onderzochte ziekenhuizen. Het JBZ realiseert in haar nieuwe ziekenhuis tussen ambulante en klinische functies een staflaag om een betere interactie tussen disciplines en patiëntenzorg te creëren. Het ziekenhuis denkt hiermee niet alleen de kwaliteit van zorg te verhogen, maar ook de doelmatigheid.

Efficiencyvoordelen worden door Gelre gevonden in het neerzetten van multidisciplinaire poliklinieken, terwijl Diak hetzelfde verwacht van haar organisatie op basis van patiëntencategorieën. Na uitvoering

van alle veranderingen in organisatie en infrastructuur betekent dit uiteindelijk dat het ziekenhuis een verzameling behandelcentra zal kennen met eigen patiëntenstromen die zo efficiënt mogelijk zijn georganiseerd.

Het realiseren van optimale logistieke processen is zowel voor Gelre als het JBZ een belangrijk uitgangspunt geweest bij het ontwerp van het nieuwe ziekenhuis. Beide ziekenhuizen verwijzen in dit verband tegelijkertijd naar het verhogen van de efficiency als naar het beter tegemoet komen aan de behoeften van de klant.

Afstemming instellingsoverschrijdende functies

Alle onderzochte ziekenhuizen richten zich in mindere of meerdere mate op (met name verticale) ketenzorg met als doel tot efficiencyverbetering te komen en patiëntenbelangen te behartigen. Het gaat er bij dit onderzoek echter om in hoeverre dit in locatie- en huisvestingskeuzen naar voren komt. Alleen bij Gelre is dit aan de orde doordat het ziekenhuis aangeeft de eerstelijnszorg zowel qua huisvesting als voorzieningen, te willen integreren in de ziekenhuisorganisatie en daar dus ook fysiek de ruimte voor creëert. Het ontwikkelen van zorgparken en het opnemen van zorgboulevards in ziekenhuizen zou ook kunnen duiden op de doelstelling zoveel mogelijk zorggerelateerde en overige (maatschappelijke) functies op elkaar af te stemmen. De argumenten van de onderzochte ziekenhuizen die hieraan ten grondslag liggen, betreffen echter niet primair het afstemmen van functies maar het verhogen van flexibiliteit, het genereren van extra opbrengsten en het delen van risico's. De ziekenhuizen zien het feit dat betere afstemming in de keten plaatsvindt als één van de voordelen van een dergelijke clustering van functies.

Het leer- en groeiperspectief

Medewerkersatisfactie

Het JBZ en Gelre beschrijven in hun vastgoedvisie en LTHP het belang van een aangename werkomgeving voor medewerkers, wat zich ook uitstrekt tot de vormgeving en inrichting van het ziekenhuisvastgoed. Ook het feit dat in beide ziekenhuizen het Programma van Eisen van de nieuwbouw tot stand is gekomen met medewerking van afgevaardigden uit alle ziekenhuisdisciplines, laat zien dat de mening van medewerkers op prijs wordt gesteld. In de interviews komt dit belang van medewerkers niet echt naar voren. Het JBZ heeft de medisch specialist ervaren als een van de belangrijkste interne knelpunten in de planning van het nieuwbouwproject.

“De commitment van de medische staf kent een grillig patroon. Als op een bepaald moment de besluitvorming rond is, moet soms na een halfjaar de discussie weer dunnetjes worden overgedaan”.

Zowel uit het beleidsplan als tijdens het interview blijkt dat het Diak medisch specialisten en andere medewerkers als het fundament van de organisatie ziet, en het ziekenhuis heeft derhalve veel aandacht voor de inbreng van deze groep als het gaat om beleid. Met betrekking tot vastgoed en infrastructuur komt dit gegeven echter ook niet expliciet naar voren en wordt er in zijn algemeenheid slechts gesteld dat medewerkers prettiger werken in moderne verpleegafdelingen.

Cultuur vormgeven

De organisatiecultuur komt bij de onderzochte ziekenhuizen voor een deel tot uiting in de wijze waarop de RvB aankijkt tegen het concept ‘ondernemende specialisten’. Het JBZ neemt een defensieve houding aan als het gaat om ondernemende specialisten en ervaart initiatieven op dit vlak als interne concurrentie.

“Wij willen niet dat radiologen met onze patiënten een eigen business gaan draaien. Je moet als ziekenhuis niet meewerken aan een tweedeling. Als je reguliere zorg buiten het ziekenhuis wil uitvoeren, dan moet je daar een goede reden voor hebben” (JBZ)

Terwijl Gelre nog niet zeker is hoe zij zich als ziekenhuis het beste kan opstellen met betrekking tot dit onderwerp, moedigt het Diak medisch specialisten juist aan om als private investeerder op te treden en zelfstandige behandelcentra op te zetten, mits het ziekenhuishuis een meerderheidsbelang houdt.

Met betrekking tot vastgoed komt het begrip cultuur in geen van de gesprekken naar voren, behalve in relatie tot marktpartijen en financiers die de zorgsector minder goed zouden ‘aanvoelen’.

Stimuleren van innovatie / aantrekken medisch specialisten

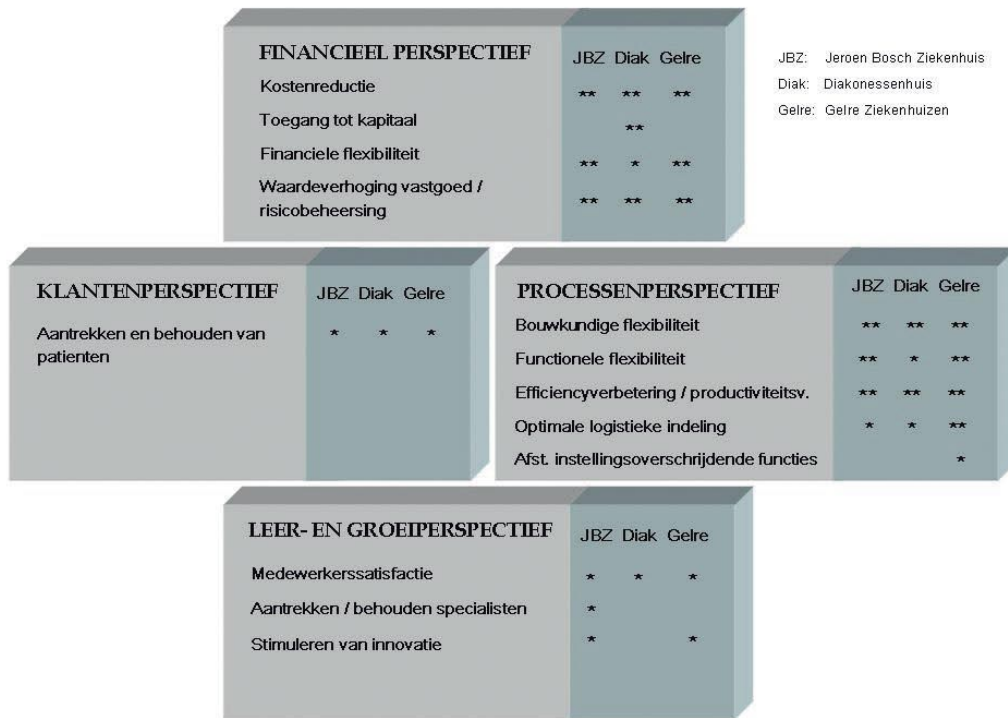
Het JBZ en Gelre willen beiden kennisoverdracht stimuleren om tot betere kwaliteit van zorg te komen. Het JBZ ziet in de combinatie van ziekenhuis en zorgpark, mogelijkheden tot samenwerking tussen het kenniscentrum en innovators van zorgproducten, om tot betere en nieuwe oplossingen te komen. Gelre vestigt vanuit deze doelstelling een transmuraal kenniscentrum op loopafstand van de poliklinieken. Het JBZ ziet in het realiseren van een dergelijk aantrekkelijk werkklimaat met toegang tot bronnen van kennis en voorzieningen, een belangrijke manier om medisch specialisten aan te trekken en te behouden.

7.3.3 Perspectief ziekenhuizen samengevat

De strategische beleidsplannen van de onderzochte ziekenhuizen kenmerken zich door een sterke nadruk op interne processen, efficiencyverbeteringen en kostenreductie. De vastgoedvisies die ten grondslag liggen aan de nieuwbouwplannen sluiten hier gemiddeld goed op aan. Er wordt veel rekening gehouden met bouwkundige en functionele flexibiliteit voor duurzaamheid en waarde op lange termijn en optimale logistieke processen zijn leidend voor de gehanteerde bouwkundige indeling. Alle ziekenhuizen hebben een scheiding aangebracht tussen de verantwoordelijkheid voor instandhouding en onderhoud aan de ene kant, en nieuwbouw aan de andere kant. Dit laatste betreft niet alleen het ontwerp van ziekenhuisvastgoed, maar ook activiteiten van commerciële aard waarbij contacten met derden plaatsvinden.

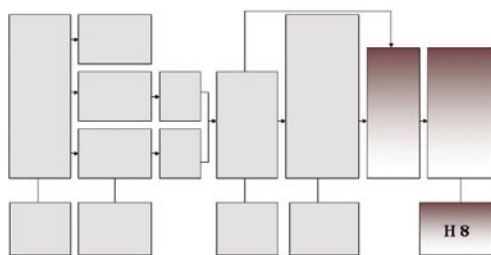
Het JBZ benadert de toegevoegde waarde van vastgoed vooral uit een financieel perspectief. Het minimaliseren van exploitatiekosten, het beperken van financieringskosten en het verhogen van de efficiency krijgen prioriteit bij de nieuwbouwplannen van het ziekenhuis. Gelre Ziekenhuizen ziet de toegevoegde waarde van vastgoed vooral in doelmatigheid van processen, in het bijzonder in het faciliteren van optimale logistieke zorgtrajecten. Het ziekenhuis wil kennisuitwisseling en innovatie stimuleren door het realiseren van een transmuraal kenniscentrum op het ziekenhuisterrein. Zowel Gelre als JBZ zijn terughoudend in het faciliteren van medisch specialisten om in aparte rechtspersonen of buiten het ziekenhuis, ondernemende activiteiten te verrichten. Ook bij overwegingen met betrekking tot het uitbesteden van de vastgoedfunctie noemen beiden ‘het houden van de regie’ als belangrijk aandachtspunt. Het Diak daarentegen, benadert zowel het aantrekken van kapitaal en de samenwerking met (markt)partijen vanuit de optiek dat alles wat de kwaliteit van zorg kan verbeteren en de benodigde expertise verhoogt, een overweging waard is. Zelfs al betekent dit dat meerdere partijen aan het roer staan. Ook het ondernemen ‘samen’ met medisch specialisten wordt vanuit deze invalshoek benaderd.

De visie van ziekenhuizen kan als volgt grafisch worden weergegeven.



Figuur 15 De visie van ziekenhuizen op de toegevoegde waarde van ziekenhuisvastgoed

Hoofdstuk 8 Discussie en Conclusie



8.1 *Inleiding*

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies beschreven met betrekking tot de probleemstelling en deelvragen die in het eerste hoofdstuk zijn geformuleerd. In paragraaf 8.2 zal per deelvraag de conclusie worden besproken en wordt deze voor zover aanwezig gespiegeld

aan relevante literatuur of vergelijkbare studies. Paragraaf 8.3 zal in zijn geheel worden gewijd aan de beantwoording van de probleemstelling, waarna in paragraaf 8.4 in de methodologische discussie plaatsvindt. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen in de laatste paragraaf.

8.2 *Conclusie en discussie per deelvraag*

1. *Welke veranderingen vinden plaats in de wettelijke context van ziekenhuisvastgoed?*

Met ingang van 1 januari 2006 heeft de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vervangen, als onderdeel van het geheel aan wetwijzigingen dat beoogt de huidige aanbesteding om te zetten in een vraaggestuurd zorgstelsel. Na een transitiefase, waarin een genormeerde vergoeding voor kapitaallasten (de NKC) in de DBC-tarieven wordt opgenomen en het bouwregime geleidelijk wordt afgeschaft, zullen ziekenhuizen in 2012 volledig verantwoordelijk zijn voor de dekking van kapitaallasten door de omzet. Eventuele verschillen tussen de genormeerde vergoeding en werkelijke kapitaallasten, zullen evenals verschillen als gevolg van een lagere productie dan begroot, voor rekening van de ziekenhuizen zelf komen. Daar tegenover staat dat instellingen zelf mogen bepalen wanneer, op welke wijze en tegen welke kosten ziekenhuisvastgoed wordt gebouwd. Bovendien zullen instellingen, wanneer winst oogmerk (door middel van een apart kabinetsbesluit) wordt toegestaan, worden beloofd voor een efficiëntere inzet van vastgoed.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006a) pleit in tegenstelling tot de Minister van VWS voor een kort overgangstraject, omdat het gebrek aan urgentiebesef bij ziekenhuizen niet tot de noodzakelijke verandering in besturing en beheersing zou leiden. De banken uit het 'sectorbrede' perspectief¹⁷ van deze studie delen deze bezorgdheid van de RVZ ten aanzien van de passiviteit van ziekenhuizen, maar zijn als banksector niet bereid de financiële consequenties van een kortere overgang te dragen. De meerderheid van de onderzochte ziekenhuizen verwacht wel dat de veranderingen in de zorgsector als gevolg van marktwerking uiteindelijk om een wijziging in aansturing zullen vragen, maar ze menen tegelijkertijd dat het zo'n vaart niet zal lopen. In ieder geval rekenen ze op compensatie van de overheid voor het verschil tussen de NKC en de werkelijke huisvestingslasten gedurende een decennium.

2. *Welke maatschappelijke en innovatieve ontwikkelingen zijn van invloed op overwegingen met betrekking tot het ontwerp en de inrichting van ziekenhuisvastgoed?*

De afname van het aantal klinische opnamen, de stijging van het aantal chronisch zieken, verdergaande individualisering en de toename in mobiliteit leiden tot veranderingen in de zorgvraag, en daarmee in de fysieke omgeving waarin deze zorg wordt verleend. De eisen die de moderne zorgconsument stelt ten aanzien van inspraak in de behandeling en zorg op maat worden steeds vaker vertaald in proces- en

17 Onder de respondenten van het 'sectorbrede' perspectief bevinden zich drie banken, een investeringsmaatschappij, een bouwbedrijf en een adviesbureau in zorgvastgoed

patiëntgeoriënteerde modellen. Deze trend sluit aan bij de toenemende belangstelling voor het ontwerpen van ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief op basis van het verband tussen de gebouwde omgeving en het genezingsproces van patiënten. Daarnaast zijn logistieke en technologische innovaties van grote invloed op de omvang, lokalisering en inrichting van ziekenhuisvastgoed. Het typische alles-in-één ziekenhuis op een enkele locatie past niet meer bij de vooruitgang in technologie en de voorkeur van de klant zijn of haar basiszorg dichtbij huis te ontvangen. Daartoe zou een combinatie van een hoofdlocatie met complexe, kapitaalintensieve functies en eerstelijns- en poliklinische centra in woonwijken, beter dienen.

De trend naar patiënt- en procesgeoriënteerde modellen wordt duidelijk door de onderzochte ziekenhuizen gevolgd. Hoewel volgens ABZV concepten van *evidence based design* en *healing environments* nauwelijks een rol spelen bij besluitvorming rondom nieuwbouw bij Nederlandse ziekenhuizen, komen deze wel in beperkte mate naar voren in de vastgoeddocumenten van het JBZ en Gelre. De onderzochte ziekenhuizen spelen met hun buitenpoli's in op de vraag uit de markt basiszorg in de woonomgeving van de patiënt te verstrekken, maar zij passen het model van hoofdlocatie met satellieten erom heen, niet volledig toe. Zowel het JBZ als Gelre blijven volwaardige 24-uurszorg bieden op beide ziekenhuislocaties. Alleen het Diakonessenhuis durft te kiezen voor een specifieke doelgroepbenadering op de locatie Zeist. Het door Jaspers (2005) en Driessen (2006) gehanteerde standpunt dat het ziekenhuis meer 'open' en 'transparant' zou moeten zijn en onderdeel zou moeten vormen van de maatschappelijke omgeving, sluit aan bij het concept van 'omgekeerde integratie' van VolkerWessels en ABZV. Door de vestiging van een zorgboulevard in de ziekenhuizen van Gelre en JBZ, en de ontwikkeling van woon- en maatschappelijke functies op het huidige parkeerterrein van het Diak, sluiten de onderzochte ziekenhuizen aan bij deze vraag naar meer maatschappelijke integratie van ziekenhuizen. Voor deze keuze zijn echter de spreiding van risico's en het vergroten van het draagvlak van de exploitatie leidende overwegingen geweest, en niet de behoefte van patiënten het 'domein' van de ziekte te kunnen verlaten en zo stress te reduceren, zoals Stienstra (2005) en CBZ (2003) aanhalen.

3. Wat is de basis van concurrentievoordeel en welke strategieën kunnen ziekenhuizen hiervoor aanwenden?

De kern van concurrentievoordeel ligt in de wijze waarop organisaties, in vergelijking met concurrenten, voor klanten en andere stakeholders waarde kunnen creëren. Hierbij gaat het niet alleen om de unieke combinatie van materiële en immateriële middelen, maar juist om de processen en activiteiten die het effectief aanwenden hiervan mogelijk maken. Volgens Treacy and Wiersema (1995) kan een ziekenhuis zich onderscheiden van concurrenten, door te kiezen uit drie waardeproposities voor de klant: kostenleiderschap (*operational excellence*), productleiderschap (*productleadership*) en klantenpartnerschap (*customer intimacy*).

De door de banken geponeerde stelling dat ziekenhuizen geen strategische keuzes durven maken met betrekking tot de product-markt-combinaties waarop ze zich richten en zoveel mogelijk specialismen willen handhaven, wordt met name bevestigd door de strategische beleidsplannen van Gelre en het JBZ. Het aanbieden van volwaardige medische specialistische zorg wordt door beide ziekenhuizen beschouwd als logisch voortvloeiend uit de regionale monopoliepositie en de noodzaak zich te onderscheiden wordt niet gevoeld, wat volgens KPMG (2006) voor de meerderheid van de Nederlandse ziekenhuizen geldt. Het Diak kiest daarentegen wel overtuigend voor een sterke marktgerichtheid en een focus op een beperkt aantal patiëntencategorieën. Hoewel hoogwaardige patiëntenservice in alle beleidsplannen als een belangrijke doelstelling wordt genoemd, ligt meer nadruk op de organisatie van zorgprocessen

vanuit het oogpunt van efficiency dan vanuit patiëntenperspectief, wat tevens blijkt uit de nadruk die vastgoedbeslissingen hebben in het processenperspectief in relatie tot het klantperspectief. De vraag is bovendien hoe ziekenhuizen hun interne processen 'optimaal' kunnen inrichten als niet duidelijk is voor welke doelgroepen met bijbehorende mix van zorgproducten de processen moeten worden ingericht. Bij het Diak overheerst kostenleiderschap als strategie, het ziekenhuis profileert zich als een leverancier van zorg tegen een redelijke prijs, met een interne focus op het minimaliseren van productiekosten binnen de grenzen van noodzakelijke kwaliteit. Gelre en het JBZ maken geen duidelijke keuze en voeren zogenaamde hybride strategieën, door ook enkele elementen van productleiderschap in de strategie op te nemen. Mouwen (2004) verwijst in dit verband wel naar de complexiteit van de zorgsector ten aanzien van het ontwikkelen van een eenduidige strategische visie. De positie van medisch specialisten, de uiteenlopende belangen van stakeholders en de institutionele context beperken de 'strategische ruimte' van ziekenhuizen in belangrijke mate. Bovendien zijn de instellingen door de magere vermogenspositie als gevolg van jarenlange macro-economische druk tot kostenbeheersing, voor een deel gedwongen efficiencyverbeteringen tot prioriteit te verheffen (Putters 2001). Wat de RVZ in 2002 reeds constateerde kan echter ook in dit onderzoek worden bevestigd: ziekenhuizen stellen niet de klant, maar het proces rondom de klant centraal. In termen van Treacy en Wiersema (1995) volgt dan ook geen enkel ziekenhuis een overtuigende strategie van klantenpartnerschap.

4. *Wat is strategisch vastgoedmanagement en hoe wordt dit binnen CREM vormgegeven?*

Bij strategisch management van ondernemingsvastgoed staat de afstemming tussen het vastgoed, de vastgoeddiensten en de eisen die het primaire proces aan de fysieke omgeving stelt, centraal. Het gaat hierbij om het vinden van een balans tussen enerzijds de performance van het vastgoed zelf, in termen van kostenbeheersing, waarde op de lange termijn en flexibiliteit, en anderzijds de waarde van het vastgoed in de ondersteuning van het primaire proces. Binnen CREM ligt de nadruk dan ook op de betekenis van vastgoed als vijfde productiemiddel, naast arbeid, kapitaal, technologie en kennis. Om vastgoed van toegevoegde waarde te kunnen laten zijn voor de onderneming zal het niet alleen een onderdeel van strategisch beleid moeten vormen, maar is de afstemming tussen de integrale ondernemingsstrategie en de vastgoedstrategie essentieel.

Hoewel respondenten uit het 'sectorbrede' perspectief stellen dat ziekenhuizen vastgoed niet als strategisch bedrijfsmiddel zien, wordt dat slechts ten dele door de onderzochte ziekenhuizen bevestigd. Weliswaar is de facilitaire dienst op tactisch niveau verantwoordelijk voor interne huisvestingsvraagstukken, maar alle onderzochte ziekenhuizen hebben daarnaast een aparte (project)organisatie ingesteld die in overleg met de RvB het vastgoedbeleid met betrekking tot de nieuwbouw vaststelt. Op basis van de indeling volgens Joroff et al. (1993) zou dit betekenen dat de organisatie van het bestaande ziekenhuisvastgoed zich onderaan de trap bevindt (tussen de beheerders en de handelaars) zoals ook Van Hasselt (2005) bevestigt in haar onderzoek naar de toepassing van CREM in algemene ziekenhuizen. De vastgoedorganisatie die vastgoedvraagstukken met betrekking tot de nieuwbouw behandelt, kan echter op het vijfde, strategische niveau van de ladder van Joroff et al. (1993) worden gepositioneerd. Hoewel Van Hasselt ook ziekenhuizen heeft onderzocht die nieuwbouw in het vooruitzicht hebben, kwam zij niet tot deze conclusie. Dit kan wellicht worden verklaard door het feit dat het onderzoek van genoemde auteur niet op strategisch niveau heeft plaatsgevonden en het zich niet heeft beperkt tot de (nieuwbouw)plannen voor vaststelling van de positionering van ziekenhuizen. Overigens kan uit deze studie niet worden afgeleid dat bij de onderzochte ziekenhuizen vastgoed een onderwerp op strategisch niveau blijft als de nieuwbouw is gerealiseerd.

Doordat de meerderheid van de onderzochte ziekenhuizen moeite heeft voor één specifieke strategie te

kiezen, is het bijna onmogelijk om alle strategische aspecten in vastgoedstrategieën voor de nieuwbouw te vertalen. Dat is dan ook niet gebeurd. Met name de vastgoedstrategieën efficiencyverbetering, verhoging van flexibiliteit, beheersing van (exploitatie)kosten en optimale logistiek komen in navolging van de strategische beleidsplannen naar voren met betrekking tot de nieuwbouw. Uit het feit dat de vastgoedstrategieën in het financiële en processenperspectief domineren, zou kunnen worden afgeleid dat het Diak volgens Slater et al. (1997) de juiste nadruk legt voor een succesvolle strategie van kostenleiderschap. Vanwege het feit dat de vastgoedstrategieën in het innovatie- en klantperspectief echter nauwelijks op drempelniveau worden uitgevoerd, gaat deze redenering niet geheel op. Bovendien kan er op dit moment nog nauwelijks gesproken worden van kostenleiderschap als strategie in de ziekenhuissector, omdat concurreren op prijs nog slechts voor 10-15% van het zorgaanbod (het B-segment), mogelijk is.

5. *Wat is de toegevoegde waarde van ondernemingsvastgoed en hoe kan deze worden benut?*

Er is sprake van toegevoegde waarde vanuit vastgoedperspectief als het geheel aan vastgoedproducten, -processen en -diensten dat wordt ingezet om de bijdrage aan de ondernemingsdoelstellingen te optimaliseren, meer waarde creëert dan de kosten die hieraan verbonden zijn. Waardecreatie kan op deze manier zowel plaatsvinden door het realiseren van besparingen of het verhogen van de productiviteit, als door een stijging van de opbrengsten. De focus ligt echter vaak op de eerste manier van waardecreatie omdat vastgoedactiviteiten die opbrengsten verhogen, zich minder snel vertalen in financiële resultaten en bovendien minder goed te kwantificeren zijn. De Balanced Scorecard is een strategisch model dat deze bijdragen inzichtelijk kan maken en kan helpen de balans te vinden tussen de korte termijn doelstelling kosten te besparen, en de noodzaak te investeren voor groei en waardecreatie op de lange termijn. Met het model kunnen de consequenties van vastgoedbeslissingen worden gewogen in hun betekenis voor de financiële positie, de beleving van de klant, voor processen, medewerkers en het vermogen tot innoveren. Afhankelijk van de gekozen strategie, ofwel de waardepropositie voor de klant, wordt op het klanten-, processen-, of leer- en groeiperspectief de nadruk gelegd, terwijl de vastgoeddoelstellingen in de overige perspectieven tot een zeker minimumniveau worden nagestreefd, om de balans te houden in het creëren van waarde op de korte en lange termijn.

Zowel bij de respondenten van het 'sectorbrede' perspectief als bij de onderzochte ziekenhuizen ligt het zwaartepunt van de vastgoedstrategieën in het financiële en processenperspectief. Deze bevindingen sluiten aan bij het onderzoek van Lindholm et al. (2006) naar de toegevoegde waarde van CREM bij ondernemingen in verschillende bedrijfstakken, waaruit bleek dat tweederde van de respondenten de toegevoegde waarde van vastgoed vindt in kostenreductie en de verhoging van productiviteit. Omdat het financiële perspectief slechts de resultaten weergeeft van in het verleden genoemde (vastgoed)beslissingen (Kaplan & Norton 2004b), zullen ziekenhuizen meer moeten investeren in het creëren van waarde op de lange termijn. Bijvoorbeeld door vastgoedbeslissingen te nemen die de beleving van patiënten positief beïnvloeden, de tevredenheid en effectieve interactie van medewerkers verhogen en door vastgoed te laten bijdragen aan een meer ondernemende cultuur die nodig is voor continuïteit in een situatie van marktwerking. Bovendien zullen zorg- en bedrijfsvoeringsprocessen moeten worden afgestemd op de waardepropositie die het ziekenhuis de klant wil bieden, lage kosten, uitstekende service of innovatieve producten. Om niet alleen optimale logistieke processen te realiseren, maar deze daadwerkelijk af te stemmen op de wensen en beleving van de doelgroep. Het belang hiervan komt uit het onderzoek van Stienstra (2005) duidelijk naar voren. Patiënten gebruiken niet-medische aspecten om tot een beoordeling te komen over de verleende zorg, omdat een oordeel over de technische component van kwaliteit moeilijk

te vormen is.

6. *Hoe wordt de toegevoegde waarde van ziekenhuisvastgoed beoordeeld?*

De beoordeling van de toegevoegde waarde van ziekenhuisvastgoed blijkt samen te hangen met de branchespecifieke achtergrond van de betrokken respondent. In het 'sectorbrede' perspectief zien de banken de meerwaarde met name in aspecten die van invloed zijn op de toegang en de prijs van kapitaal, zoals courantheid, herontwikkelingsmogelijkheden en (her)bestemming. De investeringsmaatschappij benadert het vastgoed daarentegen op dezelfde wijze als de bedrijfsvoering, namelijk als een manier om efficiencyvoordelen te behalen teneinde op termijn verkoop met winst mogelijk te maken. Het bouwbedrijf en het adviesbureau in ziekenhuisvastgoed delen een bredere visie. Zij hanteren een instellingsoverschrijdende benadering, waarbij de waarde van het ziekenhuis(vastgoed) in haar maatschappelijke omgeving centraal staat. De notie dat de vestiging van ondernemingen of voorzieningen in de nabije omgeving tot waardevermeerdering voor het gehele gebied kunnen leiden, wordt ook door Nourse en Roulac (1993) erkend. Porter en Stern (2001) verwijzen naar het belang van geografische concentraties van sectorgerelateerde bedrijven en lokale leveranciers voor het stimuleren van innovatie.

De ziekenhuizen refereren in tegenstelling tot het 'sectorbrede' perspectief vaker aan toegevoegde waarde die *binnen* de instelling gevonden wordt. Ziekenhuisvastgoed kan volgens de meerderheid van de onderzochte ziekenhuizen vooral haar waarde bewijzen in efficiency, optimale logistieke processen, bouwkundige en functionele flexibiliteit. De vastgoedstrategieën met betrekking tot het klantenperspectief komen in het veldonderzoek bij ziekenhuizen beperkt naar voren en zijn, indien dit het geval is, primair gericht op de patiënt als klant. Met uitzondering van de banken, geldt dit niet voor het 'sectorbrede' perspectief. Deze respondenten hebben wel oog voor een bredere opvatting van degenen die in het klantperspectief dienen te worden betrokken en de wijze waarop gebouwen en locatie kunnen bijdragen aan het versterken van het imago van het ziekenhuis.

Opmerkelijk is het feit dat medewerkersssatisfactie bij het 'sectorbrede' perspectief helemaal niet en bij de onderzochte ziekenhuizen slechts een enkele keer genoemd wordt in relatie tot vastgoedvraagstukken. Van der Voordt (2004) verwijst in dit verband naar de aantoonbare relatie tussen de fysieke omgeving, arbeidsproductiviteit en medewerkersssatisfactie. Aangezien medewerkersssatisfactie en klantsatisfactie sterk met elkaar samenhangen en beide goede voorspellers zijn van resultaten in het financiële perspectief, lijkt dit voor ziekenhuizen een gemiste kans (Heskett 1997; Banker et al. 2000).

Daarnaast zien de respondenten van het 'sectorbrede' perspectief een mogelijkheid om de ontwikkelingen met betrekking tot de WTZi, in het bijzonder de verantwoordelijkheid voor huisvestingslasten en de ruimte voor winstoogmerk, te gebruiken om een meer ondernemende cultuur te realiseren. Het gezamenlijk besluit electieve centra buiten het ziekenhuis te plaatsen, heeft bijvoorbeeld gevolgen voor de omvang en inrichting van het ziekenhuisvastgoed. Deze benadering sluit aan bij Van der Voordt (2004) die in zijn onderzoek constateerde dat veranderingen in werkplekstructuren een cultuuromslag kunnen faciliteren waarin minder aan oude werkwijzen wordt vastgehouden. Ook Van Hasselt (2005) benadrukt dat de nieuwbouw van ziekenhuisvastgoed als katalysator voor een verandering in cultuur kan dienen.

In de hiernavolgende figuur worden de hierboven besproken verschillen in visie tussen het 'sectorbrede' perspectief, de ziekenhuizen en de literatuur met betrekking tot de toegevoegde waarde van vastgoed weergegeven.

FINANCIEEL PERSPECTIEF	AB	RE	VW	BN	RA	FO	JBZ	Diak	Gelre	Lit.
Kostenreductie			*	*	**	**	**	**	**	**
Toegang tot kapitaal	*	*	**	**	**	**		**		**
Financiële flexibiliteit	**				**		**	*	**	**
Waardeverhoging vastgoed/risicobeheersing	**		**		**	*	**	**	**	**

KLANTENPERSPECTIEF	AB	RE	VW	BN	RA	FO	JBZ	Diak	Gelre	Lit.
Aantrekken/behouden patiënten als klant	**		**		*	*	*	*	*	**
Waardecreatie door koppeling belangen stakeholders	*		**							*
Marketinginstrument	**									**

PROCESSENPERSPECTIEF	AB	RE	VW	BN	RA	FO	JBZ	Diak	Gelre	Lit.
Bouwkundige flexibiliteit	**	*	**	*	*	*	**	**	**	**
Functionele flexibiliteit	**			*	*	*	**	*	**	**
Efficiencyverbetering/ productiviteitsverhoging	**	**	**	*	**	**	**	**	**	**
Optimale logistieke indeling							*	*	**	**
Afstemming instellingoverschrijdende functies			**						*	**

LEER- EN GROEI PERSPECTIEF	AB	RE	VW	BN	RA	FO	JBZ	Diak	Gelre	Lit.
Medewerkersvoldoetheit							*	*	*	**
Cultuur vormgeven	*					*				**
Verzakelijking relatie specialisten	**	*			*	*				**
Aantrekken/behouden specialisten			*				*			*
Stimuleren van innovatie	**		**				*		*	**

AB	ABZV	RE	Residex	VW	VolkerWessels
BN	Bank Nederlandse Gemeenten	RA	Rabobank	FO	Fortis
JBZ	Jeroen Bosch Ziekenhuis	Gelre	Gelre Ziekenhuizen	Diak	Diakonessenhuis
Lit	Resultaten literatuuronderzoek				

Figuur 16 De toegevoegde waarde van vastgoed: een totaalperspectief

7. Welke gevolgen heeft de toenemende marktwerking in de ziekenhuissector op de financiering van ziekenhuisvastgoed?

Op het moment dat zorginstellingen hun investeringen in vaste activa moeten terugverdienen uit de omzet van zorgproducten en de automatische nacalculatie vervalt, verandert het risicoprofiel van de

leningen die aan ziekenhuizen zijn verstrekt. Volgens de banken uit dit onderzoek zal dan niet langer toetsing aan het wettelijk kader bepalend zijn, maar gaan het object, bedrijfsvoering en de kwaliteit van de debiteur zwaarder tellen. Vanuit vastgoedperspectief worden courantheid, hergebruik, locatie en eventuele huurcontracten beoordeeld, vanuit financieel perspectief worden hogere eisen gesteld aan solvabiliteit, liquiditeit en cash flow. Financiers geven aan een hoger risico te zullen verdisconteren in de gevraagde rente en zekerheden. De mate waarin zij dat zullen doen is mede afhankelijk van de vraag of financiële vangnetten (voor een deel) zullen blijven bestaan en hoe de regelgeving met betrekking tot het overgangsregime zal luiden. Door de grote onderlinge concurrentie erkennen de banken dat de kans niet groot is dat de stelselwijzigingsclausule massaal wordt ingeroepen bij bestaande ongeborgde leningen. De verwachting onder de respondenten van het 'sectorbrede' perspectief is dat er naast de nu veel toegepaste bankleningen een grotere variëteit aan financierings- en eigendomsvormen zullen ontstaan. De zorgsector heeft de interesse van marktpartijen vanwege de groeipotentie op lange termijn en de toenemende voorkeur van ondernemingen maatschappelijk meer betrokkenheid te tonen. Uit dit onderzoek blijkt dat investeerders zich daarbij primair op gebouwen en locaties met herbestemmings- en herontwikkelings-mogelijkheden gaan richten, zoals de kantoor- en polikliniekgedeelten van het ziekenhuis. Daarnaast wordt gekeken naar mogelijkheden om de waarde van grond en ziekenhuisvastgoed te verhogen door zorggerelateerde voorzieningen, maatschappelijke- en woonfuncties bij het ziekenhuis te betrekken. In overeenstemming met het rapport van Gupta Strategists (2006) blijkt de rendementseis van investeerders in dit onderzoek te variëren tussen 6-15%, afhankelijk van de doelstellingen van partijen en invulling van contracten. Factoren zoals het hebben van een maatschappelijke doelstelling of het willen tonen van maatschappelijke betrokkenheid spelen mee, evenals de omvang van het project en de voorkeur te investeren in bepaalde technologieën of markten. Uit dit onderzoek en de rapporten van PriceWaterhouseCoopers (2006) en Gupta (2006) komen met betrekking tot de visie van banken en investeerders geen noemenswaardige verschillen naar voren, wat mogelijk kan worden toegeschreven aan de nog bestaande onduidelijkheid in regelgeving.

8. *Op welke wijze anticiperen ziekenhuizen op de toenemende marktwerking en de gevolgen voor de financierbaarheid van hun vastgoed?*

De bezorgdheid van de respondenten uit het 'sectorbrede' perspectief, dat de instellingen niet in beweging komen ondanks de toenemende ondernemingsrisico's, wordt ten dele door de onderzochte ziekenhuizen bevestigd. De instellingen zijn actief bezig met hun financiële positie en de noodzaak flexibiliteit in gebouw en organisatie te incorporeren. Twee ziekenhuizen met een relatief zwakke vermogenspositie werken aan verbetering door het verkrijgen van inzicht in kostprijzen en mogelijke marges, door efficiencyverbetering en het verhogen van opbrengsten door het verhuren van ruimten aan derden. Met betrekking tot vastgoed laat het gebruik van scenarioanalyses in relatie tot de nieuwbouw en de gevolgen voor de productie en exploitatie, zien dat de onderzochte ziekenhuizen zich in hun beleid ook door lange termijn ontwikkelingen laten leiden. De instellingen houden rekening met multifunctionaliteit door standaardisatie van polikliniek en kantoorruimtes, terwijl risico's enerzijds worden beperkt door verhuur van commerciële ruimtes en anderzijds door onderlinge uitwisselbaarheid.

Met betrekking tot het kwalitatieve aspect van kredietverlening, de besturing, beheersing en het gevoerde stakeholderbeleid, lijken ziekenhuizen echter minder geneigd tot verandering. Niet alleen worden er zoals eerder belicht geen duidelijke strategische keuzes gemaakt, ook is de meerderheid van de ziekenhuizen terughoudend in het initiëren van de noodzakelijke interne veranderingen. Ondernemende activiteiten van medisch specialisten worden door de meerderheid als een vorm van concurrentie ervaren en een gedeelde verantwoordelijkheid van huisvestingslasten zien deze instellingen door de bestaande verhoudingen, niet tot de mogelijkheden behoren. Deze conclusie sluit aan bij het onderzoek van de RVZ (2006a) waaruit

blijkt dat met name de kwaliteit van besturing, het interne en het externe stakeholdermanagement bij ziekenhuizen voor verbetering vatbaar is.

Daarnaast lijkt de stelling van de respondenten uit het 'sectorbrede' perspectief gerechtvaardigd met betrekking tot de positie die 'de klant' bij ziekenhuizen inneemt. Omdat niet duidelijk is wie de doelgroep is, kan er ook niet op deze specifieke klantbehoeften worden ingespeeld. Daarnaast wordt klantgerichtheid hoofdzakelijk opgevat als het organiseren van processen rondom de patiënt. Door het klantbegrip te beperken tot de patiënt die zich in het ziekenhuis voor behandeling aanmeldt, gaan ziekenhuizen volgens marktpartijen ook voorbij aan stakeholders zoals bijvoorbeeld gemeente, eerstelijns- en andere zorgaanbieders, die vanuit een integratie van belangen in een project op één locatie eveneens als klanten zouden kunnen worden gezien. Een dergelijke benadering kan niet alleen de toegevoegde waarde voor alle betrokkenen vergroten, maar versterkt in geval van ketenzorg ook de positie ten opzichte van de zorgverzekeraar.

8.3 *Beantwoording van de probleemstelling*

Wat betekent een systeemwijziging van aanbodsturing naar (gereguleerde) marktwerking voor strategisch vastgoedmanagement van ziekenhuizen?

Door de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) krijgen ziekenhuizen meer kansen om ziekenhuisvastgoed strategisch in te zetten. Instellingen reageren op de intredende marktwerking en de toename in ondernemingsrisico, echter voornamelijk met beleidsmaatregelen die een verdere kostenbeheersing, efficiencyverbetering en procesoptimalisatie ten doel hebben. De organisaties hebben in tegenstelling tot hetgeen Tranfield et al. (2004) en Fritzsche et al. (2004) stellen, daarbij niet slechts een korte termijn perspectief voor ogen. Vastgoedbeslissingen richten zich op een verlaging van levensduurkosten, een toename in bouwkundige/functionele flexibiliteit en de integratie van zorggerelateerde en maatschappelijke functies, teneinde de vastgoedwaarde op termijn te bewaken. Hoewel het bewustzijn van de noodzaak tot markt- en concurrentieanalyses stijgt, maakt de meerderheid van de ziekenhuizen geen duidelijke strategische keuzes gebaseerd op competenties die de instelling onderscheidt van concurrenten. Dit blijkt ook uit de vastgoedelementen die in de nieuwbouw terugkomen. Aspecten van *healing environments* en logistieke innovaties worden verwerkt in de nieuwe ziekenhuizen, maar er is eerder sprake van reactief gedrag op maatschappelijke ontwikkelingen en voorbeelden uit pionierziekenhuizen, dan van pro-actief gedrag vanuit een overtuigende strategische (vastgoed)visie. Een efficiënte bedrijfsvoering is weliswaar een voorwaarde om te mogen concurreren, maar deze biedt geen basis voor concurrentievoordeel op de lange termijn. Ziekenhuizen zouden zich meer moeten toeleggen op het creëren van waarde voor klanten en andere stakeholders, in plaats van kosten als uitgangspunt te hanteren. Voor het vastgoedmanagement betekent dit dat de nadruk die nu wordt gelegd op strategieën die ten doel hebben de financiële situatie te verbeteren en processen te optimaliseren, in balans moeten worden gebracht met vastgoedstrategieën die de basis vormen voor opbrengstenverhoging op lange termijn. Ziekenhuizen zijn zich onvoldoende bewust van de mogelijkheid om door sfeer, inrichting en vormgeving van de fysieke omgeving, klanten en medewerkers aan te trekken en te behouden. Ook worden de mogelijkheden om de cultuur te vormen door vastgoedbeslissingen onvoldoende benut. De meerderheid van de onderzochte ziekenhuizen en de geïnterviewde marktpartijen ervaren de bestaande verhoudingen binnen het ziekenhuis als belemmerend voor het ontwikkelen van de noodzakelijke flexibiliteit om in een situatie van marktwerking continuïteit te waarborgen. Ziekenhuizen zouden de veranderingen als gevolg van de WTZi kunnen aangrijpen om de relatie met medisch specialisten een zakelijkere invulling te geven. Door een gedeelde verantwoordelijkheid voor huisvestingslasten

te introduceren, maar ook door ruimte te creëren voor ondernemende initiatieven op basis van gemeenschappelijke doelstellingen.

Maar boven alles dient de 'klant' met zijn of haar behoeften vanuit een ander perspectief te worden benaderd. Klantgerichtheid omvat meer dan het inrichten van zorgprocessen rondom de patiënt. Bovendien zouden vanuit een instellingsoverschrijdend perspectief op waardecreatie, ook andere organisaties en gemeenten tot het klantenperspectief moeten worden toegelaten. Als ziekenhuizen in een situatie van marktwerking een goede concurrentiepositie willen verwerven, doen ze er goed aan de angst om de regie te verliezen, los te laten. Want zoals dit onderzoek aantoont, biedt juist de integratie van inzichten van marktpartijen zoals bouwbedrijven, architecten en vastgoedpartijen aan de ene kant en ziekenhuizen en overige zorgaanbieders aan de andere kant, grote kansen om door middel van vastgoed meerwaarde te creëren. Daar profiteren niet alleen ziekenhuizen van, maar ook patiënten en andere klanten. En om het centraal stellen van de klant, daar is het bij de stelselwijziging allemaal om begonnen.

8.4 Methodologische discussie

Bovenstaande conclusies dienen in het licht van een aantal methodologische beperkingen te worden bekeken.

Een belangrijk punt in dit verband is het aantal bij dit onderzoek betrokken onderzoekseenheden. De vijf respondenten die het 'sectorbreed' perspectief vertegenwoordigen kunnen niet als representatief worden geschouwd voor alle bij de zorgsector betrokken partijen met expertise op het gebied van ziekenhuisvastgoed. Bovendien is het aantal onderzoekseenheden met een financiële oriëntatie oververtegenwoordigd in deze groep, wat kan hebben bijgedragen aan de nadruk die financiële vastgoedstrategieën in de onderzoeksresultaten hebben gekregen. Aan de andere kant bevestigt zowel de literatuurstudie als het veldonderzoek bij ziekenhuizen dat het kosten- en efficiencymotief bij vastgoedbeslissingen veelal leidend is. Dus het is de vraag in hoeverre niet-financieel georiënteerde onderzoekseenheden hadden bijgedragen aan een andere conclusie. De keuze het 'perspectief van banken' uit te breiden naar een 'sectorbreed' perspectief waarin een vastgoedadviesbureau, een bouwbedrijf en een investeringsmaatschappij zijn opgenomen, heeft de relevantie van het onderzoek vergroot. Dit blijkt onder meer uit de beantwoording van deelvraag 7 in paragraaf 8.2, waaruit ten opzichte van de literatuur nauwelijks nieuwe inzichten naar voren komen. Mogelijk maakt de onzekerheid met betrekking tot de voor banken relevante invulling van de WTZi, het moeilijk een positie te bepalen.

Voor de ziekenhuizen geldt eveneens dat het beperkte aantal cases het niet mogelijk maakt generaliserende uitspraken te doen over alle ziekenhuizen die binnen enkele jaren nieuwbouw gaan plegen, laat staan over alle algemene ziekenhuizen in Nederland. Aangezien er empirisch nog weinig bekend is over strategisch vastgoedmanagement van ziekenhuizen, is bewust gekozen voor een exploratieve studie. De onderzoeksresultaten dienen dan ook als een eerste inventarisatie te worden beschouwd.

Met betrekking tot de betrouwbaarheid van de gebruikte instrumenten dient een kanttekening te worden gemaakt. In hoofdstuk 7 is getracht door middel van één of twee sterren een weging aan te brengen ten aanzien van de frequentie en omvang waarmee een vastgoedstrategie in de nieuwbouwplannen wordt toegepast, of door een respondent is genoemd. Omdat in interviews geen gebruik is gemaakt van schaalindelingen is er, ondanks toetsing bij een collega-student, mogelijk sprake van enige subjectiviteit. Bovendien dient vermeld te worden dat door het Diakonessenhuis geen vastgoedadvies of LTHP in documentvorm ter beschikking is gesteld, en hebben de nieuwbouwplannen betrekking op de realisatie

van een acuut centrum en de herontwikkeling van de parkeerterreinen. Dit verschil met de andere ziekenhuizen, die een volwaardig nieuw ziekenhuis neerzetten, is mogelijk van invloed geweest op de uitkomsten van deze studie. Daarentegen heeft de toepassing van de in hoofdstuk 2 genoemde *peer debriefing*¹⁸ het mogelijk gemaakt de kwaliteit van de dataverzameling te vergroten voor zover er sprake was van overlap in behandelde onderwerpen.

8.5 Aanbevelingen

Op basis van de onderzoeksresultaten en de hierboven beschreven methodologische beperkingen, worden de volgende aanbevelingen gedaan.

8.5.1 Vervolgonderzoek

- De onderzoeksresultaten dienen te worden bekeken in relatie tot de ontwikkelingen in wet- en regelgeving zoals deze tot dusver bekend zijn. Nadat de overheid door middel van AMvB's nadere invulling heeft gegeven aan de WTZi en de overige van belang zijnde wetten, zou het interessant kunnen zijn te onderzoeken in hoeverre het perspectief van de betrokken respondenten verandert en hoe het vastgoedmanagement in ziekenhuizen zich ontwikkelt.
- In deze studie is gekozen voor ziekenhuizen die op korte termijn overgaan tot nieuwbouw of renovatie. Voor de meerderheid van de algemene ziekenhuizen in Nederland is dat echter niet het geval (Huijsman 2005), zodat voor een breder beeld van vastgoedmanagement in algemene ziekenhuizen, ook deze groep in vervolgonderzoek zou kunnen worden betrokken.
- Zoals gezegd zijn de respondenten van het 'sectorbrede' perspectief uit deze studie niet representatief voor het 'gehele veld aan expertise' rondom en in de zorgsector. In een volgend onderzoek zou het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen een belangrijke bijdrage kunnen leveren, gezien de expertise die het instituut in de afgelopen jaren op het gebied van zorg en bouw heeft opgedaan. Ook de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) in haar hoedanigheid als branchevereniging en de managementadviesbureaus Twynstra & Gudde en de Brink Groep, zouden met hun afdeling Zorg mogelijk in vervolgonderzoek van betekenis kunnen zijn.
- In dit onderzoek worden ziekenhuisvastgoed en locatie ook in relatie gebracht met medewerkersvoldoening en het aantrekken cq. behouden van medisch specialisten. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de vraag welke factoren in de fysieke omgeving voor deze groep van belang zijn en in welke mate deze meewegen in de keuze voor een bepaald ziekenhuis of het werken op een specifieke locatie.
- Bij deze studie is gekozen voor een strategische invalshoek teneinde de afstemming van de vastgoedstrategie op de integrale strategie te kunnen belichten. Om daadwerkelijk vast te kunnen stellen in hoeverre vastgoed van waarde is voor de instelling, dient iedere vastgoedstrategie vertaald te worden in een aantal operationele vastgoedbeslissingen met bijpassende prestatie-indicatoren op basis waarvan meting kan plaatsvinden. In vervolgonderzoek zou deze vertaalslag naar het operationele niveau gemaakt kunnen worden.

8.5.2 Aanbevelingen ziekenhuizen

De doelstelling van dit onderzoek was te komen tot aanbevelingen aan ziekenhuisdirecties voor de ontwikkeling naar strategisch vastgoedmanagement. Op basis van de veranderingen in de ziekenhuissector en de onderzoeksresultaten zoals deze uit de literatuur, het 'sectorbrede' perspectief en het veldonderzoek bij ziekenhuizen naar voren gekomen zijn, wordt ziekenhuizen aangeraden aan de volgende punten

¹⁸ Feedback van collega-studenten

aandacht te besteden.

- **Formuleren en implementeren van een heldere organisatiestrategie** Voordat een vertaling van de organisatiestrategie naar passende vastgoedstrategieën mogelijk is, dient er eerst een duidelijke keuze voor een organisatiestrategie te zijn gemaakt. Deze bepaalt het overwicht dat aan bepaalde vastgoedstrategieën wordt toegekend, zodat ze elkaar niet ondermijnen maar versterken.
- **Vastgoed blijvend benoemen tot een onderwerp op strategisch niveau** Diverse onderzoekers hebben een relatie vastgesteld tussen strategische planning en financiële resultaten. Ook vastgoed kan een organisatiestrategie ondermijnen of ondersteunen, afhankelijk van de mate waarin afstemming op de organisatiestrategie plaatsvindt.
- **Richten op het creëren van maximale waarde, niet op kostenbeheersing** Het creëren van waarde kan niet alleen door het verlagen van kosten, maar ook door het verhogen van opbrengsten. Het verschil zit met name in de termijn waarbinnen de activiteiten zich vertalen in financiële resultaten. Daarom is het in balans brengen van de korte termijn doelstelling tot kostenbeheersing en de lange termijn doelstelling van opbrengstengroei ook voor vastgoedmanagement essentieel. De BSC kan daarbij helpen door de consequenties van vastgoedbeslissingen in de vier perspectieven tegen elkaar af te wegen.
- **De BSC gebruiken om draagvlak voor het vastgoedbeleid te verkrijgen** Zoals uit het onderzoek van KPMG (2006) blijkt, ontbreekt vaak het commitment bij medewerkers omdat zij onvoldoende betrokken worden bij het formuleren van de doelstellingen die gerealiseerd moeten worden. De strategiekaart van de BSC kan inzichtelijk maken op welke wijze het vastgoed bijdraagt aan het primaire proces en de onderlinge communicatie verbeteren. Dit kan echter alleen als er brede acceptatie en instemming is voor gebruik van het model op alle niveaus van de organisatie (Wouda, De Ridder & Van den Berg 2002). Daarnaast is de integratie van de BSC in bestaande systemen essentieel.
- **Investeren in ICT om het vastgoedbeleid te kunnen ondersteunen** Een informatie-systeem dat inzicht geeft in de operationele kosten en waarde van ziekenhuisvastgoed is een vereiste om door middel van vastgoed tot opbrengstenverhoging te komen. Bovendien zal bij een verdere ontwikkeling van strategisch vastgoedmanagement in de zorgsector ook benchmarking mogelijk zijn.
- **Instellen van een stakeholderbeleid met betrekking tot vastgoed** Voor het bewaken van de vastgoedwaarde op de lange termijn, is het belangrijk actieve contacten met gemeenten en nabij gesitueerde organisaties te onderhouden. Met name bestemmingsplannen en ontwikkelingen in de onmiddellijke omgeving, spelen hierbij een rol. Herbestemmingsmogelijkheden verhogen de (rest)waarde van het vastgoed en kunnen de prijs van kapitaal verlagen. Bovendien kunnen beslissingen met betrekking tot herontwikkeling, verhuur en verkoop tijdig en gefundeerd worden genomen.
- **Metten van de toegevoegde waarde van ziekenhuisvastgoed** Pas door middel van meting kan worden vastgesteld in hoeverre vastgoed van waarde is voor de instelling. Bij het vaststellen van de maatstaven voor iedere vastgoedbeslissing is het van belang de consistentie met de gevolgde strategie te bewaken. Indien klantenpartnerschap als strategie wordt gevolgd, dient bijvoorbeeld hoofdzakelijk op vastgoedstrategieën in het klantenperspectief gestuurd te worden en in mindere mate op processen.

Slotwoord

Indien de overgang naar marktwerking door ziekenhuizen slechts wordt benaderd als een toename in het ondernemersrisico wat door adequaat financieel management moet worden beperkt, wordt er voorbij gegaan aan een heel belangrijk aspect van ondernemen: het benutten van kansen. De vrijheid en verantwoordelijkheid die ziekenhuizen door de WTZi wordt geboden biedt mogelijkheden om door middel van vastgoedmanagement een bijdrage te leveren aan de doelstellingen van de organisatie. Omdat ziekenhuisvastgoed de fysieke context vormt waarin zowel patiënten zorg ontvangen en medewerkers productief zijn, kan in samenhang met ander productiemiddelen niet alleen een unieke waardepropositie worden gecreëerd, maar kan vastgoed ook bijdragen aan de overgang naar een meer ondernemende cultuur. Daarnaast sluit het verbeteren van de financiële performance door het creëren van waarde voor (potentiële) patiënten en medewerkers, beter aan bij het maatschappelijke karakter van ziekenhuizen dan een puur op financieel management gebaseerd vastgoedbeleid. Om deze waarde van vastgoed te benutten dient vastgoedmanagement niet alleen een onderwerp op strategisch niveau te vormen, maar dienen ziekenhuisdirecties zich bewust te worden van de wijze waarop ziekenhuisvastgoed kan bijdragen aan het bereiken van organisatiedoelstellingen. Dan ontstaat de bereidheid met partijen samen te werken of de expertise op andere wijze binnen te halen, teneinde deze toegevoegde waarde ook te realiseren. Aan ziekenhuizen de keuze of zij de geboden kansen grijpen om door middel van vastgoedmanagement meerwaarde te creëren en op deze basis een ticket tot de arena te verdienen.

Literatuurlijst

- Aktouf, O., M. Chenoufi, W.D. Holford (2005), General issues in management: the false expectations of M. Porter's strategic management framework, *Problems and Perspectives in Management*, 4/2005
- Alexander, K. (2001), *Facilities Management, theory and practice*, London/New York: Spon Press.
- Amaratunga, D., R. Haigh, M. Sarshar, D. Baldry (2002), Application of the Balanced Scorecard concept to develop a conceptual framework to measure facilities management performance within NHS facilities, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15:4, p.141-151
- Amaratunga, D., D. Baldry (2003), A conceptual framework to measure facilities management performance, *Property Management*, 21:2, p. 171-189.
- Atkins, P.M., B.S. Marshall, R.G. Javalgi (1996), Happy employees lead to loyal patients, *Journal of Health Care Marketing*, Winter, 16:4, p.14-23.
- Baarda, D.B., M.P.M. de Goede, J. Teunissen (2005), *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, Groningen: Wolters-Noordhoff
- Banker, R.D. and R. Mashruwala (2000), A Contextual Study of Links Between Employee Satisfaction, Employee Turnover, Customer Satisfaction, and Financial Performance, University of Texas, Dallas working paper.
- Barney, J.B. (1991), Firm resources and sustained competitive advantage, *Journal of Management*, 17, 99-120.
- Benedetti et al. (2001), Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 62:3, p.221-223.
- Berg, A.E. van den (2005). Health impacts of healing environments: A review of the benefits of nature, daylight, fresh air and quiet in healthcare settings. Groningen: Foundation 200 years University Hospital Groningen.
- Beukering, C.A.J. van (2005), *Vastgoedmanagement*, Den Haag: SDU.
- Bitner, M.J. (1992), Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees, *Journal of Marketing*, 56:57-71
- Bogner, W.C., H. Thomas, J. McGee (1999), Competence and competitive advantage: towards a dynamic model, *British Journal of Management*, 10: 275-290
- Boluijt, P. (2006). Care models and hospital design in the Netherlands. In C. Wagenaar, *The architecture of hospitals* (p.396-400), Rotterdam: Nai Publishers.
- Boot, J.M. & M.H.J.M. Knapen (2001), *Handboek Nederlandse Gezondheidszorg*. Utrecht: Het Spectrum.
- Brealy, R.E., S.C. Myers, A.J. Marcus (2001), *Fundamentals of corporate finance*, New York NY: McGraw-Hill Irwin.
- Brigham, E.F., L.C. Capenski en M.C. Ehrhardt (1999), *Financial Management: theory and practice*, Orlando: The Dryden Press.
- Brueggeman W.B., Fisher J.D. (2005), *Real Estate Finance and Investments*, New York: McGraw-Hill.
- Buijssen, E. (2001), *Corporate real estate: shareholder value of noodzakelijk kwaad*. Amsterdam: SBV.
- Burns, C. M. (2002), *Analysing the Contribution of Corporate Real Estate to the Strategic Competitive Advantage of Organisations* [internet], Occupier.org, working papers, http://www.occupier.org/papers/working_paper10.pdf [aangehaald 4-7-2006]
- Camp, P. (2003), *Gebouwen met een ziel. Het belang van gebouwen voor organisaties en mensen*,

Amsterdam/Antwerpen: De Prom.

- Campbell-Hunt, C. (2000), What have we learned about competitive strategy? A meta-analysis, *Strategic Management Journal*, 21:127-154.
- Centraal Planbureau (2000), Trends, dilemma's en beleid, Den Haag: CPB.
- Chematony, L., F. Harris, F. Dall'Olmo Riley (2000), Added Value: Its Nature, Roles and Sustainability, *European Journal of Marketing*, Vol. 34, No. 1/2, pp.39-56.
- Clauretje, T.M. en J.R. Webb (1993), *The Theory and Practice of Real Estate Finance*, Orlando: The Dryden Press.
- Cole, J. (2006), Strategic planning for healthcare facilities. In C. Wagenaar, *The architecture of hospitals* (p.356-362), Rotterdam: Nai Publishers
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2002), *Bouwmaatstaven voor nieuwbouw, algemeen ziekenhuis*, Utrecht: CBZ.
- College Bouw Zorginstellingen (2003), *Signaleringsrapport Integraal evaluatiesysteem - Quality Index. Bijlage: healing environment*. Utrecht: CBZ
- College Bouw Zorginstellingen (2004), *Signaleringsrapport Flexibel bouwen in de zorg*, Utrecht: CBZ.
- College Bouw Zorginstellingen (2005), *Signaleringsrapport Strategische positie vastgoed*, Utrecht: CBZ.
- College Bouw Zorginstellingen (2006a), *Capita Selecta Bouwkostennota 2006, Rapportnummer 597*, Utrecht: CBZ.
- College Bouw Zorginstellingen (2006b), *Regeling Prestatie-eisen WTZi*, Utrecht: CBZ.
- College Tarieven Gezondheidszorg Zorgautoriteit io (2004a). *Beleidsregel verrekening boekwinsten bij verkoop*. Utrecht: CTG/ZAio.
- College Tarieven Gezondheidszorg Zorgautoriteit io (2004b). *Beleidsregel steunverlening aan instellingen met financiële problemen*. Utrecht: CTG/ZAio.
- Danen, S.C.A., R.J. Kriek, G.H. Te Selle (2002), *De nieuwe generatie huisvestings-plannen*, ZM Magazine, 1:18-21
- Devriese, N.J., D.J.M. van der Voordt, M.J. Belderok (2002), *Van ziekenhuis naar beterohuis*. ZM Magazine (18) nr.7/8, juli/augustus, 8-12.
- Dewulf, G.P.R.M., P.J.M.M. Krumm, H. de Jonge (2000), *Successful Corporate Real Estate Strategies*. Arko Publishers, Nieuwegein.
- Douglas, T.J., J.A. Ryman (2003), *Understanding competitive advantage in the general hospital industry: evaluating strategic competencies*, 24:333-347
- Dowdeswell, B. (2006). *Sustainable asset planning and investment*. In C. Wagenaar, *The architecture of hospitals* (p.362-267), Rotterdam: Nai Publishers.
- Driel, A. van (2003), *Strategische inzet van vastgoed*. Nieuwegein: Arko uitgeverij BV.
- Driesen, G. (2006). *A strategy for re-urbanizing hospitals*. In C. Wagenaar, *The architecture of hospitals* (p.106-113), Rotterdam: Nai Publishers.
- Edwards, V., L. Ellison (2004), *Corporate Property Management*, Malden MA: Blackwell Publishing
- Eldonk, A. van, C.H. Fritzsche en P.J. Roomer (1999), *Corporate real estate in Europe; a step forward*, Amersfoort: Twynstra Gudde.
- Elsinga E., P.J. Keijmel (2001), *Financiering van zorginstellingen*, in: *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom
- Ekkelboom, R., A.E. van den Berg, Fr.C.A. Jaspers (2005), *Evidence based design: de stand van zaken*, ZM Magazine, 11-2005:20-23
- Evers, F.W.R., P. van der Schaaf, G. Dewulf (2002), *Public Real Estate*, Delft University Press.
- Finlay, P. 2000. *Strategic management, An Introduction to Business and Corporate Strategy*.

London: Prentice Hall.

- Fritzsche, C., H. Hoepel, L. Kaper, A. van Ommeren (2004), Huisvesting is strategisch goed. Wegwijzer voor vastgoedmanagement in ziekenhuizen. Zeist: A-D druk.
- Geerdes-van Senden E.M., A.M. van Oord (2006), Financiële instellingen in een veranderende zorgmarkt, BNG, april, 16-18
- Gerritsen, E. en C.G.M. Sterks (2005), Omvang en betekenis van reserves bij publieke instellingen, Public Controlling Reeks, SDU
- Gibbels, M. (2005), Echt bankieren, Bouwspecial Zorgvisie, 12a december.
- Gibbels, M. (2006), Kapitaalinjecties van buiten, Zorgvisie, 36:9a, p.16-17
- Gibler K.M., R.T. Black (2004), Agency risks in outsourcing corporate real estate functions, Journal of Real Estate Research, 26:2, p.137-160
- Gibler K.M., R.T. Black, K.P. Moon (2002), Time, space, technology and corporate real estate strategy, Journal of Real Estate Research, 14:3, p.235-262
- Gibson, V. (2000), Property portfolio dynamics: the flexible management of inflexible assets, Facilities, 18:3/4, p.150-154.
- Greer, G.E., Ph.T. Kolbe (2003), Investment analysis for real estate decisions, Chicago: Dearborn Financial Publishing.
- Grunt, J.S.G. (2001), De Balanced Scorecard binnen de vastgoed-asset management-organisatie: van strategie naar actie, Eindhoven: TU Eindhoven
- Gupta Strategists (2006), Van kapitaallasten naar kapitaallusten, Schiedam: Gupta Strategists.
- Harten, van W., R. Schuring (2003). Ondernemers in de zorg. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Hasselt, C. van (2005), Corporate Real Estate Management in de ziekenhuiszorg, Delft: TU.
- Hemmen, P.M.A. van (2004), Het vastgoedproces van de rijksoverheid, Amsterdam: ASRE Research Publications.
- Heskett, J. (1997), The service profit chain: How leading companies link profit & growth to loyalty, satisfaction and value. Free Press.
- Hofer, C., D. Schendel (1978), Strategy formulation: Analytical concepts, St. Paul, MN: West.
- Huijsman, R. (2005), Ziekenhuisarchitectuur op z'n Hollands, ZM-Magazine, 11, p.14-18
- Hutton, J.D., I.D. Richardson (1995), Healthscapes: de role of the facility and physical environment on consumer attitude, satisfaction, quality assessments and behaviours, Health Care Management Review 20(2): 48-61
- Inamdar, N., R.S. Kaplan (2002), Applying the Balanced Scorecard in Healthcare provider organizations, Journal of Healthcare Management, 47:3, p.179-195.
- Jaspers, F. (2005), Ziekenhuisarchitectuur opnieuw op de agenda, ZM Magazine, 11:2-7
- Johnson, G., K. Scholes. (1999, 2006), Exploring corporate strategy. Harlow: Prentice Hall Europe.
- Jonge, H. de (2002), De ontwikkeling van Corporate Real Estate Management. Real Estate Magazine. 5:22, p.8-12
- Joroff, M., M. Lovergand, S. Lambert, F. Becker (1993), Strategic management of the fifth resource: corporate real estate. Report no.49, Industrial Development Research Foundation (IDRC), Atlanta GA en Massachusetts Institute of Technology (MIT).
- Kaldenburg, D.O. (1999), The influence of having a roommate on patient satisfaction. Satisfaction Monitor, January/February. Press Ganey.
- Kaplan R.S., D.P. Norton (1996), Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. Harvard Business Review. 74 (1), 75-85.
- Kaplan, R.S., D.P. Norton (2000), Having trouble with your strategy? Then map it. Harvard Business Review, sept/oct.
- Kaplan, R.S., D.P. Norton (2004a), Measuring the strategic readiness of intangible assets, Harvard

Business Review, p.52-63

- Kaplan, R.S., D.P. Norton (2004b), Strategie in kaart gebracht. Amsterdam: Business Contact.
- Keeris, M.R.I.C.S. (2001), Vastgoedbeheer Lexicon, begrippen, omschrijving, toelichting. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Kenniscentrum PPS (2002), Publiek-private samenwerking in de zorg. Full service concept: een zorg minder. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Kets, J., R. Crassee (2004), Maatwerk nodig voor vastgoedbehoefte ondernemingen, Amsterdam: ASRE Research Publications.
- Kooman, A. (2006), Rol van vastgoed bij fusies en overnames, Delft: TU Bouwkunde
- Kottler, P. (1973), Atmospheric as a marketing tool, Journal of Retailing, 49, 4:48-64
- Kramer, B. (2001), De bijdrage van strategische analyse aan strategievorming, proefschrift, Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- KPMG (2006), Ziekenhuizen onvoldoende voorbereid op aanstaande concurrentieslag [internet], KPMG [aangehaald op 2-10-2006], bereikbaar op http://www.kpmg.nl/site.asp?id=2036&process_mode=mode_doc&doc_id=43250
- Krumm, P.J.M. (2002), Financiële impact vastgoed vraag om meer aandacht. Real Estate, 20.
- Krumm, P. J. M. M. and J. de Vries (2003), Value Creation through the Management of Corporate Real Estate, Journal of Property Investment & Finance, 21:1, 61-72.
- Kumar, K., R. Subramanian, Ch. Yauger (1997), Pure versus hybrid: performance implications of Porter's generic strategies, Health Care Management Review, 22:4, p.47-60.
- Leather, P., M. Pyrgas, D. Beale, C. Lawrence (1997), Windows in the workplace: sunlight, view and occupational stress. Environment and behaviour, 30:739-762.
- Lindholm, A.L., K.M. Gibler (2005), Measuring the Added Value of Corporate Real Estate Management - Beyond Cost Minimization. Paper presented at 12th Annual European Real Estate Society Conference, Dublin, Ireland, June 15th to 18th 2005.
- Lindholm A.L., K.M. Gibler, K. Leväinen (2006), Modelling the Value Adding Attributes of Real Estate to the Wealth Maximization of the Firm, Journal of Real Estate Research.
- Lindholm, A.L., T. Mudrak (2005), FM: Innovating and Adding Value to the Core Business-cases from the Netherlands and Finland, Conference Proceedings of EFMC (European Facility Management Conference) 19-21 April, p. 465-476.
- Maarse, H. Groot, W. Merode van, F. Mur-Veeman, I., A. Paulus (2002), Marktwerking in de ziekenhuiszorg. Een analyse van de mogelijkheden en effecten. Maastricht: Universitaire Pers.
- Malkin, J. (2006), Healing environments at the century mark, the quest for optimal patient experiences. In C. Wagenaar, The architecture of hospitals (p.258-266), Rotterdam: Nai Publishers.
- Mandour, Y., M. Bekkers, Ph. Waalewijn (2005), Een praktische kijk op marketing- en strategiemodellen, Amersfoort: Wilco.
- Maso I., A. Smaling (1998, 2004), Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie, Amsterdam: Boom
- Martin, C. (2000), Putting patients first: Integrating hospital design and care. The Lancet, 356, p.518
- Meersma, K.D. (2005), Notitie inzake de nota Transparantie en integrale tarieven in de gezondheidszorg ten behoeve van VGN, Arcares, V&V, NVZ, GGZ Nederland en LVT.
- Meliones, J. (2000), Saving money, saving lives, Harvard Business Review, nov-dec. p.5-11.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004), Hoofdlijnen herziening stelsel curatieve zorg, DBO-CB-U-2455261, 12 maart 2004.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005a), Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (WTZi), versie 3 juni 2005.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005b), Transparante en integrale tarieven in de

- gezondheidszorg, DBO 2568439, 8 maart 2005.
- Mintzberg H., J. Lampel (1999), Wegen in strategievorming, *Holland Management Review*, 65:8-17.
 - Mouwen, C.A.M. (2004), *Strategische planning voor de moderne non-profitorganisatie*, Assen: Koninklijke Van Gorcum.
 - Mroczek, J., G. Mikitarian, E.K. Vieira, T. Rotarius (2005), *Hospital Design and Staff Perceptions: An Exploratory Analysis*, *The Health Care Manager*. Jul-Sep (24) 3, p.233
 - Nourse, H.O. (1994), *Measuring Business Real Property Performance*, *Journal of Real Estate Research*, 9:4, p.431-444.
 - Nourse, H.O., S.E. Roulac (1993), *Linking Real estate Decisions to Corporate Strategy*, *The Journal of Real Estate Research*, 8:4, p.475-494.
 - NVZ (2006), *RVZ-advies steun in de rug voor snelle deregulering bouw* [Internet], NVZ [aangehaald 2-10-2006]. Bereikbaar op <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=16341&highlights=problemen,kapitaallasten>
 - Olve, N.G., J. Roy, M. Wetter (1999), *Performance drivers: a practical guide to using Balanced Scorecard*, Chichester: Wiley & Sons.
 - O'Mara, M.A. (1999), *Strategy and place*, New York NY: The Free Press.
 - Peteraf, M.A. (1993), *The cornerstones of competitive advantage: A resource-based view*, *Strategic Management Journal*, 14:3, p.179-192
 - Pink, G.H. et al. (2001), *Creating a Balanced Scorecard for a hospital system*, *Journal of Health Care Finance*, 27:3, p.1-20.
 - Pleunis, J.W. (2005), *Innovatief bouwen in de gezondheidszorg* [internet], *Cure Care Consultancy* [aangehaald op 16-8-2006], bereikbaar op <http://www.curecareconsultancy.nl/artikelen/Bouw%20Award.pdf>.
 - Plexus Medical Group, L. Kok et al., (2005). *Morgen zonder zorg(en)? Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
 - Poel, Ph. van der (2006), *Zakendoen in de zorg*, *Zorgvisie*, 36: 9a, p.6-9
 - Porter, M.E. (1980), *Competitive Strategy*. New York: Free Press.
 - Porter, M.E. (1985), *Competitive Advantage. Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: Free Press.
 - Porter, M. (1996), *What is strategy?*, *Harvard Business Review*, nov-dec:61-79
 - Porter, M., S. Stern (2001), *Innovation: location matters*, *MIT Sloan Management Review*, 42:4, p.28-36.
 - Priem, R., J.E. Butler, *Is the resource-based view a useful perspective for strategic management research?*, *Academy of Management Review*, 26:1, p.22-40
 - PriceWaterhouseCoopers (2006a), *Corporate finance, rentelasten en integrale bedrijfsvoering van zorginstellingen*, Zoetermeer: RVZ
 - PriceWaterhouseCoopers (2006b), *Rhön-Klinikum AG, een case study*, Zoetermeer: RVZ.
 - Prince Y.M., Bruins, A. & P.Th. van der Zeijden. 2005. *EIM- rapport: Ondernemen in de zorg*. [Internet]. [aangehaald 18-9-06]. Bereikbaar op: <http://www.eim.net/pdf-ez/A200412.pdf>.
 - Putters, K. (2001), *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse gezondheidszorg*, Assen: Koninklijke Van Gorcum.
 - Putters, K. (2003), *Anticiperen op marktwerking*, Zoetermeer: RVZ.
 - Putters, K., P.H.A. Frissen en H. Foekema (2006). *Zorg om vernieuwing* [internet], [aangehaald 16-07-06]. Bereikbaar op: <http://www.tns-nipo.com/onderzoek>
 - Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002), *Winst en gezondheidszorg*, Zoetermeer: RVZ.
 - Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006a), *Management van vastgoed in de zorgsector*. Zoetermeer: RVZ.

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006b), Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector. Zoetermeer: RVZ
- RIGO Research en Advies BV (2006), Vastgoed uit de zorg. In opdracht van VWS. Amsterdam: RIGO.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2006), De Zorgbalans, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg, Bilthoven: RIVM
- Rosenthal, R.A., G.P. Nelson (2003), Selling real estate to meet capital needs, *Healthcare Financial Management*, 57:5, p.50-52.
- Roulac, S.E. (1999), Real estate value chain connections: tangible and transparent, *Journal of real estate research*, 17:3, p.387-404.
- Roulac, S.E. (2001), Corporate property strategy is integral to corporate business strategy, *Journal of real estate research*, 22:1/2, p.129-152.
- Sarosoja, A.L., K. Gibler, K. Leväinen (2004) Value Adding Attributes of Corporate Real Estate Management. A paper presented in the 11th Annual European Real Estate Society Conference, Milan, June 2nd to 5th, 12 p.
- Scheerder, R. en M. Verweij (2005), Flexibel bouwen, vastgoed in de cure op een kruispunt van wegen. *Medisch Contact*, februari, Vol. 60:5, p.189-199
- Scheerder, R.J.L.M. (2005), Integrale tarieven en kapitaallasten. *Zorg & Financiering*, nr.4/544, 11-19.
- Segers, J. & J. Hutjes. 1999. De gevalstudie. In: Segers, J. *Methoden voor Maatschappijwetenschappen*. Hoofdstuk 11:339-366. Assen: van Gorcum.
- Simms, Ch., B. Rogers (2006), The significance of flexibility in improving return on property investment: the UK perspective, *Facilities*, 24:3/4, p.106-119.
- Slater, S.F., Olson, E.M. & K. Reddy. 1997. Strategy-Based Performance Measurement. *Business Horizons*. Vol.4 (4). 37-44
- Sliedregt, C.B. van (1998), Financiering bedrijfshuisvesting, In B. de Jong, *Facility Management Handboek*, 2001, Nieuwegein: Arko Uitgeverij.
- Soebiantono, G. (2004), Strategisch vastgoedbeleid van algemene ziekenhuizen, Delft: TU Bouwkunde.
- Staatsblad (2005), Uitvoeringsbesluit WTZi, 575.
- Steinbach, F. (2006), *Balanced Scorecard im Corporate Real Estate- und Facility Management*, Hamburg: Diplomica GmbH.
- Stienstra, J. (2005), *Patiënt of cliënt? Rapportage kwalitatief behoeftenonderzoek onder patiënten*. Amsterdam: Bureau Ferro b.v.
- Suyker (1996), J., *Bedrijfshuisvestingsbeheer in de praktijk*, Het Facility Management Handboek, Arko Uitgeverij, Nieuwegein.
- Swayne, L.E., W.J. Duncan, P.M. Ginter (2006), *Strategic management of health care organizations*, Malden MA: Blackwell Publishing.
- TPG (2004), *Het kan écht: betere zorg voor minder geld, Sneller Beter – logistiek in de zorg*. TPG.
- Tranfield, D., D. Denyer, M. Burr (2004), A framework for the strategic management of long-term assets (SMoLTA), *Management Decision*, vol. 42:2, p.277-291
- Treacy, M., F. Wiersema (1995), *The Discipline of Market Leaders*. New York: Basis Books.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2005), *Brieven NVZ en AWBZ-branchorganisaties over Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg*, DBO-CB-U-2616380, Den Haag.
- Ullrich, R., C. Zimring, X. Quan, A. Joseph, R. Choudary (2004), *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity*. Martinez, CA: The Center for Health Design, Texas A&M University, Houston

- Urrutia, I., S.D. Eriksen (2005), Application of the Balanced Scorecard in Spanish private healthcare management, *Measuring Business Excellence*, 9:4, p.16-26.
- Veldhoen, E. (2003), Allen voor één, één voor allen, *ZM Magazine*, 4:8-12.
- Vissers J.M.H., R. Beech (2005), *Health Operations Management*. London: Routledge.
- Voordt, D.J.M. van der (2004), Productivity and employee satisfaction in flexible workplaces, *Journal of Corporate Real Estate*, vol. 6:2, p.133-148
- Voordt, D.J.M. van der, A.C. den Heijer (2004), *Inleiding vastgoedmanagement*. Delft: Publicatiebureau bouwkunde.
- Vries, J. de (2002a), Het effect van huisvesting op de resultaten van de onderneming (1), *Facility Management Magazine*, vol. 15, afl. 104, pag. 38-44
- Vries, J. de (2002b), Het effect van huisvesting op de resultaten van de onderneming (2): Vastgoed werkt!, *Facility Management Magazine*, vol. 15, afl. 105, pag. 43-48.
- Waarborgfonds voor de Zorgsector (2005), *Jaarverslag 2005*, p.9, Utrecht: WfZ.
- Wernerfelt. 1984. A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal* 5 (2), 171-180.
- Wessels, L. (2003), Healing environment, *ZM Magazine*, 4:18-20
- Wester F., V. Peters (2004), *Kwalitatieve analyse*, Bussum: Coutinho

Bijlage I Respondenten

‘Sectorbrede’ perspectief

Algemeen directeur ABZV

Hoofd Gezondheidszorg en Onderwijs Bank Nederlandse Gemeenten (BNG)

Commercieel managers Healthcare Fortis Bank

Directeur Gezondheidszorg Rabobank

Directeur Investerings Residex

Voorzitter Raad van Bestuur VolkerWessels

Directeur Waarborgfonds voor de Zorgsector

Algemeen secretaris Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Ziekenhuizen

Lid Raad van Bestuur Diakonessenhuis Utrecht

Lid Raad van Bestuur Jeroen Bosch Ziekenhuis

Lid Raad van Bestuur Gelre Ziekenhuizen

Bijlage II Semi-gestructureerde interviews

Partijen 'sectorbreed' perspectief

- Relatie met gezondheidszorg
- Interesse in sector als investeerder/bouwbedrijf/bank/adviesbureau: rendement, maatschappelijk ondernemen, voorwaarden, kwaliteit management
- Rol wet- en regelgeving: in relatie tot risico en rendement
- Belang van cultuur, positie medisch specialisten
- Verschillen tussen banken en overige financiers
- Wijze van investeren: samenwerkingsverbanden, herontwikkelen terreinen, exploitatie ziekenhuis
- Invloed toestaan winstuitkeringen
- Rol College Sanering en Waarborgfonds voor de Zorgsector
- Verandering in financieringsvormen bij toenemende marktwerking: obligatieleningen, BV's, overname vastgoedpartijen, buitenlandse partijen, financiering zorgverzekeraars

Ziekenhuizen

- Huidige vastgoedmanagement ziekenhuizen
- Voorbereiding op marktwerking: strategische planning, vastgoedallianties, uitbesteding, eigendom versus huur, financiële expertise, doorbelasten huisvestingslasten
- Besturing/beheersing en marktwerking
- Zwakke en sterke punten ziekenhuizen: cultuur, positie medisch specialisten, financiële expertise, financiële positie.
- Toegevoegde waarde ziekenhuisvastgoed

Ziekenhuizen

Algemeen

- Integrale verantwoordelijkheid investeringen/kapitaallasten: kans of bedreiging
- Organisatiestrategie
- Veranderingen in strategisch beleid na systeemwijziging
- Andere rechtsvormen, samenwerkingsverbanden bij toestaan winstoogmerk in 2012
- Positie medisch specialisten: kostenbewustzijn, doorbelasten, ondernemerschap

Vastgoed

- Geschiedenis van het ziekenhuis met betrekking tot vastgoed: fusies, nieuwbouw, renovaties
- Verantwoordelijkheid vastgoedbeleid en takenpakket vastgoedfunctie
- Leidende uitgangspunten vastgoedbeleid
- Toegevoegde waarde ziekenhuisvastgoed

Nieuwbouw

- Stadium nieuwbouwplannen
- Belangrijkste redenen verandering in huisvesting
- Betrokkenen besluitvormingsproces / uitvoering nieuwbouwproject: verdeling verantwoordelijkheden.
- Uitgangspunten ontwerp: *EBD, healing environment*, flexibiliteit, maatschappelijke of innovatieve ontwikkelingen, veranderde zorgvraag
- Afstemming op strategisch beleidsplan
- Bedrijfseconomische grondslag nieuwbouwproject
- Gevolgen nieuwbouw voor productie en exploitatie
- Belangrijkste knelpunten nieuwbouwproject
- Samenwerkingsverbanden: andere zorginstellingen of marktpartijen
- Financiering nieuwbouw
- Overwegingen m.b.t. verschillende financieringsvormen

Bijlage III Topiclijst

Algemeen

Vastgoedbeleid ziekenhuizen
Koppeling strategie en vastgoed
Toegevoegde waarde vastgoed algemeen
Sterkten en zwakten/huidige positie ziekenhuizen
Stelselwijziging kans of bedreiging

Concurrentie strategie

Operational excellence
Productleadership
Customer intimacy
Kostenleiderschap
Differentiatie
Focus

Waardecreatie vastgoed

Financieel perspectief

- Kostenreductie
- Toegang tot kapitaal: nu, nabije toekomst en andere vormen van financiering
- Financiële flexibiliteit
- Waardeverhoging vastgoed/risicobeheersing
- Efficiencyverbetering

Klant perspectief

- Aantrekken behouden patiënten als klant
- Marketinginstrument
- Medewerkersatisfactie

Interne processen perspectief

- Bouwkundige flexibiliteit
- Functionele flexibiliteit
- Efficiencyverbetering
- Optimale logistieke indeling

Leer en groei perspectief

- Medewerkersatisfactie
- Cultuur vormgeven
- Aantrekken/behouden medisch specialisten
- Stimuleren van innovatie

Koppeling strategie

Nadruk op vastgoedstrategieën in:

- Financieel perspectief
- Klant perspectief
- Interne processen perspectief
- Leer en groei perspectief/medewerkers

Bijlage IV Overzicht gebruikte documenten t.b.v. documentenanalyse

Diakonessenhuis

- Jaarverslag 2005
- Bedrijfsplan Diakonessenhuis 2004-2007, bespreekversie Ministerie van VWS, september 2004
- Kaderbrief 2006, Raad van Bestuur, juli 2005
- Projectplan Vitaal Zeist, augustus 2004

Jeroen Bosch Ziekenhuis

- Jaarverslag 2005
- ‘Duidelijk beter’, strategisch beleid JBZ 2005-2009
- ‘Einde aan de zachte sector’, document ter voorbereiding van de beleidsdagen 11 en 12 mei 2006
- Kaderbrief 2006
- Vastgoedvisie JBZ

Gelre Ziekenhuis

- Jaarverslag 2005
- ‘Gelre vernieuwt’: Integraal Ziekenhuisbeleidsplan 2001-2006
- Lange Termijn Huisvestingsplan, visie op huisvesting Gelre Ziekenhuizen 2005-2018

Banken

- Documenten kredietwaardigheidsbeoordeling

VolkerWessels

- Jaarverslag 2005

Waarborgfonds voor de Zorgsector

- Jaarverslag 2005
- Aanvraagformulier voor deelname, herbeoordelingsformulier, verzoek tot borgstelling

Bijlage V Onderzoeksvoorstel

1. *Inleiding*

1.1. *Ingrijpende systeemwijziging financiering ziekenhuisvastgoed*

Vraagsturing, marktwerking en prestatiebekostiging zijn de laatste jaren veelgehoorde termen in de gezondheidszorg. De sector is volop in beweging. Een overheid die het aanbod en de prijs van de geleverde zorg bepaalt, sluit niet meer aan bij de gewijzigde behoeften van patiënten. Daarom wordt in de modernisering van de gezondheidszorg meer verantwoordelijkheid bij zorgaanbieders gelegd en maakt een systeem van budgettering plaats voor afrekening op basis van geleverde prestaties. Met de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) die 1 januari 2006 is ingegaan, wordt een verdere deregulering beoogd. Het bouwregiem onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) wordt na 35 jaar beëindigd om plaats te maken voor toenemende marktwerking en prestatiebekostiging. Zorgaanbieders worden zelf verantwoordelijk voor investeringsbeslissingen in ziekenhuisvastgoed en de mate waarin kapitaalslasten gedekt worden door de exploitatie.

Onder de WZV drukten de kapitaalslasten niet op de exploitatie en werden, mits de instelling in het bezit was van een vergunning, risicoloos nagecalculeerd en toegevoegd aan het instellingsbudget. Met de invoering van de WTZi verandert dit: ook de kapitaalslasten gaan onderdeel uitmaken van de met de zorgverzekeraar onderhandelbare (integrale) kostprijs. Zorginstellingen zullen hun tarieven voor verrichtingen en diensten zodanig moeten vaststellen dat de gemaakte kosten, ook die van investeringen in grond en gebouwen, worden gedekt.

De systeemwijziging van gegarandeerde naar normatieve kapitaallasten dient in 2012 volledig te zijn afgerond. In 2007 zal de normatieve kapitaallastencomponent (nkc) worden ingevoerd. Deze bestaat uit een genormeerde huisvestingscomponent (nhc) en een genormeerde inventariscomponent (nic). Voor medische inventarissen bestaat de normatieve benadering al langer volgens de CTG-beleidsregel Inventarissen, maar voor kapitaallasten is dit een volledige andere systematiek. Vanaf 2007 zal de normatieve huisvestingscomponent worden opgenomen in de DBC-tarieven. In enkele jaren wordt het A-segment afgebouwd tot circa 10% van de zorgproducten. Ziekenhuizen krijgen in deze gewenningsperiode de kans om een oplossing te vinden voor mogelijke onderbekostiging van kapitaalslasten. In de tweede fase zal de omvang van de geleverde zorg steeds meer bepalend worden voor de vergoeding van huisvestingslasten en worden ziekenhuizen risicodragend. De huisvestingscomponent in het B-segment, circa 90% van de zorgproducten, kunnen ziekenhuizen dan (behoudens verplichtingen uit het verleden) zelf bepalen en is voor eigen rekening en risico.

1.2 *Stijging ondernemersrisico ziekenhuizen*

In de overgang van aanbodsturing naar (gereguleerde) marktwerking neemt het ondernemersrisico voor ziekenhuizen toe. Enerzijds kunnen ziekenhuizen, zoals hierboven geschetst, afhankelijk van de levensfase van hun vastgoed, te maken krijgen met onder- of overbekostiging van kapitaalslasten. Anderzijds zullen ziekenhuizen hun financieel management moeten inrichten en sturen op een rendabele exploitatie om lange termijn continuïteit te waarborgen. De systeemwijziging dwingt ziekenhuizen met andere ogen naar hun vastgoed te kijken. Niet alleen omdat vastgoedinvesteringen ingrijpende gevolgen hebben voor de logistieke efficiency van zorgprocessen en het kostenniveau van een ziekenhuis, maar ook omdat het welbevinden en de kwaliteitsbeleving van patiënten en medewerkers steeds belangrijker worden in een concurrerende markt. Van kostprijssdenken zal een omslag moeten worden gemaakt naar waardedenken: de wijze waarop vastgoed een bijdrage kan leveren aan het realiseren van organisatiedoelstellingen. Hiervoor is het noodzakelijk dat vastgoed een aandachtspunt wordt op strategisch niveau.

2. Theoretisch kader strategisch vastgoedmanagement vanuit het perspectief van de financier

Het theoretisch kader van het onderzoek richt zich op het aanwenden van vastgoed als een strategisch bedrijfsmiddel waarmee een bijdrage kan worden geleverd aan het bereiken van ondernemingsdoelstellingen. De wijze waarop en de mate waarin een onderneming in staat is de financiële en functionele waarde van haar vastgoed te optimaliseren, is van invloed op de financierbaarheid van vastgoed en het gebruik van verschillende financieringsvormen. Het theoretisch kader plaatst zowel het vastgoedbeleid van ziekenhuizen als de visie van financiers op ziekenhuisvastgoed in perspectief.

Het huidige vastgoedbeleid van ziekenhuizen en de gevolgen van het vervallen van het oude bouwregiem voor de financiering van vastgoed wordt gezien vanuit de concepten van Corporate Real Estate Management (CREM). In de volgende paragraaf wordt dit vakgebied nader omschreven. De nadruk wordt hierbij gelegd op de factoren die van invloed zijn op de financierbaarheid en de wijze waarop vastgoed een bijdrage kan leveren aan het realiseren van strategische doelstellingen. Aan de andere kant wordt door middel van financieringstheorie duidelijk welke grondslagen uitgangspunt vormen bij de financiering van vastgoed en kunnen beoordelingsprocedures van financiers worden begrepen en beschreven.

2.1 Corporate Real Estate management (CREM)

CREM heeft betrekking op het managen van ondernemingsvastgoed. De focus ligt behalve op financieel-economische factoren en functionaliteit, vooral op de afstemming tussen vastgoedstrategie en de algemene ondernemingsstrategie. In deze optiek is vastgoed niet alleen een ‘asset’, maar ook een ‘facility’. In de hiernavolgende definitie van De Jonge (2000) komen deze aspecten expliciet naar voren.

“Corporate Real Estate Management is het management van de vastgoedportfolio van een onderneming door de portfolio en de diensten af te stemmen op de behoeften van het primaire proces om daarmee maximale toegevoegde waarde te creëren voor het bedrijf en optimaal bij te dragen aan de totale prestatie van de onderneming”.

2.2 Met CREM verwante begrippen

Real Estate Management (REM)

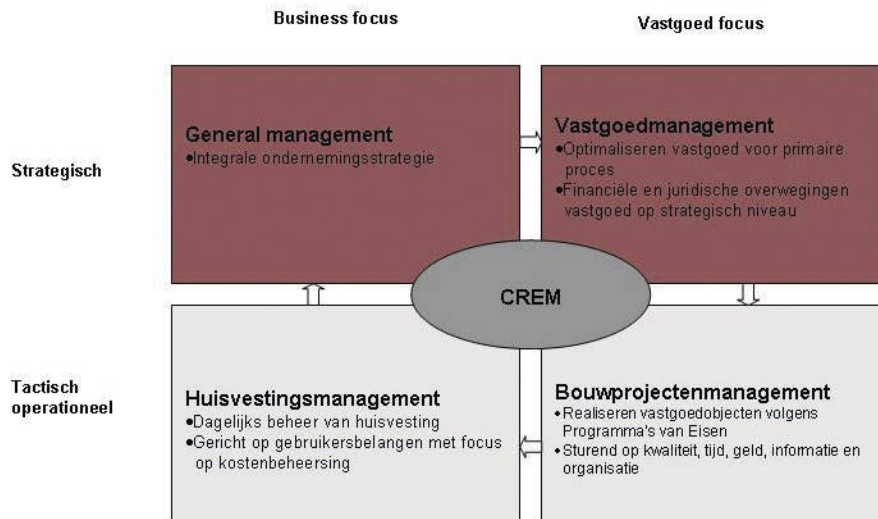
Waar CREM gericht is op de gebruiker en de aansluiting op het primaire proces bij vastgoed-beslissingen, is REM aanbodgericht en streeft naar een maximaal rendement op geïnvesteerd vermogen. De performance van CREM wordt gezien in het licht van de toegevoegde waarde voor het primaire proces. Bedrijfsconformiteit is dan ook belangrijker dan marktconformiteit. Dit verschil tussen gebruiker/eigenaar en belegger heeft vanzelfsprekend gevolgen voor de financiële afwegingen die worden gemaakt bij vastgoedbeslissingen.

Facility Management (FM)

Het onderscheid tussen FM en CREM is niet gemakkelijk te maken. Hoewel beiden zich richten op het creëren van maximale waarde voor het primaire proces, houdt FM zich meer bezig met het integrale management van huisvesting en services op een operationeel niveau vanuit een korte termijn perspectief. CREM heeft een meer strategische oriëntatie.

2.3 Aandachtsvelden CREM

Binnen CREM kunnen verschillende aandachtsvelden worden onderscheiden. Deze kunnen in een matrix worden geplaatst met een verdeling naar focus (business versus vastgoed) en niveau (strategisch versus tactisch/operationeel)



Figuur 1 Aandachtsvelden Corporate Real Estate Management

Het **general management** perspectief richt zich op het bereiken van de ondernemingsdoelstellingen, in het bijzonder op de winstdoelstelling en het waarborgen van lange termijn continuïteit. **Vastgoedmanagement** heeft betrekking op de taak het vastgoed zo te benutten dat het primaire proces optimaal wordt ondersteund. Financierings- en investeringsvraagstukken worden vanuit een bedrijfseconomische invalshoek op strategisch niveau beoordeeld en ingevuld. Het **bouwprojectenmanagement** ziet toe op het controleren van uitgaven en het bereiken van doelstellingen aan de hand van de door de onderneming gestelde richtlijnen. Tevens wordt op operationeel niveau optimale ondersteuning aan de huisvestingsbehoeften geleverd door het **huisvestingsmanagement**. Dit heeft betrekking op het dagelijkse beheer.

College Bouw Zorginstellingen (CBZ) bespreekt in haar rapport 'strategische positie vastgoed' de noodzaak voor directies van ziekenhuizen om vastgoed op een strategische manier te gaan benaderen. Vastgoedbeslissingen worden vaak adhoc genomen als reactie op veranderingen in de medische techniek of werkwijze, wat kan leiden tot hoge onderhoudskosten, overtollig vastgoed en verborgen reserves. Bij de meerderheid van de ziekenhuizen kan de vastgoedorganisatie – op basis van de indeling volgens Corporate Real Estate Competency Shifts – worden gepositioneerd tussen de beheerders en de controllers (figuur 2). De aanleiding voor investeringen is voornamelijk gelegen in acute personeelsuitbreidingen of veranderende zorgbehoeften, waardoor ziekenhuizen niet zelden bestaan uit aaneengeregen bouwdelen. De nadruk ligt op bouwkundig-technische aspecten en kostenbeheersing, terwijl beslissingsbevoegdheid verdeeld is over meerdere lagen in de organisatie.



Figuur 2 *Ontwikkelingsstadia van de vastgoedorganisatie (Joroff 1993).*

Meer marktwerking in de ziekenhuissector betekent dat vastgoedmanagement vanuit de tactisch operationele benadering, plaats moet maken voor een strategische aanpak. Ontwikkelingen uit andere sectoren op het gebied van CREM zullen worden geadapteerd door ziekenhuizen, niet in de laatste plaats omdat continuïteit van instellingen onder grotere druk komt te staan en financiers meer eisen zullen stellen aan de uitvoering van het financieel (vastgoed)management. Bij kredietaanvragen zullen financiers door het toegenomen ondernemersrisico van ziekenhuizen zich steeds meer beroepen op maatstaven die in andere sectoren al langer worden toegepast. De ontwikkeling in Corporate Real Estate Management kan ziekenhuizen handvatten aanreiken in het aanwenden van vastgoed als strategisch middel om de organisatiedoelstellingen te bereiken.

2.4 *Basisprincipes financiering*

Aan het financieren van vastgoed liggen een aantal basisprincipes ten grondslag die in brede zin gelden voor iedere vorm van financiering.

Vermogensverschaffers maken een afweging tussen de mate van risico die zij bereid zijn te aanvaarden en de te verwachten opbrengsten. Het beschikbaar stellen van vermogen betekent het afzien van rendement op het meest gunstige beschikbare alternatief. Dit betekent dat er compensatie dient plaats te vinden voor tenminste drie factoren:

1. Tijdswaarde van geld:

de waarde van iedere bedrijfsbezitting hangt af van de verwachte beschikbare cashflows die deze bezitting zal genereren. Het moment waarop deze cashflows beschikbaar komen is van invloed op deze waarde: een euro die binnenkort wordt verwacht is meer waard dan een euro die in de verre toekomst wordt verwacht.

2. Inflatie:

dit betreft compensatie voor een mogelijk verlies van koopkracht.

3. Risico:

dit kan worden gedefinieerd als de mogelijkheid dat het daadwerkelijke rendement op een investering lager is dan het verwachte rendement. Risico en rendement kunnen niet los van elkaar worden gezien: een vermogensverschaffer zal alleen meer risico nemen indien hij wordt beloofd met een hoger rendement. Het risico van een bedrijfsbezitting ('asset') wordt beoordeeld in het licht van de cashflows die het in de toekomst zal genereren. Zoals onder 1 vermeld speelt het moment van ontvangst hierin een belangrijke rol.

2.5 *Factoren van belang bij bancaire financiering*

Banken vervullen als intermediairs tussen aanbieders en vragers van kapitaal in drie opzichten een transformatiefunctie: naar tijd, omvang en risico. Ze vragen daarvoor een beloning in de vorm van een rentemarge, te weten: het verschil tussen de door hen betaalde rente en de ontvangen rente. Daarnaast

zijn het debiteurenrisico, de mate van concurrentie met andere banken en het feit of de onderneming een totaalcliënt is, voor de prijs van lang krediet van belang.

Om risico's van kredietverlening zo laag mogelijk te houden, zullen de banken de desbetreffende onderneming aan een nauwkeurig onderzoek onderwerpen. De analyse van het risico dat aan zakelijke kredietverlening is verbonden, bestaat grofweg uit twee onderdelen:

1. De bedrijfsanalyse
2. De financiële analyse

De bedrijfsanalyse heeft betrekking op de aard van de bedrijfsactiviteiten, de rechtsvorm, eigendomsstructuur en het historische perspectief. Voor winstgevendheid zijn economische omstandigheden en het perspectief van de branche waarin de onderneming werkzaam is, van belang. Een SWOT-analyse die zowel vanuit de inkoop- als verkoopzijde wordt benaderd geeft de financier inzicht in de sterke kanten van de onderneming en de wijze waarop met zwakkere kanten wordt omgegaan. Een ander belangrijk aspect betreft de kwaliteit van de bestuurders. Hoewel kwantificeren naar objectieve maatstaven moeilijk is, noemt Vos (2005) vijf criteria met betrekking tot bedrijfsvoering waarin de kwaliteit van management wordt weerspiegeld. Dit zijn het marketingconcept, interne organisatiestructuur, risicobeheersing, managementinformatiesystemen en flexibiliteit.

De financiële analyse omvat een onderzoek naar de financiële positie (kredietwaardigheid), de winstgevendheid, cashflow en de potentie om aan aflossings- en intrestverplichtingen te kunnen voldoen. De vermogensverschaffer zal met betrekking tot deze analyse geïnteresseerd zijn recente jaarrapporten, exploitatiebegrotingen en liquiditeitsprognoses. Aan de hand daarvan zullen een aantal kengetallen worden bepaald, met name de liquiditeit, solvabiliteit en rentabiliteit.

Als de bank niet overtuigd is dat de onderneming in staat blijft aan haar financiële verplichtingen te voldoen, zullen zekerheden worden bedongen, wat betekent dat in geval van faillissement de schade kan worden beperkt. Er kunnen drie vormen van zekerheden worden genoemd: zakelijke zekerheden zoals het hypotheek- en pandrecht, persoonlijke zekerheden zoals borgtocht en hoofdelijkheid en oneigenlijke zekerheden.

2.6 Financiering van ziekenhuisvastgoed

Het vastgoed van ziekenhuizen is doorgaans privaat gefinancierd en kent vanuit het perspectief van de financier een laag risicoprofiel. Dit komt enerzijds omdat de tot 1 januari 2006 geldende contracteerplicht van verzekeraars een regelmatige toestroom van patiënten garandeerde, en anderzijds de verrekening van werkelijke kapitaallasten het debiteurenrisico minimaliseert. Daarbij komt dat ziekenhuizen aangesloten bij het WfZ meer voordelige leningen kunnen afsluiten. In het nieuwe systeem zullen financiers meer risico lopen over hun uitstaande kapitaal bij ziekenhuizen. De kans is derhalve groot dat zij dit risico alleen willen dragen als daar een hoger rendement tegenover staat. Anders gezegd: financiers zullen mogelijk een hogere rente vragen. Onzekerheid over de hoogte van de nkc, de mate waarin de liberalisering van het bouwregiem gelijke tred houdt met de mate van vrije prijsonderhandelingen en de vraag of ziekenhuizen in staat zullen zijn hun kapitaallasten terug te verdienen, zijn van invloed op de wijze waarop financiers investeringen in ziekenhuisvastgoed zullen beoordelen. De ingezette omslag naar meer marktwerking zal betekenen dat de discussie niet meer op basis van normen, maar op basis van bedrijfseconomische argumentatie zal worden gevoerd. Solvabiliteitseisen zullen langzaam worden opgeschroefd en zonder een gedegen ondernemingsplan wordt het aantrekken van leningen moeilijk.

Ook het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) dat zorginstellingen de mogelijkheid biedt voordelige leningen af te sluiten door financiers betaling van rente en aflossing te garanderen, heeft haar toelatingseisen verzaard. De toekomstige rol van dit onafhankelijke instituut is voor financiers van belang vanwege de

geboden zekerheid. De positie van het WfZ na de systeemwijziging is echter nog onduidelijk. Een andere belangrijke vraag is wat er gebeurt met een dreigend faillissement van ziekenhuizen. Het kabinet spreekt over een mogelijke transitiefaciliteit die de risico's in de overgangperiode afdekt bij gevaar voor de continuïteit van zorg en voor versterking van het weerstandsvermogen van ziekenhuizen. Voor instellingen die hulp nodig hebben bij het verkrijgen van een financiering, al dan niet via het Waarborgfonds, is in de transitiefase een achtergestelde lening mogelijk. Het gebruik van deze instrumenten is echter nog niet bekeken in het licht van Europese regelgeving en maakt de invoering ervan derhalve onzeker.

3. Probleemstelling

3.1 Doelstelling

In 2004 en 2005 zijn de resultaten van drie onderzoeken die de toenemende marktwerking in de zorg en de mogelijke consequenties voor het vastgoedbeleid van ziekenhuizen als onderwerp hebben gehad, gepubliceerd. Genoemde onderzoeken leggen de nadruk op de wijze waarop met vastgoed dient te worden omgegaan (debetzijde van de balans). Dit onderzoek zal zich mede richten op de mogelijkheden die ziekenhuizen ter beschikking staan om dit vastgoed te financieren (creditzijde balans).

De doelstelling van dit onderzoek is te komen tot aanbevelingen aan ziekenhuisdirecties voor de vormgeving van hun strategisch vastgoedmanagement. Om dit te bewerkstelligen wordt vanuit twee invalshoeken naar financieel-economische aspecten van ziekenhuisvastgoed gekeken. Enerzijds door het perspectief van de financier te belichten met betrekking tot de factoren die van invloed zijn op vastgoedfinanciering in een (gereguleerde) zorgmarkt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van algemene theorie over (vastgoed)financiering in relatie tot risico en rendement. Anderzijds wordt gekeken naar de wijze waarop ziekenhuizen met nieuwbouwplannen hun huidige vastgoedbeleid vormgeven en hoe zij anticiperen op toenemende marktwerking en de gevolgen voor de financierbaarheid van hun vastgoed. Dit vastgoedbeleid wordt vanuit het perspectief van het Corporate Real Estate Management (CREM) beschreven. Zoals vermeld in het theoretisch kader heeft CREM betrekking op het zodanig managen van ondernemingsvastgoed dat het primaire proces optimaal wordt ondersteund en daarmee maximale toegevoegde waarde voor de onderneming wordt gecreëerd. Dit kan alleen als de vastgoedstrategie optimaal is afgestemd op de ondernemingsstrategie.

De door het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) gehanteerde definitie van strategisch vastgoedmanagement sluit hier bij aan: *”Activiteiten, gebaseerd op een visie, waarbij vastgoed optimaal moet bijdragen aan het functioneren van de instelling in overeenstemming met de bedrijfsdoelstellingen”*.

3.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen

De probleemstelling die centraal staat in dit onderzoek is:

“Wat betekent een systeemwijziging van aanbodsturing naar (gereguleerde) marktwerking voor strategisch vastgoedmanagement van ziekenhuizen vanuit het perspectief van de financier?”

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden, dienen de volgende onderzoeksvragen te worden beantwoord:

Context

- 1) Hoe wordt ziekenhuisvastgoed gefinancierd?
- 2) Wat zijn de implicaties van een systeemwijziging naar (gereguleerde) marktwerking voor de financiering van ziekenhuisvastgoed?

Theorie

- 3) Wat is strategisch vastgoedmanagement en hoe wordt dit binnen Corporate Real Estate Management vormgegeven?
- 4) Welke factoren zijn van belang bij de financiering van vastgoed?

Praktijk

- 5) Welke grondslagen hanteren banken bij de financiering van vastgoed in commerciële markten?
- 6) Welke gevolgen heeft de toenemende marktwerking in de ziekenhuissector op de financiering van ziekenhuisvastgoed?
- 7) Hoe wordt het vastgoedbeleid in ziekenhuizen vorm gegeven en op welke wijze anticiperen zij op de toenemende marktwerking en de gevolgen voor de financierbaarheid van hun vastgoed?

Conclusie

- 8) Op welke wijze kan vanuit het perspectief van de financier de financiële waarde van vastgoed worden verhoogd zodanig dat dit een bijdrage levert aan de continuïteitswaarborging van ziekenhuizen en de financierbaarheid van ziekenhuisvastgoed?
- 9) Hoe kunnen concepten uit Corporate Real Estate Management bijdragen aan het optimaliseren van de financiële waarde van ziekenhuisvastgoed in een (gereguleerde) markt?

4. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk zal achtereenvolgens het onderzoeksontwerp, de onderzoekspopulatie, wijze van dataverzameling en de data-analyse worden besproken.

4.1. Onderzoeksontwerp

Volgens Creswell is het belangrijkste criterium voor het kiezen van een onderzoeksbenadering het feit dat deze past bij het voorgestelde probleem. Uitgaande van de probleemstelling en de daaruit voortvloeiende deelvragen is een kwalitatief onderzoek de best passende onderzoeksbenadering. Het voorgestelde onderzoek zal plaatsvinden in een voor de te onderzoeken eenheden sterk veranderde context waarin nog veel factoren onduidelijk zijn. Zo geldt zowel voor financiers van ziekenhuisvastgoed als voor directies van ziekenhuizen dat de afschaffing van het bouwregiem onder de WZV om verandering van vastgoedstrategie vraagt. De onduidelijkheid over de nhc en de verhoudingsgewijze ontwikkeling van het A- en B-segment maakt het moeilijk consequenties van bepaalde beslissingen te overzien.

Het onderzoek is opgebouwd uit drie fasen.

De eerste fase heeft een beschrijvend karakter, de context waarin vastgoedbeleid van ziekenhuizen tot stand komt wordt in kaart gebracht. De tweede fase is een verkenning van de theorie: hierin worden principes van Corporate Real Estate Management en (vastgoed)financiering beschreven. Fase 3 heeft een deels beschrijvend, deels explorerend karakter (praktijk). Gekeken wordt naar de financiering van vastgoed (Corporate Real Estate) in andere sectoren, de invloed van marktwerking op de financierbaarheid van ziekenhuisvastgoed en het huidige vastgoedbeleid van ziekenhuizen in relatie tot de wijze waarop zij gaan anticiperen op (gereguleerde) marktwerking.

4.2 Onderzoekspopulatie en -eenheden

Om het perspectief van financiers in kaart te brengen is gekozen voor banken met het grootste marktaandeel binnen de ziekenhuissector op het gebied van vastgoedfinanciering. Deze partijen zullen de meeste gevolgen ondervinden van het veranderde risicoprofiel van ziekenhuizen. Er zullen derhalve interviews worden gehouden bij Fortis, ING en Rabobank.

Instellingen die nauw betrokken zijn bij vraagstukken rondom de WTZi en de gevolgen voor ziekenhuizen, zijn het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Voor het verkrijgen van een genuanceerder beeld, zullen ook bij enkele mensen van deze instellingen interviews worden afgenomen.

In Nederland bestaan drie categorieën ziekenhuizen: algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Het voorgestelde onderzoek richt zich uitsluitend op algemene ziekenhuizen omdat zij het grootste deel van de ziekenhuisfaciliteiten beslaan en onder dezelfde wet- en regelgeving vallen. Onder de algemene ziekenhuizen vallen ook de topklinische ziekenhuizen.

Er is gekozen casestudies uit te voeren bij drie middelgrote tot grote ziekenhuizen met nieuwbouwplannen. Enerzijds omdat voor deze categorie onderbesteding in de transitiefase een probleem zou kunnen vormen en de kans groter is dat er wordt nagedacht over verschillende vormen van financiering. Anderzijds vanwege het feit dat deze ziekenhuizen de huidige ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg zullen meenemen in de wijze waarop ze de nieuwbouw en hun vastgoedbeleid zullen vormgeven. Factoren die bepalen hoe dit gebeurt, kunnen op deze manier in kaart worden gebracht. Onderzoek zal plaatsvinden op niveau van de (financiële) directie. De geselecteerde ziekenhuizen zijn het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch, Mesos Medisch Centrum in Nieuwegein en de Reinier de Graaf Groep in Delft. Laatstgenoemd ziekenhuis is door Van Hasselt en Niemeijer eerder onderzocht, maar niet op het niveau van de directie.

4.3 Wijze van dataverzameling

Literatuurstudie

In de oriënterende fase wordt informatie verzameld met betrekking tot de context van het onderzoek en worden de deelvragen 1 en 2 beantwoord. In de verdiepende fase vindt literatuuronderzoek plaats voor de opbouw van het theoretisch kader. Deelvragen 3 en 4 hebben hier betrekking op.

Er zal gebruikt gemaakt worden van vakbladen, literatuur, internet en digitale databanken zoals 'Online contents', 'Pica Online', 'UB' en 'Pubmed'. Relevante publicaties van College Bouw Zorginstellingen en het Ministerie van VWS vormen de basis voor de (wettelijke) context. Bij brancheorganisaties in vastgoed en financieringen wordt onderbouwing van het theoretisch kader gezocht, evenals bij de Amsterdam School of Real Estate en de TU Delft. Er zullen één of meerdere colleges worden gevolgd op het gebied van financieren en beleggen.

Interviews

Er zullen semi-gestructureerde interviews worden gehouden met eerder genoemde contactpersonen bij Fortis, ING en Rabobank. Deze duren minimaal één uur en maximaal anderhalf uur en er wordt gebruik gemaakt van een topiclijst. De in financieringstheorie toegepaste risico-analyses en beoordelingsprocedures met betrekking tot vastgoed zullen uitgangspunt vormen voor de semi-gestructureerde vragenlijsten. Aanvullend vindt een gesprek plaats met een financier ziekenhuisvastgoed bij de ABN AMRO bank om te controleren of de topiclijst volledig genoeg is om de onderzoeksvragen adequaat te kunnen beantwoorden. Het voordeel van semi-gestructureerde interviews is de mogelijkheid gericht informatie te verkrijgen, het nadeel is dat er teveel sturing kan plaatsvinden, waardoor bepaalde onderwerpen niet aan de orde komen. Om dat te voorkomen worden vragen zo open mogelijk gesteld en zal op nieuwe relevante thema's die aan de orde komen, worden ingegaan. Alle interviews zullen worden opgenomen met digitale apparatuur en woordelijk weergegeven worden.

Voorafgaand aan de interviews zullen deelnemers eerst een e-mail ontvangen met de doelstelling en aard van het onderzoek, de vragenlijst en een verzoek om het aanleveren van relevante documenten (o.a. informatie over financieringsmodellen en -vormen). Het vooraf verstrekken van de vragenlijst kan leiden tot een zekere bias in de zin dat gekozen wordt de vragen slechts globaal te beantwoorden uit concurrent

tieoverwegingen. Ook kunnen vragen verkeerd worden uitgelegd. Echter gezien de complexiteit van de materie is enige voorbereidingstijd noodzakelijk. Resultaten en interpretaties worden teruggekoppeld aan de geïnterviewden, om te controleren of deze in hun optiek juist zijn.

Deelvragen 5 en 6 zullen na het houden van de interviews kunnen worden beantwoord. Daarnaast zijn de gesprekken richtinggevend voor hetgeen bij de gevalsstudies zal worden onderzocht.

Binnen het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) zullen ook interviews worden afgenomen. De visie van het WfZ op financieren van ziekenhuisvastgoed kan vanwege haar nog nader te bepalen toekomstige positie afwijken van het perspectief van de banken, waardoor een breder beeld wordt verkregen. Ook de NVZ zal haar visie worden gevraagd met betrekking tot het vormgeven van strategisch vastgoedmanagement in ziekenhuizen.

Ter oriëntatie op het best passende theoretische kader en de context waarin het vastgoedbeleid van ziekenhuizen wordt vormgegeven, hebben reeds gesprekken plaatsgevonden met Frans Schaepkens (financieel manager Antonius ziekenhuis Utrecht), Colette Niemeijer (consultant AT Osborne), Sjoerd van Breda en Sander van Norren (commercieel managers gezondheidszorg Fortis).

Gevalsstudies

Volgens Baarda et al is de gevalsstudie een geschikte onderzoeksmethode indien het gaat om een complex probleem, de onderzoekssituatie als een samenhangend geheel moet worden bekeken en/of in de context geplaatst moet worden. Bij het voorgestelde onderzoek wordt gekozen voor een meervoudige gevalsstudie, waarbij een zo breed mogelijk beeld kan worden verkregen van het huidige vastgoedbeleid van ziekenhuizen en de wijze waarop rekening gehouden wordt met externe ontwikkelingen en wijzigingen in wet- en regelgeving. Door middel van een SWOT-analyse wordt de interne en externe omgeving in kaart gebracht. De semi-gestructureerde vragenlijsten worden opgesteld aan de hand van concepten uit CREM waarbij nadruk wordt gelegd op het maximaliseren van de financiële waarde van vastgoed en factoren die financierbaarheid beïnvloeden.

De drie ziekenhuizen zijn middelgroot tot groot en hebben allen nieuwbouwplannen in een (ver)gevoerd stadium. Er wordt bewust gekozen voor minimumvariatie om kwalitatief zoveel mogelijk vergelijkbare situaties te creëren om onderlinge vergelijking mogelijk te maken. Daarnaast zijn er tussen ziekenhuizen die niet in de nabije toekomst gaan renoveren of nieuwbouw plegen en ziekenhuizen die dat wel doen, grote verschillen met betrekking tot de problematiek rondom integrale tarieven. Binnen het tijdsbestek van dit onderzoek voert het te ver deze verschillen uit te werken. De resultaten van onderzoek zullen aan de betrokkenen worden teruggekoppeld teneinde een juiste interpretatie van gegevens mogelijk te maken.

Met dit deel van het onderzoek zal deelvraag 6 volledig kunnen worden beantwoord.

Documentenanalyse

Van zowel betrokken ziekenhuizen als financiers zullen relevante documenten worden geanalyseerd. Dit zal o.a. jaarverslagen betreffen, strategische beleids- en jaarplannen, Lange termijn Huisvestingsplannen (LTHP), financieringsmodellen en notulen van vergaderingen. Selectiecriteria bij de betrokken ziekenhuizen is dat het betreffende document iets zegt over het gevoerde vastgoedbeleid, bij financiers gaat het om het vaststellen van risicoprofielen, financieringseisen en – vormen.

4.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Tijdens het onderzoek kan systematische vertekening van verkregen informatie optreden door de gekozen invalshoek, de subjectiviteit van de onderzoeker of door de toegepaste onderzoeksmethode. In het voorgestelde onderzoek zal dit zoveel mogelijk worden voorkomen door gebruik te maken van

verschillende databronnen en meerdere methoden van onderzoek (triangulatie): literatuur, documenten en interviews. Daarnaast zal tijdens de beginfase van het onderzoek en bij de data-analyse feedback worden gevraagd aan twee personen, waarvan de eerste bekend is met het onderzoeksveld en de tweede persoon niet. Dit betreffen Sjoerd van Breda, commercieel manager gezondheidszorg Fortis en Hanne Muller, orthopedisch chirurg en ICT-consultant in de zorgsector.

Het open design van de gevalstudie vraagt om maatregelen die bijdragen aan de controleerbaarheid van werkwijze en gegevens die tot de onderzoeksbevindingen hebben geleid.

Door het gedurende het onderzoek bijhouden van een logboek, databestand en het volgen van het vooraf opgesteld onderzoeksontwerp wordt hieraan zoveel mogelijk tegemoetgekomen.

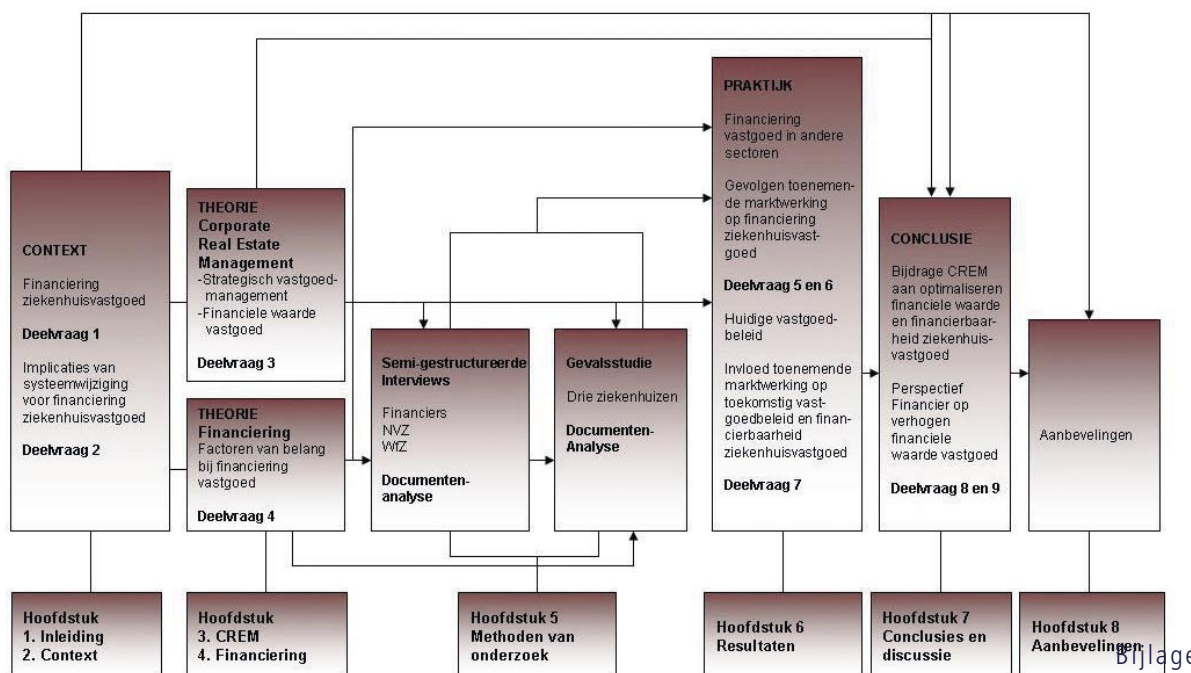
De externe validiteit in dit onderzoek is beperkt, vanwege het geringe aantal cases en geïnterviewden. Voor wat betreft het perspectief van de financiers kan wel waarde worden gehecht aan de onderzoeksresultaten, aangezien de banken waar onderzoek wordt verricht, ruim driekwart van het marktaandeel bezitten van het geheel aan financieringen van ziekenhuisvastgoed in Nederland (Van Breda 2006).

4.5 Data analyse

Voor het analyseren van documenten en interviews zal het analysemodel van Baarda et al worden gebruikt. Aan tekstfragmenten worden labels toegekend die relevant zijn voor het beantwoorden van de probleemstelling. Concepten uit het theoretisch kader zullen hiervoor de basis vormen. Na het ontwikkelen van een voorlopig labelingsysteem wordt dit vervolgens toegepast op nieuwe gegevens van vergelijkbare ziekenhuizen/financiers. T.a.v. de geldigheid dient rekening gehouden te worden met het feit dat weinig bestaande interviews op dit gebied voorhanden zijn en het systeem in principe op net zoveel geïnterviewden dient te worden uitgetest als het geplande aantal voor het onderzoek. Na het vinden van de kernlabels worden deze gedefinieerd. Onderzoeksbegrippen worden hierbij omschreven. Tot slot wordt de probleemstelling beantwoord. Bij het beschrijven van de gevonden begrippen wordt aangegeven hoe belangrijk ze zijn en in welke zin (hiërarchische ordening).

Deelvraag 8 en 9 worden na de analyse zorgvuldig beantwoord.

4.6 Conceptueel onderzoeksmodel



Figuur 3 Onderzoeksmodel: 'Perspectief financier op strategisch vastgoedmanagement ziekenhuizen'

5. Verwachte resultaten

De hoofdthema's uit het onderzoeksresultaat zullen worden gepositioneerd ten opzichte van vergelijkbare onderzoeken, in het bijzonder ten opzichte van de eerder genoemde onderzoeken van Niemeijer, Van Hasselt en Soebiantono.

De verwachting is dat financiers zich naar ziekenhuizen niet anders zullen opstellen zolang er nog onder de voorwaarden van de WZV kan worden gebouwd en ziekenhuizen niet failliet kunnen gaan. Een en ander zal afhankelijk zijn van de positie van het WfZ in het nieuwe systeem en de aanwezigheid van een transitiefaciliteit, wat mogelijk het weerstandsvermogen van ziekenhuizen kan versterken. Zodra ziekenhuizen volledig op hun exploitatie aangewezen zijn voor de dekking van kapitaalslasten en de overheid kan niet meer worden aangesproken voor financiële ondersteuning, dan zullen banken marktconforme eisen stellen en aanvullende zekerheden vragen.

Afhankelijk van de resultaten, kan aanvullend onderzoek worden gedaan naar verschillen in het strategische vastgoedmanagement bij ziekenhuizen van verschillende omvang en/of van ziekenhuizen zonder renovatie- of bouwplannen in de nabije toekomst.