

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

*Over de mogelijkheden en beperkingen van de opname van kapitaallasten van ziekenhuizen
in de DBC prijzen, in relatie tot de onderhandelingen met zorgverzekeraars*

*Erasmus Universiteit Rotterdam
Master Zorgmanagement 2007 – 2008
Masterscriptie*



Naam: G.J.A. van Balen
Studentnummer: 287267
Begeleider: Drs. B.M. van Ineveld
Meelezer: Drs. E. A. de Knecht RA
Datum: 13 juni 2008

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	5
Samenvatting	6
Summary.....	9
1. Inleiding.....	11
1.1 Doelstelling.....	13
1.2 Probleemstelling.....	13
1.3 Deelvragen.....	13
1.4 Opbouw van scriptie.....	14
2. Theoretisch kader.....	15
2.1 Marktwerking in de gezondheidszorg.....	15
2.1.1 De hoofdlijnen van de geïntroduceerde marktwerking.....	15
2.1.2 Diagnose behandelcombinaties en kostprijzen	17
2.1.3 Onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar	18
2.2 Marktwerking en vastgoed van ziekenhuizen.....	19
2.2.1. Wetgeving en regulering van vastgoed	19
2.2.2 Investerings van zorginstellingen.....	20
2.2.3 Bekostiging van kapitaallasten.....	21
2.2.4 Normatieve Huisvestingslasten Component.....	22
2.3 Actief vastgoedbeheer van ziekenhuizen.....	23
2.3.1 Actief vastgoedbeheer	23
2.3.2 Strategische modellen	24
2.3.2.1 Het vijfkrachtenmodel van Porter	24
2.3.2.2 De Balanced Scorecard	25
2.3.2.3 Het INK model.....	25
2.3.2.4 Het HKZ model	26
2.4 Actuele theoretische modellen rond vastgoedbeheer.....	26
2.4.1 Corporate Real Estate Management (CREM)	26
2.4.2 Real Estate Asset Management (REAM)	28
2.5 De rol van de zorgverzekeraar.....	29
2.6 Conclusie.....	31
3. Methodologie.....	34
3.1 Onderzoeksdesign en wijze van dataverzameling	34
3.2 Validiteit en betrouwbaarheid.....	34
3.3 Instellingen en respondenten.....	35

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

3.4 Conceptueel model.....	36
4. Resultaten en Analyse.....	37
4.1 DESIGN: het vastgoedontwerp.....	37
4.1.1 Algemene situatie rondom vastgoed in het verleden.....	37
4.1.2 Hedendaagse situatie.....	38
4.1.3 Situatie in de toekomst.....	40
4.1.4 Veranderingen in regelgeving.....	42
4.1.5 Conclusie.....	43
4.2 FINANCE: financiering van vastgoed.....	43
4.2.1 Vastgoedfinanciering.....	43
4.2.2 Conclusie.....	46
4.3 BUILD: Strategie en bouw van vastgoed.....	46
4.3.1 (Strategische) overwegingen rondom het beheer van vastgoed.....	46
4.3.2 Conclusie.....	49
4.4 MARKETING & REIMBURSEMENT: zorginkoop door de zorgverzekeraar.....	50
4.4.1 Algemene invloed van veranderingen op zorginkoopbeleid verzekeraar.....	50
4.4.2 Verandering in strategie of zorginkoopbeleid verzekeraar in de toekomst.....	52
4.4.3 Onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.....	54
4.4.3.1 Prijs.....	55
4.4.3.2 Volume.....	56
4.4.3.3 Kosten.....	57
4.4.3.4 Kwaliteit van zorg.....	57
4.4.4 Conclusie.....	58
4.6 OPERATE: Ziekenhuisbeleid op termijn.....	59
4.6.1 Korte termijn.....	59
4.6.2 Middellange en lange termijn.....	64
4.6.3 Conclusie.....	65
4.7 Mogelijkheden en beperkingen voor ziekenhuizen.....	67
4.7.1 Mogelijkheden.....	67
4.7.2 Beperkingen voor ziekenhuizen.....	70
4.7.3 Conclusie.....	74
5. Samenvatting en conclusie.....	76
5.1 Beantwoording deelvragen.....	76
5.2 Beantwoording probleemstelling.....	82
6. Discussie en aanbevelingen.....	85
6.1 Discussie.....	85
6.2 Aanbevelingen.....	86

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

7. Literatuurlijst	91
8. Lijst met afkortingen	95
Bijlage 1 – Vragenlijst ziekenhuis	96
Bijlage 2 – Scenario's	98
Bijlage 3 – Uitkomsten scenarioanalyse	99

Voorwoord

“Flexibiliteit is belangrijk; je moet je kunnen aanpassen aan elke verwachte of onverwachte verandering.”

- Respondent

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie van de master Zorgmanagement, dat ingaat op de opname van kapitaallasten van ziekenhuizen in de DBC prijzen en de mate waarin een verschuiving plaats kan vinden van een passief naar een actief vastgoedbeheer.

Zoals een respondent in een interview naar voren bracht, is een flexibele instelling en werkwijze belangrijk op weg naar een goed resultaat. Mijn flexibiliteit en geduld zijn bij het uitvoeren van dit onderzoek meerdere malen op de proef gesteld, maar steeds werd ik enthousiaster om elke vervolgstap in dit onderzoek te zetten. De achterliggende periode kenmerkt zich door het voeren van gesprekken met mijn begeleider, studiegenoten, collega's en vrienden, het houden van interviews, het schrijven en herschrijven van theorie en resultaten, het aanpassen aan verwachte en onverwachte veranderingen en mijn gedrevenheid om vier jaar BMG af te ronden.

Bij deze wil ik graag iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van deze masterscriptie. Allereerst mijn begeleider, dhr. B.M. van Ineveld, voor zijn inzichten en tips die mij gestimuleerd hebben dit onderzoek uit te voeren. Daarnaast dhr. E. A. de Knecht, voor zijn bereidheid de taak als meezer zonder meer op zich te nemen. Dank ook aan mijn respondenten, die allen meer dan bereid waren mee te werken aan dit onderzoek. Mijn vriend, familie en vrienden, bedank ik voor hún geduld, flexibiliteit en steun tijdens het afronden van mijn studie.

Bettie van Balen
Rotterdam
Juni 2008

Samenvatting

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heeft in 2005 aangekondigd de kapitaallasten van ziekenhuizen door te laten berekenen in de DBC kostprijzen. De overheid heeft becijferd dat de kosten van huisvesting ongeveer 12,5% van de totale kosten van een instelling uitmaken. De afschrijvingen en rentekosten vormen daarvan het grootste deel. Ziekenhuizen worden door deze maatregelen gedwongen anders over vastgoed na te denken. Door het afschaffen van het huidige bouwregime en het verantwoordelijk maken van zorgaanbieders voor de kapitaallasten, worden aanbieders gestimuleerd om van een passief vastgoedbeleid te komen tot een actief beheer van en ondernemerschap in vastgoed.

In dit onderzoek staat de opname van kapitaallasten in de DBC prijzen en de invloed hiervan op het interne vastgoedbeleid van ziekenhuizen centraal en wordt gekeken naar veranderingen in de onderhandelingen met zorgverzekeraars op dit punt. Daarnaast worden mogelijkheden en beperkingen voor ziekenhuizen geanalyseerd en de mate waarin zij tot een actief vastgoedbeheer komen.

De theorie verschaft hierin zowel sectoroverstijgende als sectorspecifieke modellen. Het Corporate Real Estate Management model (CREM) en het Real Estate Asset Management model (REAM) bieden in eerste instantie een strategische visie op vastgoed. Het CREM doet dit door (strategische) ondernemingsdoelstellingen te verbinden met het tactische en operationele niveau in een organisatie. Dit model kan vooral in het bedrijfsleven uitkomst bieden. Het REAM model gaat specifiek in op de vastgoedsituatie van ziekenhuizen en biedt inzicht in het spanningsveld tussen financiële doelstellingen en ambities van medewerkers. Ook geeft het suggesties voor het verwerven van vastgoed op korte, middellange en lange termijn.

Door middel van dertien semi-gestructureerde interviews met de belangrijkste actoren in het veld (vijf ziekenhuizen, drie zorgverzekeraars) en twee adviesorganisaties en het CBZ en de NVZ, wordt een oordeel gevormd over de invloed van de veranderende wetgeving op vastgoedbeleid van ziekenhuizen. Aan respondenten zijn twee scenario's voorgelegd. Deze werkwijze verhoogt de validiteit van het onderzoek en geeft tevens een goed beeld van de toekomstige situatie voor ziekenhuis en zorgverzekeraar.

De bevindingen van dit onderzoek zijn aan de hand van een DFBMO model geanalyseerd. De uitkomsten hebben betrekking op het ontwerp ('Design') van vastgoed voor ziekenhuizen,

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

de financiering ('Finance'), de bouw ('Building'), de bekostiging in relatie tot de onderhandelingen met zorgverzekeraars ('Marketing & Reimbursement') en tot slot de mogelijkheden en beperkingen in verschillende stadia ('Operate').

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat ziekenhuizen tot op heden nog steeds een afwachtende, passieve houding aannemen. Goede kennis op vastgoedgebied is grotendeels afwezig en ziekenhuizen maken nog geen definitieve keuzes op dit gebied, mede door de onzekerheid over de toekomst.

Bij een actief vastgoedbeheer behoort het vastgoed tot de kernactiviteiten van een organisatie. In de zorg is dit niet mogelijk; daarin staat de patiëntenzorg centraal, waarbij het vastgoed een ondergeschikte rol krijgt toebedeeld. Een volledige actief vastgoedbeheer is dus niet mogelijk. Tussen het passief en actief vastgoedbeheer is sprake van een geleidende schaal. Ziekenhuizen denken actiever na over het aanwenden van hun vastgoed, waardoor hun positie ook niet puur passief is te noemen. Daarnaast kan een strikte vastgoedfocus ten koste gaan van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Ziekenhuizen ontwikkelen op dit gebied wel activiteiten en hebben voornemens om tot een actiever beheer te komen; dit blijft echter wel bij ideeën, definitieve keuzes of strategieën op dit gebied, zijn nog niet gemaakt.

Er wordt meer druk gelegd op het spanningsveld tussen het interne (productie, bezettingsgraad) en externe (verkoop, marketing) beleid van een ziekenhuis. Vooral de ziekenhuizen die nieuwbouw realiseren, zullen boven de door de overheid berekende 12,5% kapitaallasten uitkomen. Ziekenhuizen zullen hun productie moeten optimaliseren en optimaal gebruik moeten maken van bestaande gebouwen en ruimtes, zorglogistiek ('capaciteitsmanagement') en werktijden van de medewerkers. Ziekenhuizen denken na over de vraag hoe zij in de toekomst hun ruimtes optimaal kunnen benutten en het vastgoed op alternatieve wijze kunnen gebruiken. Initiatieven die nu al worden ontplooid zijn onder andere het exploiteren van winkels, inrichten van zorgboulevards en inhuren van andere zorgaanbieders of -verleners. Ziekenhuizen kunnen zich op deze manier van elkaar onderscheiden. Dit kunnen zij ook doen door verliesgevende delen af te stoten en zich meer te specialiseren. Beperkingen hebben vooral te maken met de historie van het gebouw, waardoor bepaalde ziekenhuizen een overschot aan vierkante meters hebben. In een meer risicodragende tijd zullen banken een hogere risico-opslag vragen. Zij zijn niet verzekerd van een hoog rendement, waardoor zij dat risico af willen dekken.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

De invloed die het opnemen van kapitaallasten op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft, is volgens beide actoren nog niet goed te voorspellen. Er vindt in de onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gedragsverandering plaats. Zorgverzekeraars zijn nog niet bereid zich te committeren aan de kapitaallasten van een instelling. De kern van de onderhandelingen zal vooral gericht zijn op het volume in relatie tot de prijs. Ziekenhuizen willen de verzekeraar vooral een totaalpakket aanbieden, een integrale kostprijs, waarin de kapitaallasten al verdisconteerd zijn. Verzekeraars zeggen het ongelijke speelveld, veroorzaakt door verschillende bouwstadia van ziekenhuizen, een beperking te vinden. Dit is echter niet te voorkomen in de verschuiving van een statische naar een meer dynamische marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg.

Summary

The minister of Health, Welfare and Sport announced in 2005 that hospitals would have to incorporate capital expenditure on real estate in the prices of so-called diagnosis / treatment combinations. The government has calculated that these costs of real estate constitute 12,5% of the total costs of care. The costs of write down and interest represent the biggest part. Hospitals are forced to change their views on their real estate. By abolishing the current building procedures and making hospitals responsible for their own capital expenditure, the providers of care will be stimulated to go from passive real estate management to active management and entrepreneurship in real estate.

In this thesis the incorporation of capital expenditure on real estate in the diagnosis / treatment combinations and its influence on internal real estate management is investigated. Changes in negotiations with health care insurers are also subjects of interest. Furthermore possibilities and limitations for hospitals are analysed together with the degree in which hospitals are developing active real estate management.

In the literature two different models are described: The Corporate Real Estate Management model (CREM) and the Real Estate Asset Management model (REAM). Both provide organizations with a strategic vision on real estate. The CREM model links organizational objectives to tactical and operational levels. The REAM model discusses the real estate situation of hospitals and offers insight into the tension between financial goals and ambitions of employees. It also offers suggestions with regard to acquiring real estate in short, medium or long term.

By means of thirteen semi-structured interviews with the most important participants (five hospitals, three healthcare insurers), two advisory bodies, the Board for hospital building (CBZ) and the Dutch association of hospitals (NVZ), a judgement is formed about the influence of changing legislation on the development of active real estate management. The respondents judged two scenarios. This method increases the validity of this research and reflects an interesting picture of the situation in which hospitals and health care insurers find themselves at present.

The findings of this research are analysed in accordance with the DFBMO model. Results of this analysis are related to 'Design', 'Finance', 'Building', 'Marketing & Reimbursement',

'Operate' and to inherent possibilities or limitations in active real estate management in different stages.

Active real estate management is still absent in Dutch hospitals which is understandable because real estate is not their core business; in addition it may, theoretically speaking, negatively affect accessibility, expenditure and quality of health care. The core business of hospitals is quality care for patients. Real estate gets a subordinate role. That is why a pure active real estate management is not possible in health care. Passive and active real estate management however can be judged on a scale. From this research it becomes clear that hospitals still adopt a passive attitude regarding real estate. Knowledge of real estate is generally absent and hospitals do not make clear-cut decisions in real estate management, probably because future developments are uncertain. Hospital managers are not used to thinking strategically. They are all of the opinion that supervision by and cooperation with the Board of Directors is necessary.

More pressure is brought to bear on the relation between internal policy (production, capacity utilization) and external policy (sales, marketing) of the hospital. Expenditure of hospitals realizing new estate will exceed the 12,5% calculated by the government. Hospitals will have to make optimal use of their production, premises, logistics in health care ('capacity management') and working hours of employees. Hospitals are already thinking about better ways of utilizing their premises more efficiently e.g. starting up shops and new institutions providing different types of health care. In such a way hospitals can distinguish themselves from other hospitals. They may also close down loss-making branches enabling them to specialize in certain fields. The history of the hospital is a possible source of limitations as a result of which they may have a surplus of square meters. Confronted with higher risks, banks may demand a higher interest rate.

The influence of integrated prices in health care on the purchase of care by health insurers is not yet predictable. The character of negotiations between hospital and insurers is changing and health insurers are not yet willing to commit themselves to the costs of real estate in the long term. Negotiations will focus on the volume and prices of products. Hospitals wish to offer the insurers integrated prices, including capital expenditure on real estate. Health care insurers say problematic situations are created by the different stages in the realization of new estate. Such problems are, however, unavoidable in the development from a static to a more dynamic market in the Dutch health care system.

1. Inleiding

In de bekostiging van zorginstellingen vinden de komende jaren grote veranderingen plaats. Eerder is de prestatiebekostiging op basis van DBC's gestart en zijn ziekenhuizen de DBC's gaan registreren. De komende jaren is er sprake van een 'transitietraject', op weg naar vrije prijsvorming en een steeds verdere verruiming van onderhandelbare DBC's in het B-segment.

Het ministerie van VWS wil de komende jaren belangrijke stappen nemen in het bekostigingsstelsel van de gezondheidszorg:

'Het segment met vrije prijsvorming wordt komend jaar uitgebreid naar 20 procent. Ik zal bezien of deze uitbreiding zo succesvol is dat in 2009 een verdere uitbreiding kan volgen tot 30 of 40 procent. Het bouwregime wordt in 2008 afgeschaft. In 2009 wordt de budgetteringsystematiek voor de ziekenhuizen afgeschaft waardoor de prestatiebekostiging ook voor de ziekenhuizen wordt ingevoerd. Vanaf 2009 gelden er integrale overwegend vrije tarieven, waarin ook de kapitaallasten zijn opgenomen. Zorgaanbieders bepalen zelf of en welke investeringen ze treffen. Ze moeten dit wel zelf terugverdienen door het leveren van DBC's.' (Klink, 2007)

In het jaar 2009 worden de kapitaallasten dus opgenomen in de DBC prijs en zullen zorgaanbieders dit gedeeltelijk of niet meer door nacalculatie terugkrijgen. Kapitaallasten kunnen volgens de NZa (2007) worden uitgesplitst in de volgende drie onderdelen:

1. Afschrijvingen vaste activa. Dit bestaan uit gebouwen en installaties en uit inventarissen.
2. Afschrijvingen immateriële activa. Bijvoorbeeld goodwill.
3. Vermogenskosten. Hier valt een onderscheid te maken tussen de rente op vreemd vermogen en de inflatievergoeding die over het eigen vermogen wordt toegerekend.

Kosten voor huisvesting maken ongeveer 12,5% uit van de totale kosten van een instelling (Fritzsche et al. 2004). De afschrijvingen en de rentekosten vormen hierbij de grootste bijdragen (NZa, 2007). Door het afschaffen van het bouwregime en het verantwoordelijk maken van zorgaanbieders voor de kapitaallasten, worden aanbieders gestimuleerd om van een passief vastgoedbeleid te komen tot een actief beheer van en ondernemerschap in het vastgoed.

De definitie die voor passief vastgoedbeheer in dit onderzoek wordt gebruikt, luidt als volgt:

'Passief vastgoedbeheer is het gebruiken van vastgoed als een ondergeschikt productiemiddel, waarbij sprake is van beperkt financieel risico en er geen prikkel aanwezig is dat aanzet tot effectieve en doelmatige aanwending van dit kapitaal.'

Dit betreft het risicoloze bouwregime dat voorheen werd gevoerd, waarbij zorginstelling geen prikkel hadden om hun vastgoed optimaal te beheersen. Daartegenover staat het actief vastgoedbeheer, wat als volgt wordt gedefinieerd:

'Actief vastgoedbeheer is het gebruiken van het vastgoed als hoofdactiviteit van een organisatie. Daarnaast speelt het zo effectief en doelmatig mogelijk aanwenden van dit kapitaal bij een volledige verantwoordelijkheid voor de financiële risico's een rol.'

Bij een actief vastgoedbeheer is het vastgoed van de organisatie de kernactiviteit. Daarnaast staat het zo goed mogelijk terugverdienen van de kapitaallasten in de zorgproductie en 'strijden' om de gunst van de zorgconsument op het gebied van omvang, kwaliteit en prijs centraal. Financiële risico's en marktwerking in de zorg die vraagt om een goede strategisch positie van de instelling in een concurrentiestrijd, worden verbonden aan het vastgoedbeleid zorg ervoor dat instellingen innovatiever, doelmatiger en klantgerichter te werk gaan. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen meer vrijheid in het bepalen van de aspecten die voor de klant belangrijk zijn.

'Voor die omslag naar meer ondernemend gedrag is het onder andere nodig dat aanbieders van zorg zelf verantwoordelijk worden voor hun productie, waaronder hun investeringen in gebouwen, apparatuur etc. en dus zelf de kapitaallasten en – lusten dragen.' (VWS, 2006).

Dit schept voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogelijkheden, maar zullen ook beperkingen met zich meebrengen. Zorgaanbieders worden gestimuleerd te zorgen voor een doelmatige aanwending van middelen en kunnen investeringsbeslissingen flexibeler nemen. Door de mogelijke komst van nieuwe toetreders zullen zorginstellingen meer inspelen op de marktsituatie en de zorgvraag van de klant (Van der Meulen, 2004). Zorgverzekeraars krijgen in het nieuwe zorgstelsel een sturende rol en kunnen hun klanten sturen naar het ziekenhuis met een goede prijs-kwaliteit verhouding. Dit heeft invloed op de bezettingsgraad die nu tevens de vaste kosten van de zorginstelling moet dekken.

In dit onderzoek wordt gefocust op het vastgoed van ziekenhuizen: de kapitaallasten van gebouwen. Er wordt onderzocht hoe ziekenhuizen met bestaande vastgoedinvesteringen deze kapitaallasten zo goed mogelijk kunnen terugverdienen bij integrale tarieven in de zorg. Omdat er steeds meer concurrentie in de zorgsector komt, komt de nadruk op kostenbeheersing te liggen. De opname van vaste kosten van instellingen in de DBC's heeft invloed op de normale bezetting van ziekenhuizen. Deze normale bezetting is gebaseerd op de begroting van het ziekenhuis. De werkelijke bezetting is het aantal dat uiteindelijk wordt gerealiseerd. Deze werkelijke en normale bezetting van ziekenhuizen krijgt een belangrijke betekenis in het terugverdienen van de kapitaallasten. Hierdoor kunnen prijs- en efficiencyverschillen ontstaan. Door de veranderingen in het bekostigingsstelsel van de gezondheidszorg is de invloed van deze aspecten op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg een duidelijk punt van aandacht.

1.1 Doelstelling

Uit voorgaande paragraaf blijkt dat dit onderwerp praktisch van aard is en maatschappelijke relevantie bezit. Het is tevens ook wetenschappelijk relevant, omdat dit onderzoek zich baseert op wetenschappelijke onderzoeksmethoden en de uitkomsten uit het onderzoek zullen bijdragen aan de theorie die over dit onderwerp beschikbaar is. Hierbij is de volgende doelstelling geformuleerd, die vervolgens wordt uitgewerkt in een probleemstelling en deelvragen:

Het doel van dit onderzoek is om aanbevelingen te doen aan ziekenhuizen die bij de opname van kapitaallasten in de DBC prijs van een passief naar een actief vastgoed beheer dienen te komen. Dit staat in een directe relatie met de onderhandelingen en het zorginkoopbeleid van de betrokken zorgverzekeraars.

1.2 Probleemstelling

Wat zijn mogelijkheden en beperkingen voor ziekenhuizen om tot een actief beheer van bestaande vastgoedinvesteringen te komen, mede gerelateerd aan de onderhandelingen met zorgverzekeraars?

1.3 Deelvragen

Theorie

1. Hoe wordt gereguleerde marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg vormgegeven?
2. Wat is de invloed van gereguleerde marktwerking op het vastgoed van ziekenhuizen?

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

3. Wat wordt verstaan onder actief vastgoedbeheer van ziekenhuizen?
4. Welke actuele theoretische modellen rond actief vastgoedbeheer sluiten aan bij de gereguleerde marktwerking in de zorg?
5. Welke rol speelt de zorgverzekeraar in de bekostiging van kapitaallasten van ziekenhuizen?

Praktijk

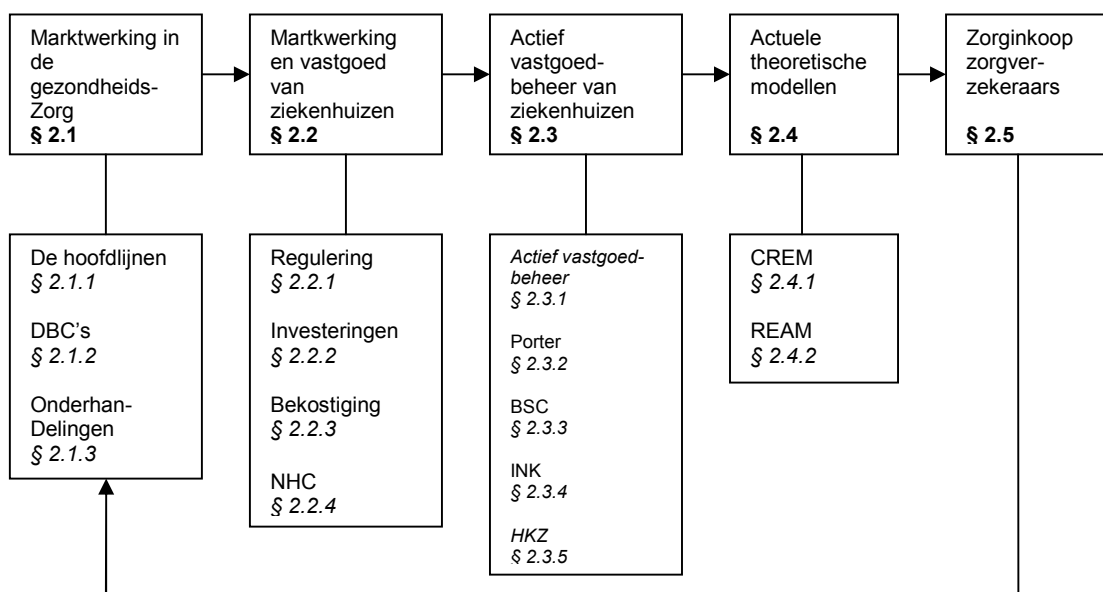
6. Welke strategieën kennen ziekenhuizen om van een passief naar een actief vastgoedbeheer te komen?
7. Hoe wordt het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar beïnvloed door de opname van vastgoedlasten in de DBC prijs?
8. Hoe veranderen onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar?
9. Wat betekent dit voor de bezettingsgraad en bekostiging van ziekenhuizen op basis van DBC's?
10. Wat zijn mogelijkheden en beperkingen voor ziekenhuis en zorgverzekeraar bij het opnemen van kapitaallasten in de DBC prijs?

1.4 Opbouw van scriptie

Nu de probleemstelling en de deelvragen zijn geformuleerd, volgt in het volgende hoofdstuk het theoretisch kader. Hier zullen de vragen in een (literaire) context worden geplaatst en zullen belangrijke begrippen worden verduidelijkt. Hierdoor kunnen de uitkomsten van het daadwerkelijke onderzoek worden geanalyseerd met behulp van deze theorie. De manier waarop het onderzoek is uitgevoerd, wordt uitgelegd in hoofdstuk 3. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de resultaten besproken en vindt er tevens een analyse plaats. Hierna volgt in hoofdstuk 5 een samenvatting en conclusie en wordt in hoofdstuk 6 afgesloten met een discussie en aanbevelingen. Daarnaast is een literatuurlijst, een lijst met afkortingen en zijn verschillende bijlagen toegevoegd.

2. Theoretisch kader

In het vorige hoofdstuk zijn de doelstelling, probleemstelling en deelvragen gepresenteerd. Ook is er een context weergegeven van de veranderingen die de volgende jaren in de zorg worden verwacht. In dit theoretisch kader zal er theorie worden besproken die belangrijk en relevant is voor dit onderzoek. Tevens zullen alle belangrijke begrippen die worden onderzocht, worden uitgelegd. In de volgende figuur is het theoretisch kader, naar aanleiding van de probleemstelling en deelvragen, schematisch weergegeven, waarbij de verbanden tussen de paragrafen en samenhang tussen de verschillende onderdelen is weergegeven.



Figuur 1 – Theoretisch kader in schema

2.1 Marktwerking in de gezondheidszorg

In Nederland is door de invoering van de Zorgverzekeringswet, de marktwerking in 2006 een feit geworden. Na jaren van overleg en debat, het plan Simons, de commissie Dekker, de nota 'Vraag aan bod' (tweede Kabinet-Kok, 2001) en het strategisch Akkoord van het eerste kabinet-Balkenende die allen in het teken hebben gestaan van een meer vraaggerichte gezondheidszorg, is de afschaffing van de Ziekenfondswet en de invoering van de Zorgverzekeringswet in het jaar 2006 uitgevoerd (Zuurbier et al, 2004:11).

2.1.1 De hoofdlijnen van de geïntroduceerde marktwerking

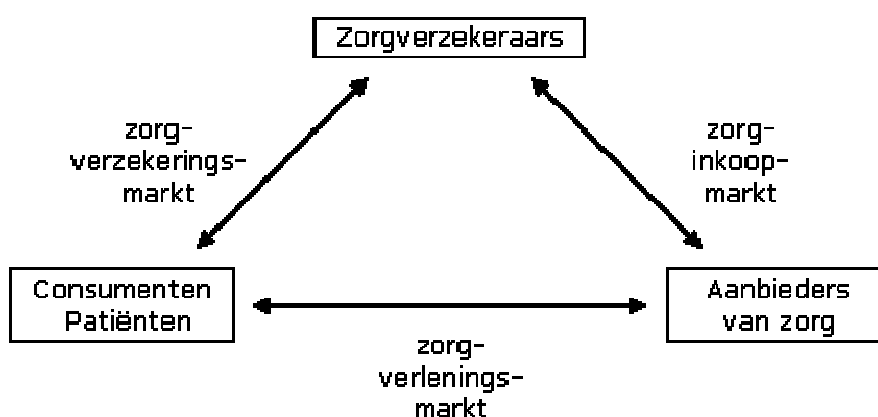
De krachten van de vraag en het aanbod moeten voor een doelmatige aanwending van middelen zorgen, zonder dat er een maximale besteding kan worden vastgesteld. Veel van de wetgeving was er voorheen op gericht om de totale kosten van zorg te beheersen, in te

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

kaderen in het Budgettaire Kader Zorg en proberen te reguleren via prijs- en planningswetgeving (RVZ, 2006).

De overheid heeft altijd een grote rol gespeeld in kostenbeheersing. Deze richtte zich voorheen vooral op de aanbodzijde. Via planrichtlijnen (WZV) en het richtlijnenstelsel voor tarifiering (WTG) beïnvloedde ze de capaciteit en de prijs van de zorg. Aan de vraagzijde waren de kosten via de AWBZ en de Ziekenfondswet moeilijker te beheersen. Midden jaren '80 werd marktwerking als alternatief voor deze beheersing voorgesteld (Boot en Knapen, 2001:265).

Marktwerking beoogt, net als de plan- en tariefwetgeving zoals hiervoor genoemd, het bevorderen van het doelmatig handelen van de verschillende actoren in de gezondheidszorg: de aanbieders, verzekeraars en de gebruikers (Boot en Knapen, 2001:266). Dit betreft de volgende drie deelmarkten (Ibid.:268):



Figuur 2: markten in de gezondheidszorg

Beslissingen die worden genomen op de zorginkoopmarkt (waar zorgverzekeraars zorg inkopen namens de verzekerde) kunnen directe invloed hebben op de zorgverleningsmarkt (waar de daadwerkelijke zorg aan de patiënt wordt verleend). De inhoud van het verzekeringspakket zorgt voor gevolgen voor processen op de zorginkoop- en zorgverleningsmarkt. Het plan Simons (1993) voor de invoering van een basisverzekering voor iedereen, betrof vooral een hervorming van de markt voor de zorgverzekering en zorginkoop, waarbij verzekeraars met aanbieders onderling moeten concurreren (Boot en Knapen, 2001:268).

Met de komst van de ZVW moeten zorgverzekeraars de concurrentiestrijd aangaan ten gunste van de verzekerde. Beide partijen moeten zoveel mogelijk met elkaar tot afspraken komen door het sluiten van zorgcontracten over prijs, volume en kwaliteit van zorg (Zuurbier, 2004:11). Dit moet ertoe leiden dat zuinig, kostenefficiënt gedrag van verzekerden, verzekeraars als hulpverleners wordt beloond en inefficiënt gedrag wordt afgestraft (Boot en Knapen, 2001:266). Er worden dus maatregelen genomen om de concurrentie te bevorderen, maar ook financiële prikkels ingesteld om doelmatig gedrag te bevorderen. Een aantal van deze marktbeïnvloedende instrumenten bestond al eerder: het eigen risico of de eigen bijdrage, de concurrentie tussen particuliere ziektekostenverzekeraars in onder andere pakket en premie en de honoreringsstructuur van specialistische verrichtingen (Boot en Knapen, 2001:268).

2.1.2 Diagnose behandelcombinaties en kostprijzen

De behandeling van patiënten is uit verschillende activiteiten samengesteld: diagnose, behandeling, verpleging, verzorging e.d.). De aard en de omvang hiervan is afhankelijk van de zorgbehoefte van de patiënt (Lapré et al. 2003:124). Al deze activiteiten samen vormen een zogenaamd 'zorgpad', waaraan kostprijzen kunnen worden gehangen: de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Dit is de basis voor het nieuwe bekostigingssysteem in de gezondheidszorg. Begrippen als transparantie, marktwerking en prestatiegerichte bekostiging vormen daarbij de uitgangspunten (Zuurbier et al, 2004:29). De transparantie in het aanbod zal gerealiseerd worden door contracten over DBC's af te sluiten met de zorgverzekeraar. Er is sprake van een prestatiebekostiging door een prijs per DBC met een ziekenhuisdeel en een honorariumcomponent (het salaris van de medisch specialist) (Ibid.:31).

Het ziekenhuis wordt daarbij op bepaalde vlakken een meer ondernemende en marktgeoriënteerde organisatie. Kostprijzen gaan een grote rol spelen ter ondersteuning van de interne bedrijfsvoering: er ontstaat hierdoor een directe relatie tussen productie, opbrengsten en kosten via de DBC (Zuurbier et al. 2004:30). De ziekenhuiszorg wordt daarbij ingedeeld in twee segmenten: het A-segment en het B-segment. Het A-segment is het deel dat bekostigd blijft op basis van het huidige ziekenhuisbudget (acute zorg, beschikbaarheidfunctie) en het B-segment bestaat bij voorkeur uit electieve producten, waarbij ziekenhuizen en zorgverzekeraars worden verplicht tot niet collectieve, vrije prijsonderhandelingen (20% van de DBC's in 2007) (Ibid.).

In de gezondheidszorg telt niet alleen de hoeveelheid geleverde zorg (bv. verpleegdagen, aantal behandelingen, tests), maar ook het effect op de gezondheid en patiënttevredenheid

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

(Lapré et al. 2001:121). Productiefactoren bestaan o.a. uit arbeid (vaste en variabele kosten) en kapitaalgoederenvoorraad (vaste kosten). De kapitaalgoederenvoorraad bestaat uit een aandeel afschrijvingen en rente die wordt bepaald door het moment van de investering (de toen geldende marktrente) en het afschrijvingsysteem (Ibid.:122). Door o.a. meer productie te draaien en een hoge bezettingsgraad te genereren, kunnen ziekenhuizen de vaste kapitaallasten terugverdienen.

De verandering die in de DBC kostprijs plaatsvindt bij de opname van kapitaallasten heeft hoofdzakelijk invloed op de normale bezetting van ziekenhuizen. De kostprijs van een DBC is schematisch als volgt weer te geven:

$$\begin{array}{rcc} & \text{Variabele kosten} & & \text{Vaste kosten} \\ \text{Kostprijs:} & \text{-----} & \times & \text{-----} \\ & \text{Werkelijke bezetting} & & \text{Normale bezetting} \end{array}$$

De werkelijke (gerealiseerde) kosten worden voor een belangrijk deel bepaald door adherentie en marktaandeel van het ziekenhuis. De vaste kosten betreffen die vaste afschrijvinglasten van de instellingen op kapitaal, maar ook andere vaste kosten zoals de opslag van de indirecte kosten. Het is belangrijk voor ziekenhuizen om alle kosten die worden gemaakt, nu inclusief de kapitaallasten, te dekken. Er is dan sprake van een 'drempelwaarde' waarboven een ziekenhuis moet komen om break-even te draaien of een bepaalde winst te genereren. Wanneer dit niet lukt, zal er sprake zijn van verlies en zijn de vaste kosten niet gedekt. Dit zal in de toekomst structurele problemen kunnen geven.

Om deze vaste kosten goed te beheersen, is een doelmatige aanwending van middelen noodzakelijk op het gebied van de normale bezetting. Dit uit zich in het verbeteren van de efficiëntie en het beperken van de risico's. Onderhandelingen met verzekeraars zullen dus niet alleen in het teken staan van de variabele kostendekking, maar zullen nu worden uitgebreid met een onderhandeling op het gebied van de dekking van de vaste kosten van de instelling.

2.1.3 Onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar

In het functioneel budget (FB) van ziekenhuizen (het A-segment) worden bepaalde functies en omvang uitgedrukt in bepaalde parameters, bv. bedden, eerste polikliniekbezoeken en adherentie). De parameters waarop wordt onderhandeld, wordt landelijk uniform door de overheid vastgesteld. (Van Montfort, 2001). De onderhandelingen met zorgverzekeraars

vinden plaats in het eerder genoemde B-segment, over het volume van ziekenhuisbrede productieparameters (Van Ineveld et al. 2006:470).

De nieuwe bekostigingssystematiek bevindt zich momenteel in een zogenaamde overgangsfase: van prestatiefinanciering naar volledig vrije onderhandelingen. Om dit te bereiken heeft het ministerie van VWS beoogt 'maatstafconcurrentie' in te stellen. Dit betekent dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars in het B-segment moeten onderhandelen binnen een bepaald plafond. De hoogte van dit plafond hangt af van de kostprijs die het meest doelmatige ziekenhuis voor een DBC rekent (Consultatiedocument NZa, 2007). In de loop van het jaar 2008 zijn deze plannen echter weer bijgesteld, na een negatief advies over de maatstafconcurrentie van de NZa. Minister Klink heeft op 22 april 2008 bestuurlijk overleg gevoerd met de betrokken brancheorganisaties. Hierin is afgesproken om een het zogenaamde 3-segmentenmodel voor de bekostiging van DBC's in te voeren. Concreet houdt dit in dat het huidige B-segment verruimd zal worden naar landelijk ongeveer 30%, er een klein maatstafsegment zal ontstaan (10-15%) en de overige zorg in een FB achterblijft.

De invloed van de hoogte van DBC prijzen door concurrentie tussen ziekenhuizen en het marktaandeel van zorgverzekeraars is wel aanwezig, maar toch beperkt (Van Ineveld et al. 2006:472). Om een direct relatie te leggen tussen de opbrengsten enerzijds en de werkelijke kosten anderzijds, is een snelle uitbreiding van het B-segment gewenst (Ibid.:473).

2.2 Marktwerking en vastgoed van ziekenhuizen

Zoals er in de vorige paragraaf is uiteengezet, gaan marktverhoudingen en onderhandelingen met zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel veranderen. De kostprijs van de DBC speelt daarin een belangrijke rol. In deze paragraaf wordt eerst de wetgeving besproken, vervolgens de investeringen van ziekenhuizen en tenslotte komt bekostiging van de kapitaallasten aan bod.

2.2.1. Wetgeving en regulering van vastgoed

De deregulering wat betreft maatregelen over het vastgoed in de zorg, wordt bij de geleidelijke invoering van integrale tarieven verder vorm gegeven. Hiertoe is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) op 1 januari 2006 in werking getreden. Deze wet vervangt de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV), de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD) en de bepalingen over de toelatingen in de Ziekenfondswet (ZfW) en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De WTZi heeft als doel om de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing te ondersteunen, samen met andere wetgeving (Hafmans et al. 2006:4).

De toelating voor zorginstellingen is nu geregeld in de WTZi. Bij een aanvraag voor een toelating wordt dit op verschillende eisen getoetst. Deze eisen zijn terug te voeren op beleidsregels en uitvoeringsbesluiten en hebben betrekking op de bereikbaarheid van acute zorg, transparantie, bedrijfsvoering en bestuursstructuur. Op termijn wordt het zelfs mogelijk enig winstoogmerk in het vastgoed te creëren (Hafmans et al. 2006).

In 1998 is het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) opgericht, dat als garantie dient voor zorginstellingen die hun rente en aflossing aan financiers. Dit heeft bijgedragen aan het lage risico dat zorginstellingen liepen over hun kapitaallasten, evenals de productieafspraken met zorgverzekeraars en de nacalculatie op de kapitaallasten. Doordat instellingen een laag risico liepen op het vastgoed, werden leningen voor investeringen door externe partijen, zoals banken vaak, in tegenstelling tot daarvoor, zonder enige toetsing verstrekt (Gerritsen en Sterks, 2005). Wanneer kostenniveaus structureel te hoog liggen, leidt dit tot negatieve budgetresultaten en liquiditeitsspanningen¹ (Elsinga et al. 1998: 78). Het onderscheid in investering- en exploitatiekosten vervalt (Griffioen, 2008). Een goede relatie tussen bestuur en interne toezichthouder of verantwoordelijke is en blijft belangrijk ten aanzien van lange en korte financiering van het vastgoed, het vormgeven van de bankrelatie en het beleid ten aanzien van de context voor de financiering (Elsinga et al. 1998:82). Ook vertrouwen tussen financier en instelling wordt van cruciaal belang (Hafmans et al. 2006). De financiers en de WfZ zullen op basis van de financiële gezondheid van de organisatie en de onderbouwing van de investeringsbeslissingen risicoafwegingen maken bij het verstrekken van leningen of garanties aan zorginstellingen (WfZ, 2008).

2.2.2 Investerings van zorginstellingen

Bij een nu terugtrekkende overheid wordt er met een andere blik naar het vastgoed in de zorg gekeken. Het nemen van goede investeringsbeslissingen gaat een steeds grotere rol spelen. Het investeringsbeleid krijgt een strategische en tactische dimensie (Griffioen, 2008:1). Beslissingen die worden genomen wat betreft investeringen, zullen nu tevens effect hebben op de gehele bedrijfsvoering en financiële positie van ziekenhuizen. Deze effecten zullen op strategisch niveau zijn uitwerking op hebben op onderhandelingen met zorgverzekeraars en beïnvloedt de concurrentiepositie van ziekenhuizen. Op tactisch en operationeel niveau moeten vastgoedinvesteringen worden terugverdiend, wat een directe relatie heeft met de productie van het ziekenhuis. Investerings worden een onderdeel van de bedrijfsvoering, waarbij de nadruk vooral zal liggen op financiering, kostenbeheersing, risico en rendement.

¹ Liquiditeit: deze ratio (verhouding tussen vlottende activa en kortlopend vreemd vermogen) geeft aan in welke mate een onderneming aan zijn langlopende betalingsverplichting kan voldoen.

Daarbij is een versterking van de samenhang tussen het zorgbeleid van het ziekenhuis en investeringsbeslissingen noodzakelijk (Ibid.). Financiering wordt afhankelijk van de geleverde prestaties en productie van de instelling (Ibid.).

In de 'kapitaallastenbrief' spreekt de minister over een overgangsfase tot het jaar 2012, waarin voorkomen moet worden dat zorginstellingen failliet gaan. Er worden tevens randvoorwaarden gesteld waaraan zorgaanbieders moeten voldoen bij een integrale prestatiebekostiging:

- de continuïteit van zorg moet gegarandeerd zijn;
- de kwaliteit van de voorzieningen moet goed zijn;
- opgebouwd vermogen moet voor de zorg behouden blijven (VWS, 2006:3).

Om de continuïteit van zorg te waarborgen, zouden ziekenhuizen ook volgens het CBZ (2005), een strategische benadering moeten aanwenden voor hun investeringsbeslissingen. Het gevaar kan echter ontstaan doordat deze beslissingen niet gebaseerd zijn op de visie of strategie van de organisatie. Dit kan vervolgens leiden tot hoge kosten en 'verkeerde' beslissingen (Dewulf et al. 2000). Zo is het ook mogelijk dat instellingen door goede investeringsbeslissingen andere kwaliteitsverbeteringen achterwege laten. Daarnaast krijgt de zorginstelling de ruimte om nieuwe initiatieven te ontplooiën wat betreft hun vastgoed en daarmee beter in te spelen op de behoefte van de klant (VWS, 2006:3).

2.2.3 Bekostiging van kapitaallasten

Kapitaallasten worden een integraal onderdeel van de DBC-prijzen en daarmee worden zorginstellingen zelf verantwoordelijk voor hun investeringen (Rosier, 2007:13). De minister beoogt met de opname van kapitaallasten in de DBC-prijs dat het juridische en bureaucratische karakter van investeringsbeslissingen minder wordt (Klink, 2007). Het doel van integrale bekostiging wordt omschreven als: *beloning naar prestatie, vermindering van de bureaucratie door de afschaffing van het vergunningensysteem en de borging van publieke belangen zoals kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid* (Ibid.:4).

Door de NZa is ingeschat dat het aandeel kapitaallasten van zorginstellingen rond de 12,5% van de totale kosten zal liggen. Volgens de Nota Transparante en integrale tarieven in de zorg (2007), zijn de opleidingskosten van het medische personeel, het budget voor bekostiging van de topreferente zorg voor academische ziekenhuizen, de acute zorg en kapitaallasten nog niet volledig aan de DBC's toegerekend (Nota, 2007). Acute zorg wordt deels nog bekostigd uit de beschikbaarheidscomponent. Voor de topreferentie zorg zijn de kostprijzen in opkomst, hierbij gaat het dan om dure ingrepen zoals transplantaties.

Ondertussen hebben de zorgverzekeraars de contracten met zorgaanbieders nodig en vice versa. Er worden door de zorgverzekeraar hoofdzakelijk productie- en prestatieafspraken gemaakt, terwijl nog niet volledig op kwaliteit wordt gelet (Van der Zalm, 2007:6).

In de inkoopgids van ZN wordt door middel van inkoopindicatoren wel steeds meer aandacht aan kwaliteit van zorg geschonken. Transparantie speelt hierin een grote rol. Dit wordt mede bewerkstelligd door goede registratiesystemen van ziekenhuizen, waarbij ziekenhuizen duidelijke informatie aan de zorgverzekeraar kan overhandigen. Tot op heden is de DBC-registratie nog niet volledig op orde.

2.2.4 Normatieve Huisvestingslasten Component

De volledige nacalculatie op de gemelde WZV-investeringen gaat vervangen worden door een bekostigingscomponent voor de bouw, de zogenaamde Normatieve Huisvestingslasten Component (NHC). De rente- en afschrijvingsvergoeding in het budget van ziekenhuizen wordt komende tijd omgezet naar deze NHC's bij de DBC's. Dit betreft een kostenefficiënte vergoeding op basis van de afschrijvingstermijnen voor de economische levensduur van zorginstellingen (Nota, 2007:12). De Universitair Medische Centra (UMC's) krijgen een aparte regeling voor kapitaallasten, namelijk de Deregulering Huisvestingscomponent Academische Ziekenhuizen (DHAZ). Dit houdt in dat een nader te bepalen gedeelte van de huisvestingskosten voor rekening kunnen komen van de academische component.

Ziekenhuizen met hoge vaste kosten zullen in het nadeel zijn ten opzichte van ziekenhuizen die lage vaste lasten kennen, omdat zij een hogere DBC prijs moeten vragen om de kosten te dekken. Zorginstellingen die de laatste jaren niet of nauwelijks vastgoedinvesteringen hebben gedaan, hebben lagere kapitaallasten, wat tevens tot uiting kan komen in lagere DBC prijzen (de Winter, 2006:3). Ziekenhuizen die in het oude bouwregime hun investeringsbeslissing hebben genomen en daardoor niet doelmatig hebben gebouwd, krijgen ook te maken met prijsverschillen in de DBC, omdat deze vaak hoge kosten in de toekomst opgevangen moeten worden. Daartegenover staat dat deze ziekenhuizen een hogere omzet dan ziekenhuizen uit de regio proberen te halen, om de hoge kapitaallasten op te vangen.

Wanneer instellingen door de overgang naar vrije prijsvorming in de problemen komen, kunnen zij zich aanmelden voor een zogenaamde 'maatwerkoplossing'. De minister heeft hierbij een 'commissie van wijzen' ingesteld die in de loop van 2008 het VWS zal adviseren over instelling die als gevolg van de afschaffing van de nacalculatie in onoverkomelijke problemen zullen komen (GGZ, 2008). Daartegenover staat dat winsten die instellingen

maken vanuit de verkoop van vastgoed, niet meer direct tot kortingen op budgetten leiden, maar men hierover zelf kan beslissingen om bepaalde herinvesteringen te doen.

2.3 Actief vastgoedbeheer van ziekenhuizen

Het vastgoedbeheer in Nederland gaat drastisch veranderen (Fritzsche et al. 2004). De nieuwe wetgeving op het gebied van de kapitaallasten van vastgoed voor ziekenhuizen, zorgt voor een verschuiving van een passief naar een actief vastgoedbeheer. Het vastgoedbeleid was sterk volgend aan de regelgeving en betrof weinig risico voor zorginstellingen. Om een actief vastgoedbeheer te krijgen, kan het gebruik van strategische modellen uitkomst bieden.

2.3.1 Actief vastgoedbeheer

Ziekenhuizen komen vanuit een algemene visie of missie tot bepaalde besluiten om het beleid vorm te geven. Door de financiële gevolgen waar ziekenhuizen mee te maken krijgen bij de opname van kapitaallasten in de DBC prijs, zullen zij hun kapitaallasten moeten terugverdienen in hun zorgproductie (RVZ, 2006). Zij worden hierdoor genoodzaakt anders naar hun vastgoed te kijken. Zij moeten concurreren met andere instellingen om hun productie te optimaliseren. Het marktaandeel van de instelling en de adherente bevolking rondom de instelling wordt dan belangrijk, omdat deze patiënten invloed kunnen hebben op de zorgproductie. Waar in het vergunningenstelsel instellingen zoveel mogelijk vierkante meters probeerden te krijgen, die zonder meer werden vergoed, zullen instellingen nu op een doelmatige manier gebruik moeten maken van hun vastgoed. Klantgerichtheid, innovaties en alternatieve aanwending van middelen worden ook belangrijk, omdat er met het extra financiële risico over het vastgoed nog meer zal moeten worden ingespeeld op de patiëntvriendelijkheid en het onderscheidend vermogen in een concurrerende omgeving.

De termijn waarop veranderingen plaatsvinden speelt een grote rol in het nemen van beslissingen en het aanwenden van kapitaal. Op de korte, middellange en lange termijn spelen verschillende factoren mee wat invloed heeft op de kapitaalgoederen en andersom. Het inbedden van het vastgoed in deze strategische modellen is nodig voor een actief vastgoedbeheer (zie ook § 2.4), omdat er anders het gevaar bestaat dat er alsnog een te passief vermogensbeheer wordt gevoerd. Deze relatie is niet altijd even duidelijk; beleid kan ook 'teveel' gedecentraliseerd zijn, waardoor het vastgoedbeleid in de strategie op de achtergrond kan raken. In de loop der tijd zijn verschillende algemene strategische modellen ontstaan, die ingaan op omgevingsfactoren en algemene strategische aspecten.

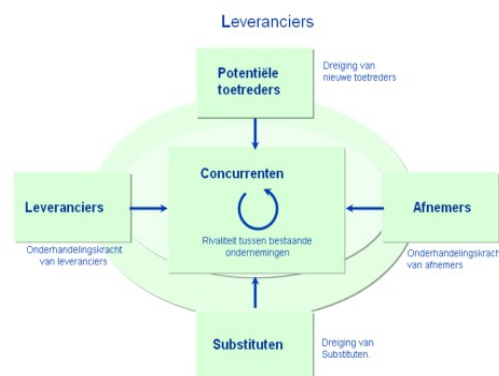
2.3.2 Strategische modellen

Als zorginstelling wordt het belangrijker om een ondernemende organisatie te zijn. Een duidelijke strategie en ondernemingsplan horen bij een vraaggerichte zorgomgeving. Strategische modellen kunnen managers helpen om structuur aan te brengen in denkprocessen en strategievorming (Mandour et al, 2005). De hierna volgende modellen die worden besproken zijn het vijfkrachtenmodel van Porter (waarbij duidelijk externe relaties aan bod komen) de Balanced Scorecard (gericht op prestatiemetingen in de organisatie vanuit verschillende perspectieven), het INK model en het HKZ model (die beiden zijn gericht op een samenhang in bepaalde aandachtsgebieden binnen de organisatie). Deze modellen hebben een verandering doorgemaakt. Zij zijn van aanbodgericht ook meer vraaggericht geworden, soms met bepaalde marketingaspecten, wat betekent dat ze in deze vraaggerichte tijd goed kunnen worden toegepast. In de bespreking van deze modellen wordt ook even kort de eventuele relatie met het vastgoed besproken.

2.3.2.1 Het vijfkrachtenmodel van Porter

Door het financiële risico op vastgoed veranderen ook omgevingsfactoren. Het model van Porter biedt hierin inzicht en kan worden toegepast op verschillende organisaties. Instellingen zullen bij investeringsbeslissingen ook rekening moeten houden met de toenemende concurrentie in de zorg. Zij hebben daarbij niet alleen te maken met de patiënt, maar ook met de eerder genoemde overheid en zorgverzekeraar. Externe partijen zullen hogere eisen gaan stellen aan de instelling. Het model van Porter kan hierin inzicht geven. Dit model bestaat uit de volgende krachten: entree van concurrenten, dreiging van substituten, onderhandelingspositie van de kopers en leveranciers. Soms wordt er ook een zesde kracht aan het vijfkrachtenmodel toegevoegd, namelijk de overheid. Het vastgoed heeft hierin een ondergeschikte rol, maar kan de vijfkrachten op haar manier beïnvloeden.

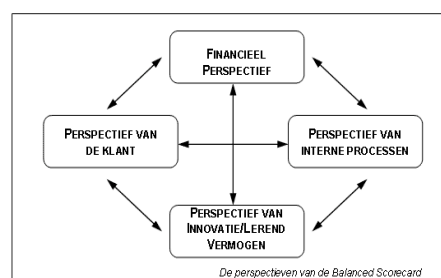
(Bovenstaand: Figuur 3 – Vijfkrachtenmodel van Porter [Bron: Porter, 2007])



Van passief naar actief vastgoedbeheer?

2.3.2.2 De Balanced Scorecard

De balanced scorecard is ontworpen om prestatie metingen van de organisatie te doen aan de hand van vier perspectieven: het klantenperspectief, het financieel perspectief, het perspectief van de bedrijfsprocessen en het innovatie- en leerperspectief (Van Wersch, 1999). De doelstelling die bij deze



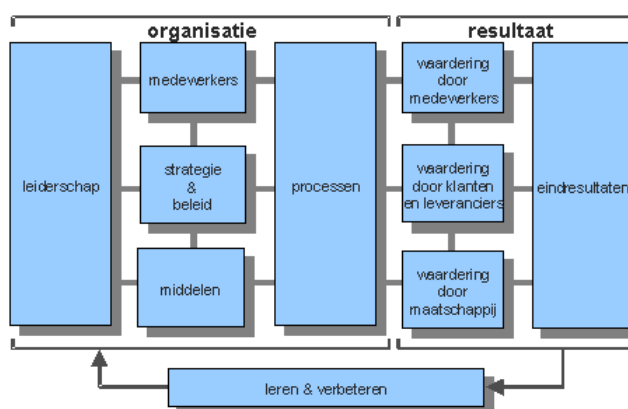
perspectieven worden geformuleerd, zijn gerelateerd aan de visie en strategie van de organisatie. De BSC toetst deze doelstellingen en zorgt dat de organisatie hier lering uit kan trekken. In de zorg wordt de BSC in geringe mate gebruikt, dit komt echter steeds meer op. Door een goede combinatie van de vier perspectieven, wordt er waardevermeerding van de organisatie bewerkstelligd. Wanneer vastgoed hierbij betrokken wordt, bijvoorbeeld in het financiële perspectief, kan er gekeken worden naar de uitwerking hiervan op de andere perspectieven. Voor de interne processen kan de flexibiliteit van vastgoed een rol spelen, voor het leerperspectief is het creëren van een goed werkklimaat een goede optie. Vanuit de klant kan een mooi gebouw de tevredenheid in de hand spelen.

(Bovenstaand: Figuur 4 – De Balanced Scorecard [Bron: BSC, 2008])

2.3.2.3 Het INK model

Het INK model wordt in Nederland vaak toegepast op organisaties. Dit model heeft negen aandachtsgebieden, die onderverdeeld kunnen worden bij 'organisatorische voorwaarden' en 'resultaten'. Dit sectoroverstijgende model wordt binnen en buiten de zorg toegepast. Door

dit model te gebruiken, kan een organisatie leren van de scores en samenhang van de aandachtsgebieden (Van Wersch, 1999). Wanneer men hier goed op let, kan de positie ten opzichte van anderen worden verbeterd. Het beleid en de strategie zijn in dit model verbonden met medewerkers,

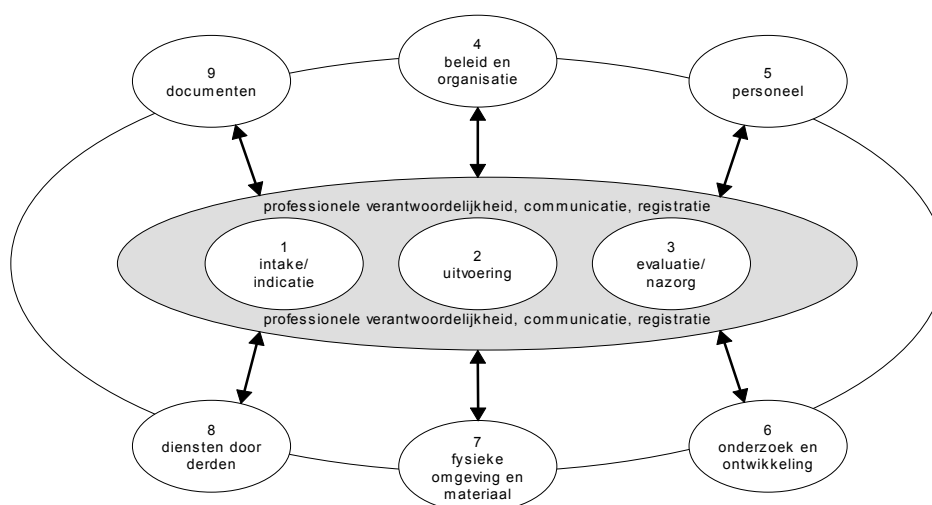


middelen, leiderschap en processen. Wanneer vastgoed hierin wordt ingebed, heeft dit invloed op de rest van de organisatie en op het uiteindelijke resultaat. In dit model heeft het resultaat een relatie met de maatschappij en de klanten en leveranciers, wat in het model van Porter tot organisatievoordelen kan leiden.

(Bovenstaand: Figuur 5 – INK model [Bron: INK, 2008])

2.3.2.4 Het HKZ model

Het HKZ model wordt gebruikt om activiteiten met betrekking tot externe beoordeling te coördineren. Het primaire zorgproces staat centraal en daarbuiten wordt onderscheid gemaakt tussen zes ondersteunende factoren. Hieruit kan een certificatieschema worden gemaakt, waardoor er richting kan worden gegeven aan de externe beoordeling en processen kunnen worden 'geharmoniseerd'. Wanneer men hierbij vastgoed betreft, moet dat ten dienste kunnen staan aan het primaire proces. Er is dan geen duidelijke samenhang in dit model om tot strategische overwegingen over te gaan. In relatie tot het INK model zou het een toevoeging kunnen zijn om het proces rond de klant in kaart te kunnen brengen en zo tevens het vastgoed hierbij te betrekken.



Figuur 6 – Het HKZ model [Bron: Van Wersch, 1999]

2.4 Actuele theoretische modellen rond vastgoedbeheer

In de zorg wordt er gebruik gemaakt van verschillende managementmodellen, zowel sectorspecifiek als –overstijgend. (Van Wersch, 1999). Een managementmodel geeft houvast aan de strategie van de organisatie, waardoor men meer grip krijgt op bedrijfsprocessen. In het de vorige paragraaf hebben we gezien dat er verschillende strategische modellen zijn die op zorgorganisaties zijn toe te passen. Hierin speelt vastgoed echter vaak een ondergeschikte rol. In deze paragraaf worden twee theoretische modellen besproken die vanuit een strategische focus specifiek ingaan op het vastgoedbeheer van ziekenhuizen. Dit zijn het CREM en het REAM model die hierna zullen worden toegelicht.

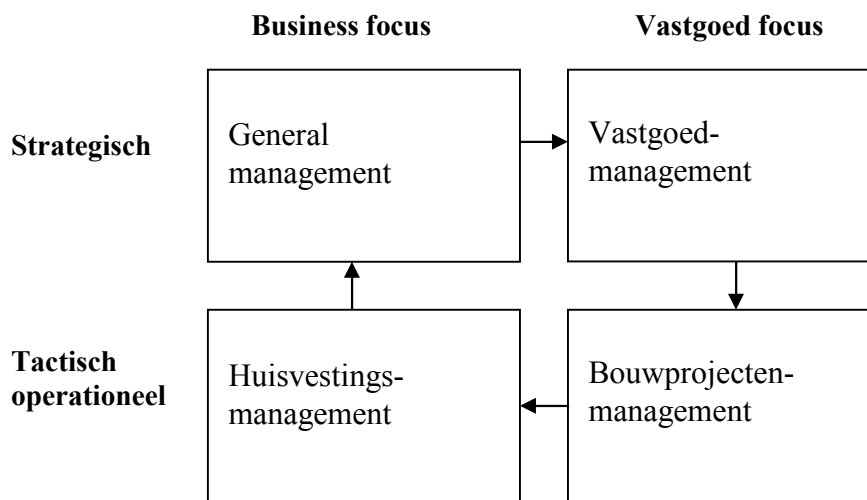
2.4.1 Corporate Real Estate Management (CREM)

De opname van kapitaallasten in de DBC-prijs vraagt om een strategische opstelling van zorginstellingen. Wanneer ziekenhuizen de link met de strategie leggen, kan het vastgoed waarde creëren voor de organisatie. Deze kan dan ook ondersteuning bieden aan de

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

gebruikers. Door het willen combineren van vastgoed en de strategie van de onderneming is het Corporate Real Estate Management (CREM) model ontstaan. CREM is een vakgebied dat betrekking heeft op het aankopen, plannen, beheren, afstoten van vastgoed van ondernemingen. Dit heeft als doel een bijdrage te leveren aan het algemene resultaat van de onderneming (Krumm, 2003).

Het CREM wordt in het bedrijfsleven toegepast om een goed vastgoedbeleid te ondersteunen. Hierdoor kunnen middelen voor de onderneming die te maken hebben met ruimtebehoeften, worden geoptimaliseerd. In onderstaand figuur wordt dit toegelicht (Suyker, 1996):



Figuur 7: Corporate Real Estate Management [Bron: Suyker, 1996]

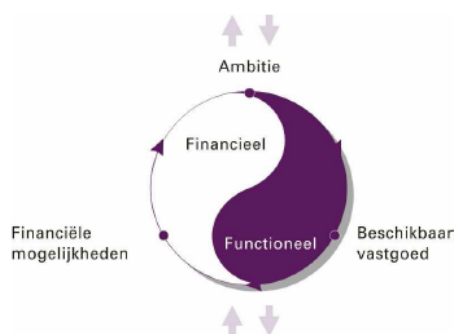
Het *general management* heeft te maken met het stellen en bereiken van doelstellingen. Het *huisvestingsmanagement* betreft het beheer van vastgoed in de dagelijkse praktijk. Het *vastgoedmanagement* heeft betrekking op de toegevoegde waarde van het vastgoed voor en ondersteuning in het primaire proces. Het *bouwprojectenmanagement* betreft de planning en uitvoering van bouwprojecten (Van Hasselt, 2005).

Door het gebruik van dit model worden strategische overwegingen verbonden met het operationele niveau. Het is belangrijk dat dit model de strategie van de onderneming volgt, waardoor dit vastgoedmodel in de organisatie kan worden geïntegreerd. Hierdoor kan het vastgoedmodel een toevoeging zijn voor het behalen van organisatiedoelstellingen. Op deze manier vindt afstemming plaats tussen verschillende niveaus van de organisatie, zodat men een gezamenlijk vastgesteld strategisch doel na kan streven.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

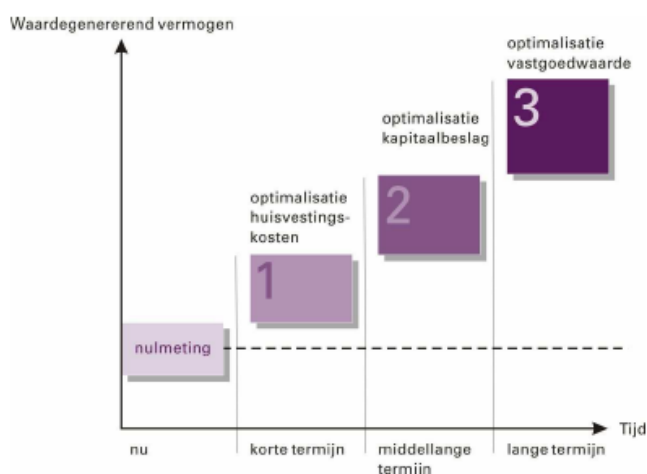
2.4.2 Real Estate Asset Management (REAM)

Voortbordurend op het CREM model kan ook volgens het REAM model (Real Estate Asset Management) het vastgoedmanagement van bedrijven of instellingen bijdragen aan het functioneren van de organisatie. De zogenaamde 'vastgoedportefeuille' moet met het primaire proces worden overeengestemd. Dit draagt bij aan kostenoptimalisatie, productiviteit- en kwaliteitsverbetering, het reactievermogen en het imago van de organisatie (Taal, 2006). Bij de afstemming van de vastgoedportefeuille op het primaire proces kent twee spanningsvelden, namelijk: de financiële waarde vs. functionele waarde en ambitie vs. financiële mogelijkheden. Dit kan als volgt worden weergegeven:



Figuur 8: spanningsvelden in de vastgoedportefeuille [Bron: Taal, 2006]

Hierbij moet een optimale balans worden bereikt. De volgende onderwerpen kunnen daarbij een rol spelen: kostendekking, renovatie, nieuwbouw, eigendom, terugverdientijd en life-cycle costs (Ibid.) Dit model betreft de optimalisatie van de financiële waarde van vastgoed op de korte, middellange en lange termijn. Dit onderscheidt zich in de volgende drie sporen:.



Figuur 9: Het REAM-model; financiële waardeoptimalisatie in drie sporen [Bron: Taal, 2006]

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Het eerste spoor betreft de optimalisatie van de jaarlijkse huisvestingskosten op de korte termijn (Taal, 2006). Dit heeft dan te maken met de dekking van de kosten door middel van zorgproductie, het zo goed mogelijk benutten van de ruimten in de instelling, het bedenken van nieuwe concepten zoals nieuwe poliklinieken of het scheiden van kantoor en verpleegafdelingen en het doorbelasten van de kosten voor het vastgoed. Daarnaast kan men differentiëren in huisvesting; instellingen kunnen hun vastgoed zo bouwen dat deze (of delen daarvan) voor andere doeleinden (zoals hotels of kantoren) kunnen worden gebruikt.

Het tweede spoor betreft de optimalisatie van de omvang van het kapitaal in vastgoed (Ibid.). Dit heeft te maken met de vermogenspositie van de instelling, de omvang van de bedrijfsrisico's en de financiële weerbaarheid van de betreffende instelling. Ook de flexibiliteit van het kapitaal speelt een rol.

Het derde spoor gaat over het optimaliseren van de waarde en het beheer van het vastgoed. Bijvoorbeeld: de restwaarde van het vastgoed en herontwikkelings- en herbestemmingmogelijkheden (Ibid.). De zogenaamde sale- and leaseback formule kan daarop worden toegepast: men verkoopt kapitaal uit roerende en onroerende activa en huurt deze terug. Zodoende kan men de balans versterken en eventuele schulden aflossen. Ook kan men zo investeren in andere ontwikkelingen die hun kernactiviteiten ondersteunen (Fortis, 2008). Men wordt men flexibeler in vastgoed. Dit kan ook resulteren in een kosten- en oppervlakte besparing en betere benutting van de ruimten.

2.5 De rol van de zorgverzekeraar

Externe beoordeling is ook van toepassing op de zorginkoopmarkt (zie ook § 2.1). De zorgverzekeraar is hier de eerste aangewezen tussenpersoon voor verzekerde en zorgaanbieder. De meeste organisaties zijn zich bewust van hun doelgroepen en afnemers. Bij op winst gerichte organisaties is een tendens waarneembaar van het zich steeds beter oriënteren op de concurrentie. Bij zorgverzekeraars die een non-profit functie hebben, komen eventuele winsten tot uiting in een verlaging van de nominale premie. Onderling concurreren zorgverzekeraars om de gunst van de klant (NZa, 2007). Zij moeten zich goed oriënteren op de concurrentie, omdat deze winsten het mogelijk maken zich te onderscheiden met een lagere premie en goede kwaliteit van zorg.

Volgens de NZa (2007) zullen de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars scherper worden. Vrije prijsvorming zorgt voor een effectievere uitwisseling van informatie en een efficiënte allocatie van middelen. De consument zal hiervan profiteren door lagere premies. Zodoende ontstaat er zo ruimte voor zorgaanbieders om in te springen

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

op de wensen van consumenten met betrekking tot de toegankelijkheid en kwaliteit van het zorgaanbod (Ibid.). Om concurrentievoordeel op prijs en kwaliteit van zorg te realiseren, wordt de richting bijna automatisch verlegd naar de zorgverleners. Bijna de helft van de zorgverzekeraars geeft aan na de invoering van de ZVW een ander zorginkoopbeleid te hebben geïntroduceerd (Kennens et al. 2007). Echter, de zorgverzekeraar maakt tot op heden zijn inkooprol nog niet volledig waar (Van der Zalm, 2007:6). Nog een beperkt deel van het B-segment is vrij onderhandelbaar. Door de budgetfinanciering valt er door zorgverzekeraars nog weinig te beïnvloeden.

Door de voorheen risicoloze nacalculatie op kapitaallasten, werden ziekenhuizen weinig geprikkeld om hun vastgoed doelmatig aan te wenden. Dit heeft als gevolg dat investeringsbeslissingen niet altijd vanuit een bedrijfseconomisch perspectief werden gezien (Fritzsche et al. 2004). De betekenis van vastgoed heeft vaak te maken met de consequenties van beslissingen op de lange termijn met betrekking tot de effecten op de omgeving en kwaliteit van de dienstverlening van medewerkers voor klanten (Krumm et al. 2003). Voor de omslag van ondernemend gedrag, zoals die met de opname van kapitaallasten in de DBC prijs wordt beoogd, is het nodig dat zorginstellingen zelf risicodragend worden voor hun investeringen in gebouwen, apparatuur etc (VWS, 2006:1).

Een belangrijke stap is dan dat zorginstellingen beter in gaan spelen op de individuele zorgvraag, omdat zij de integrale tarieven, waarin de kapitaallasten van gebouwen zijn opgenomen, moet terugverdienen door het leveren van zorg (VWS, 2006:1). Zorginstellingen krijgen daarbij dus te maken met financiële risico's (Ibid.:13). Dit heeft o.a. invloed op de productie, bezettingsgraad en volume van de DBC verkoop en inkoop. Zij worden als het ware afhankelijk van de productie die zij draaien. Dit betekent een grote toename in het ondernemersrisico (VWS, 2006). 'Flexibiliteit' van vastgoed is daarbij onontbeerlijk (Fritzsche et al. 2004). Ook worden er door zorginstellingen 'private' activiteiten ontplooid die niet in aanmerking komen voor een wettelijk geregelde vergoeding van deze kapitaallasten. Deze vallen dan onder het eigen risico van de instelling. Ook hier is een businessplan van grote betekenis om te onderbouwen dat een investering aantoonbaar leidt tot een positief exploitatieresultaat op de lange termijn (WfZ, 2008).

Het is daarbij tevens de vraag of zorgverzekeraars dezelfde producten zullen afnemen, ook wanneer er zich nieuwe toetreders aandienen (Fritzsche et al. 2004). De kapitaallasten in het B-segment moeten worden gedekt uit de prijs die in de onderhandeling tussen ziekenhuis en verzekeraar tot stand komt (VWS, 2006:5). In de maatstafconcurrentie, zoals in de vorige paragraaf besproken, zal in het jaar 2009 aanvangen. Daarin wordt ook de

opname van kapitaallasten in de DBC prijs opgenomen. De invloed hiervan op de normale bezetting zal niet gering zijn. Om een goede financiële positie te kunnen blijven behouden, zullen er waarschijnlijk hogere prijzen aan de verzekeraar worden gevraagd, of moeten er op andere plaatsen in de organisatie bezuinigingen worden gedaan.

2.6 Conclusie

Aan de hand van de in de inleiding gestelde theoretische deelvragen kunnen er uit dit theoretisch kader verschillende conclusies getrokken worden. De beantwoording hiervan vindt in dit hoofdstuk plaats en dient tevens tot een samenvatting van het theoretisch kader.

Hoe wordt gereguleerde marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg vormgegeven?

In 2006 is de Zorgverzekeringswet in Nederland van kracht geworden. De overheid heeft hiermee de gereguleerde marktwerking geïntroduceerd. Veel van de wetgeving was er voorheen op gericht om de totale kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Deze kostenbeheersing richtte zich vooral aan de aanbodzijde, waarbij de capaciteit en de prijs door de overheid werd beïnvloed door verschillende planrichtlijnen. Door de invoering van marktwerking beoogt de overheid het bevorderen van het doelmatig handelen van de verschillende actoren in de gezondheidszorg: zorgaanbieders, verzekeraars en gebruikers. Voor hen zijn verschillende rollen weggelegd op de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt. Hierbij ontstaat een spanningsveld met de macrokaders van de financiën van de overheid. Verzekeraars en zorgaanbieders concurreren om de gunst van de klant. Dit doen zij op basis van DBC's. Daarbij zijn twee segmenten te onderscheiden: het A- en B- segment. In het A-segment wordt onderhandeld over parameters en worden productieafspraken gemaakt. In het B-segment vinden de onderhandelingen op basis van DBC's plaats.

Wat is de invloed van gereguleerde marktwerking op het vastgoed van ziekenhuizen?

Op 1 januari 2006 is de WTZi in werking getreden. De WTZi heeft als doel om de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing te ondersteunen. Bij een terugtrekkende overheid worden ziekenhuizen gestimuleerd om met een andere blik naar het vastgoed te kijken. Het nemen van goede investeringsbeslissingen gaat een steeds grotere rol spelen. De kapitaallasten zullen vanaf het jaar 2009 een integraal onderdeel worden van de DBC kostprijs. Ziekenhuizen zullen hun kapitaallasten dus over het onderhandelbare deel van de DBC's moeten terugverdienen. Dit betekent dat zij, anders dan voorheen, risico gaan lopen over het vastgoed. Het investeringsbeleid krijgt een strategische, tactische en operationele dimensie, omdat beslissingen omtrent vastgoed, invloed hebben en krijgen op de gehele bedrijfsvoering van het ziekenhuis, waarbij de nadruk ligt op financiering, kostenbeheersing,

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

risico en rendement. Financiering wordt afhankelijk van de geleverde prestaties en productie van de instelling op operationeel niveau.

Wat wordt verstaan onder actief vastgoedbeheer van ziekenhuizen?

Het vastgoedbeheer wat hiermee samenhangt, gaat hierdoor drastisch veranderen. De nieuwe wetgeving voor vastgoed van ziekenhuizen zorgt voor een verschuiving van een passief naar een actief vastgoedbeheer. Het passieve vastgoedbeheer was sterk volgend aan de regelgeving en betrof weinig risico voor zorginstellingen. Pas op momenten wanneer er investeringen door zorginstellingen werden gedaan en een aanvraag bij het CBZ werd ingediend, werd het vastgoedbeheer strategisch. Het actief vastgoedbeheer heeft daarentegen juist een sterk strategisch karakter, omdat ziekenhuizen vanuit hun missie of visie hun (vastgoed)beleid vorm dienen te geven, om zodoende de kapitaalgoederen zo effectief en efficiënt mogelijk in te kunnen zetten. Er kan een spanningsveld ontstaan met medische doelstellingen. Flexibiliteit van het gebouw is daarbij onontbeerlijk. Ook te termijnen waarop veranderingen plaatsvinden en de overheid beslissingen neemt met betrekking tot het vastgoed speelt een belangrijke rol. Het terugverdienen van de kapitaallasten, onderscheidend vermogen in een concurrerende omgeving, het verantwoorden van beslissingen naar externen, het aantrekken van leningen en daardoor het tegenwicht bieden aan de financiële risico's, wordt steeds belangrijker.

Welke actuele theoretische modellen rond actief vastgoedbeheer sluiten aan bij de gereguleerde marktwerking in de zorg?

Door een actief vastgoedbeheer ontstaat er een directe relatie tussen het interne vastgoedbeleid van de zorginstelling en de strategie. Met behulp van managementmodellen kan er inzicht worden verkregen in het beleid van instellingen of onderneming in relatie met de strategie. In de zorg kan gebruik worden gemaakt van verschillende managementmodellen, zowel sectorspecifiek als –overstijgend. Een model geeft de organisatie meer grip op bedrijfsprocessen en houvast aan de strategie van de organisatie. Voorbeeld van deze sectoroverstijgende modellen zijn: het vijfkrachtenmodel van Porter, de Balanced Scorecard, het INK model en het HKZ model. Met betrekking tot vastgoed zijn er twee sectorspecifieke modellen te noemen, namelijk het Corporate Real Estate Management (CREM) model en het Real Estate Asset Management (REAM) model. In deze modellen is het vastgoed ingebed in de strategie van de organisatie. Deze modellen zijn nog niet puur strategisch te noemen, omdat zij zich ook op het tactische en operationele niveau richten. Zij kunnen echter wel een goed bijdrage leveren aan inzichten over dit onderwerp. Wanneer het vastgoed op de strategische agenda staat, kan vastgoed waarde aan de onderneming toevoegen.

Welke rol speelt de zorgverzekeraar in de bekostiging van kapitaallasten van ziekenhuizen?

Op de zorginkoopmarkt is de zorgverzekeraar de eerste aangewezen persoon tussen zorgaanbieder en verzekerde. Bijna de helft van de verzekeraars geeft aan na de invoering van de ZVW een ander inkoopbeleid te hebben geïntroduceerd. Bij de opname van kapitaallasten in de DBC prijzen, worden onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en aanbieders scherper. De vaste kosten, zoals de afschrijvingslasten op kapitaal of opslag van indirecte kosten moeten nu tevens gedekt worden in deze onderhandelingen. Een belangrijke stap is dat zorgaanbieders beter in kunnen spelen op de individuele zorgvraag. De kapitaallasten moeten worden gedekt uit de onderhandelingen die tot stand komen met de verzekeraars in het B-segment. Onderhandelingen met verzekeraars zullen dus niet alleen in het teken staan van variabele kostendekking, maar ook in het teken van het dekken van de vaste kosten. Ook een actief vastgoedbeleid door ziekenhuizen kan voor beide partijen uitkomst bieden, zowel in kostendekking voor het ziekenhuis, als in prijsverlagingen voor de zorgverzekeraar.

3. Methodologie

In dit hoofdstuk staat de methode van onderzoek centraal. Er zal worden uitgelegd hoe dataverzameling plaatsvindt, hoe de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt gewaarborgd en welke respondenten zullen worden benaderd.

3.1 Onderzoeksdesign en wijze van dataverzameling

Dit onderzoek is kwalitatief van aard. Dit betekent dat er interviews zullen worden afgenomen bij verschillende respondenten. (zie § 3.3). Kwalitatief onderzoek vindt plaats in een natuurlijke omgeving (Creswell, 2003:181). De onderzoeker bezoekt de omgeving van de respondent waardoor deze in staat wordt gesteld om de omgeving van de respondent in zich op te nemen (Ibid.: 182). Het is zowel beschrijvend als explorerend (zie het conceptuele model in § 2.5). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde vragenlijsten. Er wordt een vragenlijst opgesteld met topics die samenhangen met de in de inleiding genoemde probleemstelling en deelvragen. Deze topics worden als leidraad in het onderzoek beschouwd, maar laten ruimte voor andere aspecten en invloeden van de respondent. Om dit onderzoek en de vraagstelling naar de respondenten flexibel te houden, is een kwalitatieve onderzoeksopzet dus het best passend (Maso et al. 1998). Naast de semi-gestructureerde vragenlijsten zijn er twee scenario's ontwikkeld. Deze zijn aan alle respondenten voorgelegd, waar zij hun adviezen en meningen over hebben gegeven. Op die manier heeft de onderzoeker verschillende visies op bepaalde situaties kunnen vergelijken en meningen uiteenzetten. Dit versterkt de analyse en de aanbevelingen.

De te onderzoeken variabele die wordt gemeten is de bestaande vastgoedinvesteringen van verschillende ziekenhuizen met betrekking tot de opname van kapitaallasten in de DBC prijs. Dit heeft een vergelijkend karakter. Het wordt in een context van marktwerking en vraagsturing geplaatst, waarbij de zorgverzekeraar en de zorginkoop in Nederland een grote rol spelen.

3.2 Validiteit en betrouwbaarheid

In het methodologisch onderzoek bestaan hoofdzakelijk twee vormen van validiteit: interne en externe validiteit. Van der Zee (2004) verwoordt interne validiteit als 'de mate waarin het redeneren binnen het onderzoek correct is uitgevoerd'. Om de interne validiteit van het onderzoek te waarborgen, wordt bij de semi-gestructureerde interviews gebruik gemaakt van opnameapparatuur. Vervolgens worden deze interviews letterlijk uitgewerkt en geanalyseerd. Zoals gezegd in § 3.1 geven bepaalde vragen of topics de rode draad van de

interviews aan. Deze vragen hebben betrekking op de gestelde hoofd- en deelvragen. In de interviews zal de nadruk liggen op deze vragen, maar zal er ook ruimte zijn voor andere invloeden. Er is gebruikt gemaakt van een tweetal scenario's om de meningen en adviezen van de respondenten te verduidelijken. Op deze manier kunnen de uitspraken van respondenten worden getoetst en de interne validiteit versterkt.

Externe validiteit heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Omdat er met overkoepelende instanties en verschillende ziekenhuizen, zorgverzekeraars en adviseurs wordt gesproken, kan dit onderzoek waarschijnlijk beperkt worden gegeneraliseerd (§ 3.3). Er kan aan de uitkomsten echter wel waarde worden gehecht voor verschillende partijen. Er moet wel rekening worden gehouden met de specifieke situatie van de respondenten, omdat elke interviewsituatie kan verschillen.

De wijze van dataverzameling verhoogt de betrouwbaarheid ('herhaalbaarheid') van dit onderzoek, omdat op deze manier duidelijk is na te gaan hoe dit onderzoek is uitgevoerd.

3.3 Instellingen en respondenten

Er zijn vijf ziekenhuizen, drie zorgverzekeraars, twee adviesbureaus, een overheidsinstantie en een koepelorganisatie benaderd voor kwalitatief onderzoek. Er is gekozen voor een verscheidenheid aan ziekenhuizen voor een goede wetenschappelijke analyse, zoals een academisch ziekenhuis, perifeer ziekenhuis en een kleiner ziekenhuis.

Met de volgende ziekenhuizen hebben interviews plaatsgevonden:

Erasmus MC	- dhr. J. van Eijk
MCRZ	- dhr. H. Tijmens
Groene Hart Ziekenhuis	- dhr. R. van Veen
IJsselland Ziekenhuis	- dhr. J. Bugel
Albert Schweitzer Ziekenhuis	- dhr. A. Bandel

De zorgverzekeraars die zijn geïnterviewd:

Achmea	- dhr. S. Mulder
Zorg en Zekerheid	- dhr. H. Tacken
Zorgverzekeraar DSW	- dhr. C. Oomen

De overkoepelende instanties die zijn geïnterviewd:

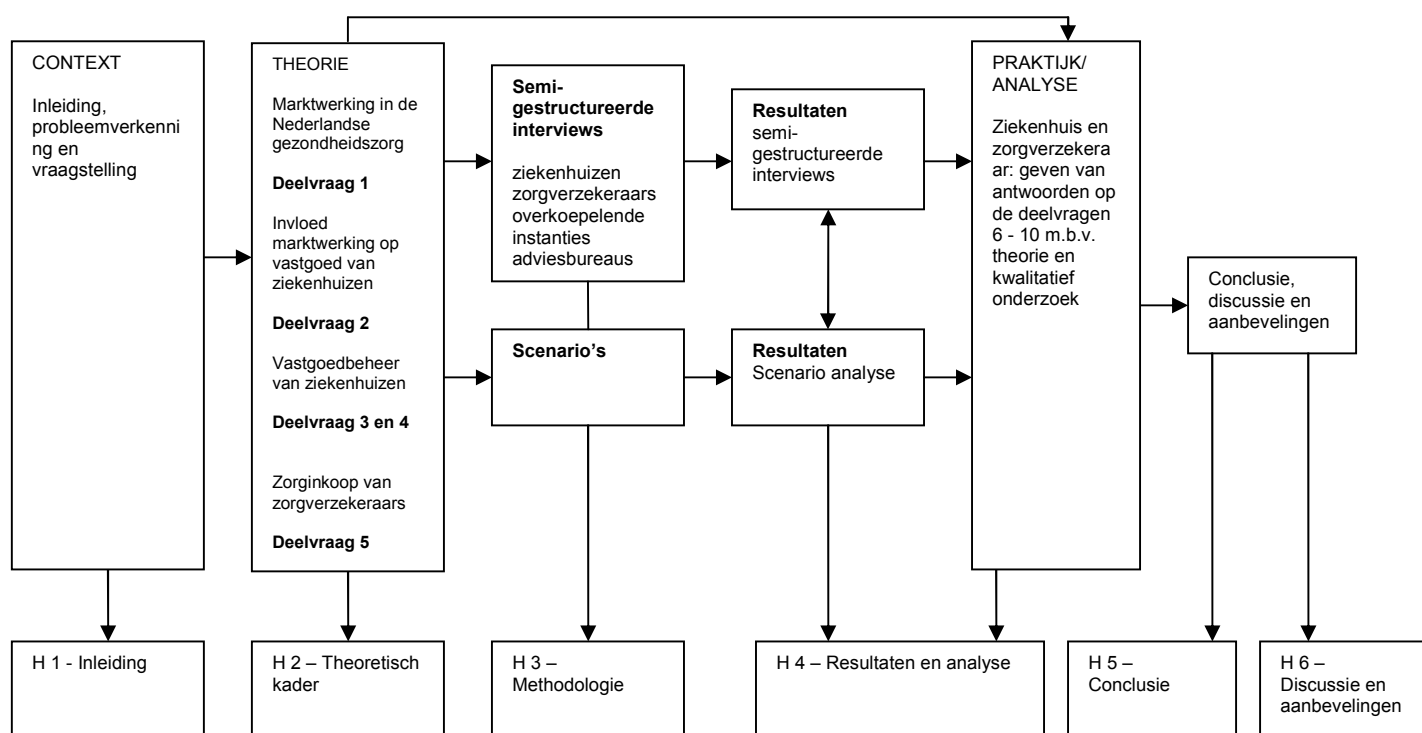
College Bouw Zorginstellingen	- dhr. S. de Hoogh
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	- dhr. A. Windhorst

Tot slot zijn er interviews gehouden met:

- Fortis Bank - dhr. S. van Breda
- PRC B.V. - dhr. P. de Winter
- PricewaterhouseCoopers - dhr. A. Hakbijl

3.4 Conceptueel model

In het onderzoeksvoorstel dat aan deze scriptie vooraf is gegaan, is het volgende conceptuele model ontwikkeld dat schematisch de opbouw en verdere verwerking van het onderzoek aangeeft.



4. Resultaten en Analyse

In dit hoofdstuk zullen de resultaten uit de interviews en scenarioanalyse aan bod komen. De resultaten worden besproken en geanalyseerd met behulp van de theorie die in hoofdstuk twee is weergegeven en worden ondersteund met citaten van de respondenten. De citaten en andere resultaten zijn geanonimiseerd. De volgorde van paragrafen, (§ 4.1 t/m § 4.7) in dit hoofdstuk, zijn opgebouwd aan de hand van het DBFO (Design, Finance, Build, Operate) principe. Dit model wordt toegepast bij het bouwen van vastgoed, snelwegen of andere initiatieven in de private sector. Het DBFO model kan buiten de zorg goed worden gebruikt, omdat het vastgoed hier niet apart wordt bekostigd. Voor de toepassing van de elementen uit het model van de analyse van dit hoofdstuk is een variant op dit model ontworpen. Aangezien financiering van vastgoed vóór de daadwerkelijke bouw plaats dient te vinden, wordt deze na 'design' gepositioneerd: DFBO. In de zorg vindt ook een andere bekostiging plaats waardoor aan dit model een vijfde dimensie wordt toegevoegd, namelijk 'Marketing & Reimbursement'. Dit resulteert in een DFBMO model. Het eind van elke hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie. In de laatste paragraaf volgt een uitgebreide samenvatting met betrekking tot de mogelijkheden en beperkingen voor ziekenhuizen bij de opname van kapitaallasten in de DBC prijs.

4.1 DESIGN: het vastgoedontwerp

4.1.1 Algemene situatie rondom vastgoed in het verleden

Het CBZ was voorheen vooral een formele toetsinstantie waar ziekenhuizen hun goedkeuring voor bouwplannen kwamen halen (zie ook § 2.2.1). Dit waren vaak langdurige en bureaucratische procedures met betrekking tot het bouwontwerp en de gestelde randvoorwaarden. Op een juridische wijze werd de ontwikkeling van bouwcapaciteit van ziekenhuizen door de overheid in de hand gehouden.

Op basis van de beddencapaciteit van het ziekenhuis werd er via bouwnormen bepaald hoe groot iets mocht zijn en wat het mocht kosten. Het CTG, de voorganger van de NZa, kende elk jaar investeringsbijdragen aan ziekenhuizen toe, dit werd gegarandeerd nagecalculeerd. Voor ziekenhuizen was het dus van belang om bij het CBZ zo hoog mogelijk in te zetten.

“Zoveel mogelijk vierkante meters proberen onder een vergunning te krijgen, in de wetenschap dat het met de bekostiging wel goed zou komen.” (Ziekenhuis 2)

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

De respondenten van alle ziekenhuizen zijn het hiermee eens. Het valt op dat ziekenhuis 4 zegt vooral de druk hiervan te hebben gevoeld, terwijl de anderen het als een uitdaging zagen om een vergunning voor zoveel mogelijk vierkante meters te krijgen. Het in stand houden van het kapitaal, zoals voor onderhoud en innovaties, speelde hierbij volgens allen een ondergeschikte rol. Hiervoor kregen ziekenhuizen over een periode van de levensduur het dubbele bedrag van de nieuwbouwkosten in het ziekenhuisbudget. Het was dus vooral een kwestie van goed onderhandelen met een maximale insteek bij het CBZ. Een nadeel was dat zorginstellingen op een bouwprioriteitenlijst van de regering kwamen. Daar ging een langdurig bureaucratisch proces aan vooraf.

Er werd *“bij ziekenhuizen nauwelijks nagedacht over het item kapitaallasten, je had oude panden die je langzaam afschreef”* (ziekenhuis 1). Dit had o.a. te maken met de focus op het systeem van vergunnings- en instandhoudingsgelden van ziekenhuizen.

“Het leidde ook wel stilletjes tot reserves, dus de meeste partijen kozen eenvoudigweg impliciet voor het eigendom van vastgoed.” (Adviesbureau 2)

Omdat er geen sprake was van risico voor de exploitatiekosten, het vastgoed het eigendom was van ziekenhuizen en zij vaak aangesloten waren bij het WfZ, wilden banken ook graag leningen aan ziekenhuizen verstrekken.

4.1.2 Hedendaagse situatie

Ter bevordering van efficiëntie of doelmatigheid zullen ziekenhuizen gedwongen worden om ook over het vastgoed anders na te gaan denken. In maart 2005 kwam de eerste kapitaallastenbrief (zie ook § 2.2.2). De vaste kosten worden integraal onderdeel van de DBC prijs. Daardoor is niet alleen de werkelijke bezetting belangrijk, maar wordt ook de normale bezetting (de begrote bezetting) een beïnvloedbaar onderdeel van de kostprijs. Daarover was een zekere terughoudendheid bij ziekenhuizen, omdat er in de bouwtoestemmingen nog steeds ongeclausuleerd de opmerking vermeld stond dat ziekenhuizen nacalculatie kregen in lengte van jaren.

Ziekenhuizen werden zich langzamerhand bewust van het feit dat dit het moment zou zijn waarbij de overheid maatregelen zou gaan nemen wat betreft het kapitaal. Hierdoor nam het aantal vergunningsaanvragen bij het CBZ af. De NZa heeft berekend dat de kapitaallasten ongeveer 10 – 12 % van de totale kosten van een instelling uitmaakt (zie § 2.2.3). De afschrijvingen en de rentekosten vormen hierbij de grootste bijdragen.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Ziekenhuizen die in de voorbereidingsfase van nieuwbouw zitten, hebben al een lang traject achter de rug. Uit de interviews met deze respondenten, blijkt dat zij vrijwel allemaal doorgaan met de bouwplannen zoals die er nu liggen. Ziekenhuis 3 heeft zich echter voorgenomen de bouwplannen nog eens te herzien en kritisch te heroverwegen in het kader van de nieuwe regelgeving.

“Doordat kapitaallasten een integraal onderdeel worden van de kostprijs is het een te groot risico om tot nu toe goed in te kunnen schatten. Het is noodzakelijk nu een goede beslissing te nemen, omdat we misschien anders in de problemen komen. Dat speelt hier heel erg.” (Ziekenhuis 3).

Er worden zodoende steeds meer eisen gesteld aan het interne beleid van de organisatie. Er ontstaat volgens ziekenhuis 4 een ‘tegengestelde druk’: *“er is sprake van een omgekeerde situatie: de spanning die er was tussen het bouwcollege en het ziekenhuis, verplaatst zich nu naar binnen het ziekenhuis, naar een aantal mensen die nog denken via de oude normen, bijvoorbeeld specialisten, en mensen op directieniveau die toch meer strategisch gaan denken”.* (Ziekenhuis 4)

Uit deze visie komt duidelijk de relatie tussen het interne en het externe beleid van ziekenhuizen naar voren. Het interne beleid raakt met name de productie, het leveren van goede zorg en de samenwerking van de directie(s) met de mensen op de werkvloer. De zorgproducten die door het ziekenhuis geleverd worden, zullen aan de externe kant moeten worden ‘verkocht’ aan zorgverzekeraars. Ook zorgverzekeraars erkennen dat er verschillende stadia van nieuwbouw zijn. Samenwerking tussen zowel het tactische en operationele niveau en het strategische niveau is onmisbaar.

“Hierdoor is het voor ziekenhuizen niet handig om nu allerlei besluiten te nemen. Wij onderzoeken tegenwoordig een hoop: doorrekeningen, vastgoedberekeningen, maken omvangplannen, bijvoorbeeld: waar komen we op uit, wat gaat het ongeveer kosten? Een echte business case is lastig te maken. Het hangt ook af van de daadkracht van bestuurders het: ondernemerschap en het doorpakken, ondanks bezuinigingen en aanpassingen?” (Bank)

Ziekenhuizen wachten nog grotendeels af tot er meer duidelijkheid vanuit de overheid is en zij reële inschattingen en sluitende businesscases kunnen maken.

4.1.3 Situatie in de toekomst

In de toekomst betekent de opname van kapitaallasten in de DBC prijs voor ziekenhuizen, dat zij de concurrentie aan moeten gaan met andere ziekenhuizen. Daarnaast is het belangrijk dat er een inspectie aanwezig is die in de gaten houdt of gebouwen wel aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. Ziekenhuizen kijken volgens het CBZ steeds vaker naar de manier waarop ruimten binnen ziekenhuizen efficiënt en functioneel kunnen worden benut. Er wordt ook nagedacht over de strategische aspecten van vastgoed.

De ontwikkelingen zullen zich volgens de respondenten door blijven zetten. Volgens ziekenhuis 4 is het lastig dat de investeringsbeslissingen en de daarmee samenhangende kosten, de komende 20 jaar niet te beïnvloeden zijn.

“Het enige dat je nog kunt beïnvloeden is dat je goed gaat letten op je rentecomponent, dus of je je leningen niet moet gaan vernieuwen en dat soort dingen. En inventaris is ook een onderdeel van je kapitaallasten. Daar zit meer continuïteit en verandering in.” (Ziekenhuis 4)

Uit deze uitspraak blijkt dat er nog niet veel kennis is op het gebied van vastgoed in de zorg en de beïnvloeding van vaste kosten. Op deze manier achten ziekenhuizen zich niet goed in staat om weerstand te bieden aan de maatregelen van de overheid.

Sommige ziekenhuizen, bijvoorbeeld degenen met lage kapitaallasten, kunnen het zich veroorloven om een afwachtende houding aan te nemen. Wanneer deze ziekenhuizen onder de norm van 12,5% kapitaallasten zitten, is de druk om deze keuzes te maken minder groot. Dat neemt niet weg dat volgens respondenten een commerciële opstelling en commerciële initiatieven door ziekenhuizen zijn gewenst.

Het MCRZ heeft samen met verschillende projectontwikkelaars een Medimall ontwikkeld die binnen een aantal jaar zal worden gerealiseerd op de nieuwe locatie. Er is daarbij aandacht geschonken aan private investeerders. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis heeft het vastgoed in bezit door middel van een aparte Vastgoed B.V. Het ziekenhuis heeft zelf de eindverantwoordelijkheid voor het beheer van vastgoed, maar besteedt de exploitatie in belangrijke mate uit aan een B.V. Op deze manier zijn er gemakkelijk sale- en leaseback constructies voor externe partijen te maken en kan het vastgoed voor het ziekenhuis flexibel worden aangewend. Het voorkomen van externe partijen of investeerders op het gebied van de gezondheidszorg wordt door deze initiatieven verruimd. Dit zorgt ook voor een bron van zekerheidsstelling.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

“De trend is een beetje van een wijze van paradigma van maximalisatie naar optimalisatie. Van het beheren van vastgoed naar het ondernemen met vastgoed. Dat betekent dat ziekenhuizen een veel actievere houding moeten gaan hebben. Wil je rendement halen uit je vastgoed of niet? Wil je je kosten dekken of wil je bepaalde delen kwijt? Dat soort overwegingen. Ziekenhuizen kunnen failliet gaan wanneer zij puur de focus leggen op het vastgoed.” (Adviesbureau 1)

Daarbij wordt de soort zorg die het ziekenhuis levert en de lange termijnvisie omtrent patiëntenzorg belangrijk. Vastgoed kan daarbij in de toekomst ondersteuning bieden. In de toekomst zullen vooral voor nieuwbouwende ziekenhuizen problemen ontstaan. Dit zullen zij hoofdzakelijk door middel van een verlaging van de kosten, een verhoging van de prijs of een verhoging van de bezettingsgraad terug moeten verdienen.

“Ik denk dat het verschil tussen een oud en nieuw ziekenhuis invloed heeft op minimaal 10% van je omzet. Wanneer je een oud ziekenhuis hebt van 200 miljoen betekent dat een verschil van 20 miljoen. Je moet ervoor uitkijken dat je geen appels met peren vergelijkt” (Bank).

De overheid heeft het kapitaallastcomponent vastgesteld op 12,5%. Voor ziekenhuizen die met nieuwbouw bezig zijn, zal dit percentage groter zijn waardoor dit een grote impact heeft op de kosten en de afstemming van nieuwe processen binnen ziekenhuizen, alsmede de mogelijkheid om wel of niet failliet te gaan. Onder een faillissement wordt verstaan dat een ziekenhuis, door een matig tot slecht vastgoedbeheer, zijn deuren moet sluiten. Ook kan er te weinig vraag zijn, waardoor er sprake is van een faillissement. Een andere vorm van faillissement kan zijn dat ziekenhuizen onder bepaalde voorwaarden een doorstart kunnen maken wanneer het huidige beheer niet langer door kan gaan. In de zorg zal er veelal sprake zijn van slecht ondernemerschap, omdat er geen sprake is van een afname van de vraag naar zorg.

“Als je niet gelooft dat een ziekenhuis failliet kan gaan, dan geloof je niet in marktwerking, dat is, denk ik, de grootste vraag bij deze marktwerking: zijn wij bereid een ziekenhuis om te laten vallen? Als je dat mechanisme eruit haalt kom je nooit tot echte marktwerking: dan blijven de onrendabele ziekenhuizen en ‘rotte appels’ bestaan”. (Zorgverzekeraar C)

Verzekeraars zijn het daar allen over eens. Anderen, zoals de bank en ziekenhuis 1, zeggen dat dit grote consequenties zal krijgen voor de financierbaarheid van de zorg. Dit is opvallend, omdat de overheid reeds eerder heeft aangegeven dat ziekenhuizen in de

toekomst failliet kunnen gaan. Volgens hen zullen de kosten van faillissementen van ziekenhuizen uiteindelijk door de burgers moeten worden betaald.

“Banken zullen geen euro afboeken op de zorg, je spreekt dan over bedragen van 100 miljoen. Bankair gezien kan daarom een ziekenhuis moeilijk failliet gaan. Als dat gebeurt, zal dat immense consequenties hebben voor de financierbaarheid van de zorgsector. Dat weet de overheid ook wel. Als wij met 20, 30, 40 miljoen verlies komen te zitten, zullen de zorgkosten omhoog schieten.”

De meningen over het wel of niet uitbreiden van het B-segment verschillen. Ziekenhuis 1 gelooft niet dat de markt in de toekomst helemaal vrijgegeven wordt. Het is een verregaande wisselwerking tussen de overheid en het aanbieden van zorg in ons sociale stelsel. Andere respondenten van ziekenhuizen zeggen dat een uitbreiding niet snel genoeg kan gaan. Volgens zorgverzekeraar B zullen de ontwikkeling in de maatschappelijke gezondheidszorg en het uitbreiden van het B-segment misschien even ‘on hold’ moeten.

4.1.4 Veranderingen in regelgeving

Bij alle respondenten komt duidelijk naar voren dat zij de opname van kapitaallasten in de DBC op prijs stellen en de afschaffing van het bouwregime een op hoofdlijnen positieve ontwikkelingen vinden.

“Wanneer je kiest voor wat de overheid zegt te willen doen: een commerciële, vrije markt, moet je meer marktgericht concurreren met elkaar. Daar horen kapitaallasten nou eenmaal bij. Het hangt er wel van af of je hele hoge of hele lage kapitaallasten hebt. In het eerste geval wordt je gestraft door het systeem...” (Ziekenhuis 1)

Opvallend is dat ziekenhuis 1 van mening is dat ziekenhuizen daardoor in een concurrerende omgeving worden ‘gestraft’ door andere marktpartijen. De commissie van wijzen is erop ingesteld om te onderzoeken welke ziekenhuizen daadwerkelijk in de problemen gaan komen. De reactie van de bank sluit ook bij aan bij dit ideologische perspectief: *“Iedereen heeft het maar over risico’s, risico’s, risico’s... maar dat is ook een soort wishful thinking, hè? De volumes voor banken zijn gehalveerd, de marges geërodeerd... Hoe krijg je je rendement hoog? Gewoon heel veel roepen over marktwerking en risico’s, dan gaat uiteindelijk de winst in de markt vanzelf omhoog. C’est ça, heel simpel.”*

Verzekeraars zien vooral een ontwikkeling richting een meer dynamische zorgmarkt. Ziekenhuizen moeten zich oriënteren op de toekomst. Bij de andere twee verzekeraars komt

ook hier naar hun mening het 'probleem' van het gelijke speelveld naar voren. Zij zien problemen voor ziekenhuizen die met een inefficiënt gebouw zitten en hier niet zomaar vanaf kunnen komen. Deze 'erfenis uit het verleden' zorgt volgens hen voor een ongelijke positie van ziekenhuizen in de toekomst. Zorgverzekeraars hebben daarin een beperkte visie. Zij bekijken de markt dan zeer statisch en zien hierin niet gelijk de mogelijkheden die marktwerking met zich mee brengt. Volgens het overgrote deel van de respondenten komt er een goede discussie op gang en is er meer ruimte voor ziekenhuizen om hier strategisch op in te spelen.

4.1.5 Conclusie

De regelgeving van de overheid op het gebied van kapitaallasten waren vaak langdurige en bureaucratische procedures. De bouwcapaciteit van ziekenhuizen werd op juridische wijze in door de overheid in de hand gehouden. Ziekenhuizen kenden geen prikkel om op een doelmatige manier met hun vastgoed om te gaan. Zij onderhandelden met het CBZ over vierkante meters en probeerden hier het maximale uit te halen. Een ziekenhuis geeft aan hierbij een druk te hebben gevoeld, terwijl anderen het juist een uitdaging vonden maximaal in te steken. Met de komst van de kapitaallastenbrief ontstaan vooral voor nieuwbouwende ziekenhuizen problemen. De overheid heeft een gemiddelde kapitaallastcomponent vastgesteld op 12,5% waar nieuwbouwende ziekenhuizen waarschijnlijk boven zullen komen. Niet alleen de variabele kosten, maar ook de vaste kosten moeten worden gedekt. Niet elk ziekenhuis is zich tot op heden volledig bewust van deze omslag. Zij geven aan niet goed te weten waar zij aan toe zijn, nu en in de toekomst. Zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars zeggen geen duidelijke keuzes te (kunnen) maken. Respondenten denken dat de ontwikkelingen, zoals die door de overheid zijn ingezet, zullen door gaan. Sommigen noemen het beleid van de overheid terughoudend wat betreft de mogelijkheid tot het uitkeren van winst op het vastgoed en de uitbreiding van het B-segment. Respondenten zijn het niet allemaal eens over mogelijke faillissementen van ziekenhuizen; de gevolgen hiervan zijn nog maar deels te overzien. Het 'design' van marktwerking met integrale tarieven in de zorg, verschuift steeds verder van een statische naar een dynamische zorgmarkt.

4.2 FINANCE: financiering van vastgoed

4.2.1 Vastgoedfinanciering

Voor de komst van integrale DBC tarieven waarin de kapitaallastcomponent wordt verwerkt, hebben ziekenhuizen hun vastgoedinvesteringen door nacalculatie van de overheid volledig vergoed gekregen. Banken liepen weinig risico en waren verzekerd van de

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

afbetaling van de leningen en rentes. Veel ziekenhuizen zijn daarnaast aangesloten bij het WfZ waardoor banken een extra zekerheid kregen. De risicoloze situatie voor ziekenhuizen verandert in een tijd van concurrentie en marktwerking. Daar past een verandering in de financiering van vastgoed bij. De overheid zal niet langer de kapitaallasten door nacalculatie aan ziekenhuizen vergoeden. Zij zullen zelf een beleid moeten uitzetten over het dekken van deze kapitaallasten. Ziekenhuizen kunnen voor de financiering van hun kapitaalgoederenvoorraad vreemd vermogen aantrekken. Dit gebeurt tot op heden vooral bij de bank. Een andere manier is het aantrekken of investeren van eigen vermogen. Dat is nu nog niet mogelijk. Ziekenhuizen mogen in beperkte mate 'winst' maken in de vorm van het opbouwen van reserves. De groei in deze winst is beperkt, omdat de NZa bij machte is dit te remmen door het instellen van een budgetkorting in het opvolgende jaar. Daarnaast moet de winst die er gemaakt wordt, worden besteed aan zorg en kan niet worden uitgekeerd aan private investeerders.

Er is een discussie over het feit dat in de toekomst eventuele winsten uit het vastgoed vrij door ziekenhuizen kunnen worden besteed, hierdoor kunnen zij het eigen vermogen versterken of de personen laten delen in de winst die zij als ziekenhuizen maken. Dit is iets wat de overheid tot op heden nog afhoudt. Zij heeft echter wel randvoorwaarden gesteld voor de garantie van continuïteit en kwaliteit van zorg. Ook heeft zij gesteld dat opgebouwd vermogen in de toekomst behouden moet blijven voor de zorg, zodat het aantrekken van externe financiers van vreemd vermogen door ziekenhuizen mogelijk wordt.

Voor banken blijft het rendement dat zij behalen uit een investering of leningverstrekking belangrijk. Als zij willen participeren in een vastgoedproject, zal daar een minimaal (exploitatie) rendement van ongeveer 15% aan moeten hangen. Met de veranderingen in de wetgeving en de verhoging van de financiële risico's van vastgoed van ziekenhuizen, verschillen de respondenten van mening over de bereidheid van de banken om te blijven investeren in de zorg. Banken hadden voorheen een vrij zekere positie; investeringen in vastgoed waren vaak risicoloos. Ziekenhuizen zeggen ook dat het prettig is om aan bijvoorbeeld een UMC, met staatsgarantie, te lenen. Zij kennen in hoge mate een vaste bekostiging die niet zozeer bedrijfs- of volumeafhankelijk is (academische component).

De relatie tussen ziekenhuizen en banken zal steeds intensiever worden. De bedrijfsrisico's nemen toe en zullen resulteren in hogere eisen van de financiers. Nu al merkt ziekenhuis 1 dat de bank meer informatie en onderbouwde prognoses wil zien. In het verleden was deze relatie anders. Banken zullen in de toekomst meer zekerheden gaan vragen.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

“In het verleden had je een keer per jaar een afspraak om te kijken of je je prognoses waarmaakte en je activiteiten ontwikkelde. Nu heb je eens in de dertig dagen overleg en eens in het jaar nog een georganiseerd overleg met het bestuur. De relatie wordt steeds zakelijker.” (Ziekenhuis 1)

Daarnaast zullen banken de onzekerheden willen verminderen door hogere rentepercentages te vragen. Zorgverzekeraar C vindt dat verzekeraars bereid moeten zijn om lange termijn garanties te geven voor ziekenhuizen en banken die op het gebied van zorg werkzaam zijn. Banken zullen steeds meer contact opnemen met de zorgverzekeraar. Als een verzekeraar garandeert om zorg voor een bepaalde prijs af te nemen, kan dit als extra zekerheid naar de banken worden gepresenteerd. Zorgverzekeraar B zegt ziekenhuizen best te willen steunen in de onderbouwing voor het verstrekken van leningen voor die ziekenhuizen die hoge kapitaallasten hebben. De banken moeten echter wel een goede reden hebben om hogere rentekosten te vragen. Er moet voor banken wel een bepaald risico overblijven, waardoor zij reden hebben om die opslagpercentages te kunnen vragen.

Het inzetten van geld voor vastgoed van ziekenhuizen waar banken een rendement van 5% kunnen halen, is niet voordelig voor de banken. Zij zullen dat eerder elders zoeken. Banken hebben onderling ook te maken met concurrentie. De voornaamste vier banken op het gebied van vastgoed in de gezondheidszorg zijn Fortis, ABN AMRO, ING en de Rabobank.

“Het is een beetje te kort door de bocht om te zeggen dat banken geïnteresseerd blijven in het investeren in vastgoed. De banken verstrekken vreemd vermogen, leningen aan zorginstellingen, opdat zij kunnen bouwen en de aannemer kunnen betalen. Dat is iets anders dan dat wij heel graag hierin willen investeren. Als wij dat zouden doen, dan zouden wij dat vanuit een beleggersoptiek doen en dat doen we juist niet. Dat zijn twee verschillende dingen.”

Het rendement dat banken halen uit het vastgoed in de zorg, is vele malen minder dan het rendement dat zij uit andere investeringsbronnen kunnen krijgen. Zij zijn vooralsnog vooral een financier en geen actieve belegger in de zorg. Uiteindelijk is de achtervang door de overheid, volgens de bank, gegarandeerd. Dat neemt niet weg dat banken steeds vaker zullen kijken naar het onderpand van een gebouw, de locatie van een ziekenhuis bijvoorbeeld. Ziekenhuizen zullen een meer ondernemende organisatie moeten worden, ook met betrekking tot de benadering van de banken. Een business plan, wat nu nog niet vaak aan de bank wordt verstrekt, hoort bij dit ondernemerschap. Het verwerken van

opslagpercentages in de DBC prijzen werkt door in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Om te kunnen concurreren op DBC's met andere ziekenhuizen, werkt een laag rentepercentage zeker mee.

4.2.2 Conclusie

Ziekenhuizen kregen vastgoedinvesteringen door nacalculatie van de overheid vergoed. Banken liepen daardoor weinig risico en waren verzekerd van afbetaling van leningen en rentes. Als extra zekerheid zijn de meeste ziekenhuizen aangesloten bij het WfZ. Voor de financiering van vastgoed kunnen ziekenhuizen gebruik maken van vreemd vermogen en eigen vermogen. Vreemd vermogen wordt tot op heden vooral verstrekt door de banken. Het gebruiken en versterken van eigen vermogen is tot op heden nog beperkt, omdat ziekenhuizen de opgebouwde reserves ('winsten') ten goede dienen te laten komen aan de zorg. Deze discussie komt met de toenemende financiële risico's wel op gang. De relatie tussen de ziekenhuis en de banken zal steeds intensiever worden, omdat de bedrijfsrisico's toenemen. Banken zullen daardoor hogere rentepercentages aan ziekenhuizen vragen. Het rendement dat banken uit vastgoed in de zorg halen, is lager dan wat zij in andere sectoren kunnen krijgen. Zij zijn nu voornamelijk nog een financier en geen actieve belegger in de zorg. Ziekenhuizen zullen een meer ondernemende organisatie moeten worden, waarbij een business plan noodzakelijk is.

4.3 BUILD: Strategie en bouw van vastgoed

4.3.1 (Strategische) overwegingen rondom het beheer van vastgoed

Bestuurders van zorginstellingen hebben door de veranderde wetgeving meer verantwoordelijkheid voor huisvesting van de instellingen. Voorheen hadden vastgoedbeslissingen geen grote impact op de financiële positie van ziekenhuizen. Nu deze beslissingen de gehele bedrijfsvoering van het ziekenhuis zullen treffen, krijgen zij er een nieuwe verantwoordelijkheid bij. Ziekenhuizen worden genoodzaakt op een andere manier naar hun vastgoed te kijken, omdat zij de kapitaallasten zelf terug moeten verdienen.

Vastgoed is niet de core-business van ziekenhuizen. De ondernemingsstrategie richt zich vooral op patiëntenzorg. Dit staat in elk ziekenhuis centraal, waardoor het vastgoed voorheen een ondergeschikte rol werd toebedeeld. Uit de resultaten van de interviews blijkt dat dit niet anders is. Ziekenhuizen beheren het vastgoed zelf of hebben een B.V. opgezet, maar hechten meer waarde aan patiëntenzorg. Er bestaat nog geen urgentie bij ziekenhuizen om een actieve(re) vorm van beheer te ontwikkelen.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Een vraaggerichte zorgomgeving vereist een duidelijke missie, visie en strategie van een organisatie. De bedrijfsvoering van ziekenhuizen is hiervan op de lange termijn afhankelijk. Doordat vastgoed niet de core-business van ziekenhuizen is, is het noodzakelijk dat de vastgoedvisie overeenkomt met de zorgvisie. Dat is niet altijd het geval. *“Veel zorgvisies gaan vijf jaar mee, terwijl een gebouw 30 tot 35 jaar staat.”*

Ziekenhuizen die zich in een vergevorderd stadium van (nieuw)bouw bevinden, zeggen vooral marktanalyses te doen, waardoor zij hun positie in de markt en de dekking van de kapitaallasten kunnen berekenen.

“Wij hebben vooral een plan opgesteld om per locatie een functieprofiel te maken. Op basis daarvan hebben we een lange termijn huisvestingsplan ontwikkeld. Ook hebben we een business case gemaakt, zodra we wisten dat we de vaste kosten via productie moesten terugverdienen. Daarbij hebben we de groei van de markt en gewenste volumegroei meegenomen en een goede inschatting kunnen maken op basis waarvan we gezegd hebben: we kunnen doorgaan met bouwen.” (Ziekenhuis 5)

Flexibiliteit van het ziekenhuisgebouw is, net als bij het opvangen van efficiencyslagen en veranderingen in zorgprocessen, belangrijk. Dit komt ook in de antwoorden van de respondenten duidelijk naar voren.

“Eigenlijk moet je capaciteitsproblemen twee jaar van tevoren kunnen voorzien; dan kun je nog in een behoorlijk tempo je gebouw erop aanpassen.” (Ziekenhuis 4)

Het faseren van de bouw en de kapitaallasten is een punt van aandacht. Uiteindelijk zullen de kosten van ziekenhuizen naar een marktgemiddelde gaan. Het hangt van de afschrijvingsmethode af of de afschrijvingskosten bij het begin van de bouw hoog zijn en aan het einde laag, dit wordt op termijn uitgemiddeld. Als een ziekenhuis dan structureel te hoog zit, is er sprake van een probleem. Er moet dan gepraat worden met financiers. Ziekenhuizen worden gedwongen hier nieuwe opbrengsten tegenover te zetten en andere oplossingen te zoeken, alvorens verliezen in de jaarrekening op te nemen.

Ziekenhuizen vinden dat flexibiliteit van het vastgoed hoofdzakelijk ondersteunend moet zijn aan de zorg. Het MCRZ kiest ervoor om naast de basiszorg ook meerdere zaken aan te bieden, waardoor er flexibiliteit in de verdeling van vierkante meters ontstaat. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis kiest voor een meer epidemiologische benadering van gezondheid, door ook initiatieven (bv. sport- en preventiemaatregelen) aan te bieden voor mensen die

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

juist gezond willen blijven. Flexibiliteit van een ziekenhuisgebouw kan de maatschappelijke functie van een instelling faciliteren. De Raad van Bestuur heeft daar een verantwoordelijke rol in, waardoor een duidelijke visie op zorg onontbeerlijk is.

De Raad van Bestuur heeft volgens respondenten uiteindelijk de verantwoordelijkheid om te kijken naar de gevolgen die investeringsbeslissingen hebben op de organisatie. Een respondent uit ziekenhuis 2 zegt daarover: *“De Raad van Bestuur heeft dan de taak en de verantwoordelijkheid om te kijken of dit straks niet als een molensteen om onze nek hangt.”*

Twee respondenten van ziekenhuizen zeggen een lange termijn huisvestingsplan te hebben, hierbij is rekening gehouden met de doelstellingen van de organisatie. Belangrijke keuzes worden hierin met de Raad van Bestuur en andere ‘keyspelers’ vastgelegd. De verantwoording naar de Raad van Bestuur op strategisch niveau wordt steeds groter. Uiteindelijke beslissingen worden door de Raad van Bestuur goed- of afgekeurd. Betrokkenheid van de Raad van Bestuur is essentieel, maar niet altijd gewenst (voor een schematisch overzicht, zie bijlage 3).

Er wordt door ziekenhuis 2 gezegd dat deze aansturing grotendeels afhankelijk is van de grootte van de organisatie. Bij dit ziekenhuis bestaat er een aparte directie Huisvesting die direct contact heeft met de Raad van Bestuur. Directe aansturing door de Raad van Bestuur moet bij een grote organisatie aanwezig zijn. Ziekenhuis 4 vindt dat deze aansturing bij perifere ziekenhuizen niet anders is. De aansturing is daar juist groot, omdat er minder mensen werken en er minder managementlagen aanwezig zijn. Ook het CREM model zegt dat wanneer het strategische en tactische niveau dicht bij elkaar staan, de aansturing groter is.

“De Raad van Bestuur is eigenlijk altijd al betrokken geweest. Wij zijn een middelgroot ziekenhuis: we hebben de Raad van Bestuur, het MT en dan zit je al in de afdelingen.”
(Ziekenhuis 4)

In ziekenhuis 3 hebben huisvestingsmedewerkers voor uitgaven onder de € 100.000 mandaat van de Raad van Bestuur, dat uiteindelijk verantwoordelijk is, boven dat bedrag moet er worden overlegd. In ziekenhuizen is het ook steeds vaker zo dat een lid van de Raad van Bestuur het vastgoed expliciet in zijn of haar portefeuille heeft dit kan ook tot spanningen leiden. Directies kijken naar de kosten en de opbrengsten van een bepaalde beslissing waardoor een spanningsveld ontstaat wanneer de taken van de medewerkers op een ‘lager niveau’ niet overeenkomen met de taken van het management. Het REAM model

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

geeft ook aan dat de financiële en functionele waarde van vastgoed en de ambitie en de financiële mogelijkheden van elkaar kunnen verschillen. Het is aan de betrokken partijen om hier een evenwichtige situatie in te krijgen. Opvallend is dat nog niet alle ziekenhuizen zich gedwongen voelen om een strategische benadering voor vastgoed aan te nemen.

“Ziekenhuizen die deze druk minder voelen, moeten zich ervan bewust zijn dat dit er wel aan zit te komen. Je kunt nu gunstig zitten, maar je kan over twintig jaar moeten nieuwbouwen bij wijze van spreken.” (Zorgverzekeraar C)

Zorgverzekeraar B vindt dat het vastgoedbeleid vooral ondersteunend moet zijn aan de algemene strategie van een organisatie. De verdeling van verantwoordelijkheden ligt ook aan de grootte van de verbouwing. Zorgverzekeraar A denkt daar iets anders over en vindt strategie juist een essentieel onderdeel van het vastgoed. Op verschillende niveaus heeft dit consequenties.

Alle respondenten zijn het erover eens dat vastgoed kan bijdragen aan het primaire proces, de core-business van ziekenhuizen. Vastgoedbeleid raakt de kwaliteit van zorg op vele manieren. Wanneer een ziekenhuis een efficiënte verpleegafdeling weet te ontwerpen en te bouwen, kun je als ziekenhuis het personeelsbeleid ook beter draaiende houden. De sturing hiervan komt in het CREM model in het huisvestingsmanagement tot uitdrukking. Hierover wordt in het hoofdstuk ‘Operate’ verder ingegaan. Vanuit een strategische visie wordt meer waarde gecreëerd voor het vastgoed in relatie tot het welzijn van de patiënt.

4.3.2 Conclusie

Bestuurders van zorginstellingen hebben meer verantwoordelijkheid voor huisvesting. Ziekenhuizen hebben meer kansen en vrijheden om met vastgoed om te gaan, maar dit brengt ook risico's met zich mee. Vastgoed is niet de core-business van ziekenhuizen. De ondernemingsstrategie richt zich vooral op patiëntenzorg, hierdoor krijgt het vastgoed een ondergeschikte rol. Het CREM en het REAM model zijn hulpmiddelen om de vastgoedstrategie met de algemene strategie te koppelen. Flexibiliteit van het gebouw is voor het opvangen van efficiëncyslagen en veranderingen in zorgprocessen, belangrijk. Flexibiliteit kent verschillende functies, o.a. in vierkante meters, epidemiologische of maatschappelijke functies. Directe aansturing door de directie of Raad van Bestuur is door allen gewenst en nodig, maar de mate waarin er wordt aangestuurd is afhankelijk van de grootte van de organisatie.

4.4 MARKETING & REIMBURSEMENT: zorginkoop door de zorgverzekeraar

4.4.1 Algemene invloed van veranderingen op zorginkoopbeleid verzekeraar

De zorgverzekeraars zijn de aangewezen personen om te bemiddelen tussen verzekerde en zorgaanbieder. Zij zullen steeds meer het belang in gaan zien van een kwalitatief goede zorginkoop namens hun verzekerden. Door concurrentie van andere zorgverzekeraars zullen ook zij zich moeten onderscheiden op prijs en kwaliteit. Dit komt enerzijds tot uiting in een hoge of lage premie voor verzekerden en anderzijds in de polisvoorwaarden en verzekeringspakket.

Over het algemeen komt er volgens respondenten uit ziekenhuizen een partnership tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. Dit is opmerkelijk omdat zorgverzekeraars over het algemeen niets voelen voor een commitment aan ziekenhuizen. Zorgverzekeraars vinden dit in een tijd van marktwerking ook onnodig, zeker wanneer zij in de toekomst eventueel bepaalde ziekenhuizen niet meer willen contracteren. Zorgverzekeraar C zegt daarnaast dat zorgverzekeraars minder marktmacht hebben dan ziekenhuizen. Uit stukken van de NZa blijkt ook dat zij vinden dat de macht eerder bij ziekenhuizen ligt dan bij zorgverzekeraars. Er is tussen beide actoren sprake van een wederzijdse afhankelijkheid.

“Je ziet dat ziekenhuizen dicteren, maar tegelijkertijd ook begrijpen dat de markt aan het veranderen is. Het is een wederzijdse afhankelijkheid. Waar wij een groot marktaandeel hebben, is de afhankelijkheid van ziekenhuizen ook groter.” (Zorgverzekeraar C)

De drie geïnterviewde zorgverzekeraars, Achmea, Zorg en Zekerheid en DSW, hebben geen winstoogmerk en zijn dus non-profit organisaties. Dit betekent dat eventuele winsten ten goede komen aan de klant en dat kan zich onder andere uiten in een verlaging van de nominale premie. In § 2.5 werd gesteld dat vooral op winstgerichte organisaties zich steeds beter oriënteren op concurrentie. Voor bovengenoemde non-profit verzekeraars zal dat ook opgaan, omdat zij door een lage premie mogelijk nieuwe verzekerden aan kunnen trekken. De daadwerkelijke invloed van het opnemen van kapitaallasten in de DBC prijs op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars is nog niet goed te voorspellen. Verzekeraars geven aan meer op de prijs te zullen letten, omdat de dekking van de kapitaallasten per ziekenhuis verschillend zijn en er geen sprake is van een gelijk speelveld, hierbij komt duidelijk de dynamiek van de marktwerking naar voren. De spelregels die gelden op een gereguleerde markt, zullen zich op dit volgens hen ‘ongelijke’ speelveld afspelen. Het doel van marktwerking is met het scheppen van deze dynamiek gehaald. Dit betekent dat het onderhandelingsspel op een bepaalde wijze aangepast moet worden (zie § 4.4.3).

Alle ziekenhuizen denken dat de kapitaallasten op een bepaalde manier door zullen werken op het zorginkoopbeleid van de verzekeraar. Het is voor sommigen alleen nog niet duidelijk op welke manier dat zal gebeuren. Verzekeraars gaan al wel ander gedrag vertonen.

“Per saldo zijn wij nu een vrij goedkoop ziekenhuis. Over een paar jaar zal de renovatie starten en worden we duurder. Het is nog niet duidelijk of verzekeraars dit dan als een gegeven zullen beschouwen, maar ik merk dat ze zich daar nu al wat opportunistisch in gaan gedragen.” (Ziekenhuis 4)

De gedragsverandering van verzekeraars geeft juist de dynamiek van de marktwerking aan. De ‘opportunistische’ reactie van zorgverzekeraars is een logisch gevolg van de veranderingen op de markt van de gezondheidszorg. De spelregels veranderen, waardoor actoren zich anders gaan gedragen. Ziekenhuis 5 zegt vooral benieuwd te zijn naar de manier waarop kapitaallasten kunnen worden uitonderhandeld in relatie tot het vaststellen van de DBC prijzen. Daarbij gaat goede informatie een steeds belangrijkere rol spelen. Ziekenhuizen krijgen steeds vaker een spiegel voorgehouden met de prestaties van andere ziekenhuizen.

“En daar zul je steeds vaker last van krijgen. Zeker als je in een gebied zit dat veel ziekenhuizen heeft. Wij hebben veel informatie, maar verzekeraars krijgen ook steeds meer informatie. Zij kunnen daar ook steeds beter mee omgaan” (Ziekenhuis 1).

Er komt ook een grote druk op de concurrentie wanneer er gelet wordt op de toetreding van ZBC's. Zij halen een deel van de markt weg voor de ziekenhuizen (in de randstad) en kunnen tevens goedkoper zijn, omdat zij vooral een homogene productstructuur hebben. Zij kunnen meer produceren van hetzelfde product en behandelen doorgaans een minder zware patiëntencategorie. Ook hebben zij lage kapitaallasten en kunnen zich beter en goedkoper huisvesten.

Deskundigen van adviesbureaus denken dat er wel sprake is van een veranderend inkoopbeleid, maar dat vooral de patiënt nog grote inspraak zal hebben. Het gaat er dan om hoe patiënten het ziekenhuis gaan ervaren. Klantvriendelijkheid, een mooi gebouw dat een patiënt aanspreekt en waarin hij of zij goed wordt verzorgd, spelen een grote rol in de keuze van een patiënt voor een bepaald ziekenhuis. Daar zullen zorgverzekeraars bij de zorginkoop op moeten letten. De bank heeft daarbij nog wel een kritische opmerking, omdat het verliezen van verzekerden voor verzekeraars nog een heikel punt is.

“Verzekeraars zijn voorlopig nog heel bang voor patiënten, want dat zijn hun verzekerden. Ze roepen wel dat ze patiënten proberen te sturen, maar als je met bestuurders praat zijn zij als de dood dat die verzekerden hen de rug toekeren. Aan de andere kant: wanneer de patiënten goed bejegend worden en de beste zorg krijgen, zie je dat ook wel terug in de resultaten.”

Vooraf voor regionale zorgverzekeraars zal dit belangrijk zijn. Zij zijn gebonden aan de regionale verzekerden, die zich gemakkelijk bij een landelijke verzekeraar aan kunnen sluiten. De regionale verzekeraars zijn daarbij ook gebonden aan fysieke grenzen en kunnen zich niet zomaar verplaatsen. Landelijke verzekeraars hebben dan het voordeel over het hele land te kunnen inkopen en zo in hun onderhandelingen hoge kapitaallasten op te vangen door ziekenhuizen met lage kapitaallasten. Daarnaast hebben landelijk verzekeraars ook een druk om de prijs zo uniform mogelijk te houden waardoor zij niet minder kritisch tegenover hoge kapitaallasten van ziekenhuizen zullen staan. Bij de regionale verzekeraars is er daarentegen ook vaak sprake van een inkoopcombinatie (met andere regionale verzekeraars) aan de onderhandelingstafel, waardoor zij sterker staan in onderhandelingen met ziekenhuizen.

4.4.2 Verandering in strategie of zorginkoopbeleid verzekeraar in de toekomst

Verzekeraars zeggen meer te zullen letten op wat voor producten ze waar inkopen. Sinds de invoering van het B-segment zijn ziekenhuizen meer gericht op het verbeteren van kwaliteit. Ziekenhuizen hebben een grotere prikkel gekregen om inzicht te krijgen in hun processen en deze te verbeteren waar dat nodig is. Zo kunnen zij zich onderscheiden in de omgeving en de aandacht van de verzekeraar naar zich toetrekken.

Het AD en de Elsevier presenteren jaarlijks ‘lijstjes’. Op basis van prestatie-indicatoren proberen zij onderscheid tussen ziekenhuizen, onder andere op het gebied van kwaliteit, aan te brengen. *“En die lijstjes vinden ze natuurlijk niet leuk. Dat vinden wij ook niet leuk als we daarin voorkomen. Maar je zult toch moeten proberen enigszins bovenaan te komen”* (Zorgverzekeraar B). De transparantie en de informatievoorziening wordt op deze manier voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars steeds groter.

Zoals ook eerder aangegeven zeggen verzekeraars graag een gelijk speelveld te hebben, maar is dit bijna onmogelijk, omdat ziekenhuizen waarbij zorg wordt ingekocht, zich in verschillende stadia van nieuwbouw bevinden. Anders is het idee dat zorgverzekeraar C heeft over een mogelijke strategie voor de toekomst:

“Je zit nu in een overgang, dus nu is er sprake van een schoning vanuit het budget, daar kun je bij aansluiten. Je kunt je aansluiten bij werkelijke kapitaallasten van instellingen in de jaarrekening en je kunt rekening houden met toekomstige bouwprojecten. Wij hebben ervoor gekozen dat we naar marktconforme prijzen willen en dat betekent dat kapitaallasten een integraal onderdeel zijn van de totaalprijs. Uiteindelijk komt het op marktmacht aan of je het gaat binnenhalen of niet. Daar zitten dus ziekenhuizen onder die relatief gunstig uit het oude regime komen en hebben daar voordeel bij. Zij krijgen dan misschien meer in de prijs vergoed, maar moeten hier in de toekomstige bouw wel rekening mee gaan houden. Ziekenhuizen die net nieuwbouw gepleegd hebben of op korte termijn zullen nieuwbouwen, zullen niet komen aan dat gemiddelde percentage en zullen hun verlies op korte termijn moeten nemen of hun bouwplannen moeten aanpassen.” (Zorgverzekeraar C)

Alle respondenten hechten belang aan het ‘niet uit het oog verliezen van kwaliteit door verzekeraars’. Bij de premiestelling voor dit jaar hebben verzekeraars vooral gelet op de prijs.

“Ik weet niet of dat zo blijft. Ze hebben dat gedaan om marktaandeel te kopen. Ik denk dat dit op een gegeven moment wel stabiliseert en dan moeten zij zich toch ook gaan onderscheiden op andere dingen.” (Ziekenhuis 2)

Zorgverzekeraar C vindt een commitment aan ziekenhuizen afgeven niet de oplossing voor de problemen die zij kunnen hebben met de kapitaallasten van het vastgoed. Ze willen wel betrokken zijn bij het bouwproces en zo een goede vertrouwensrelatie scheppen. Daarbij is het sturen van verzekerden voor zorgverzekeraar C ‘simpel’ en op den duur mogelijk. Ook de bank denkt hier zo over, mits er sprake is van adequate informatie.

‘Hoe meetbaarder dingen worden, hoe makkelijker dat straks zal zijn. Als een kliniek de beste orthopedische ingrepen verzorgt tegen een zo laag mogelijke prijs, willen de patiënt en daar ook naartoe en zijn ze te sturen, dat is dan geregeld. Patiënten zijn daar zeker toe bereid. Misschien niet de oudere generatie, maar de hedendaagse patiënten kijken echt wel naar de best mogelijke behandeling die hij of zij kan krijgen voor de diagnose die is gesteld. Dan gaan ze naar Amsterdam, of desnoods naar Amerika, daar geloof ik wel in... Maar het zal geen aardverschuiving teweeg brengen, denk ik.’

Zorgverzekeraar A heeft daar een andere mening over: *“Je kunt niks, helemaal niks. Het is een gegeven in de wet dat een verzekerde recht heeft op zorg. Als jij verzekerd bent, moet ik*

betalen. En daar kun je als verzekeraar niets aan doen. Je moet betalen, waar de patiënt ook heengaat, je hebt geen keuze.”

De wetgeving is voor zorgverzekeraar A leidend. Voor deze verzekeraar is marktwerking niet de oplossing en is er sprake van een ‘spel’. Dat verandert volgens deze respondent niets aan het feit dat de zorgverzekeraar zal moeten opdraaien voor de kosten. Aan de andere kant kan hij deze kosten drukken, door slimmer in te kopen. Een heldere strategie is voor hen noodzakelijk. Volgens zorgverzekeraar B draait het vooral om de inventiviteit van verzekeraars. Met betrekking tot de kapitaallasten in de DBC's hebben zij nog geen duidelijke strategie, het draait eerder om het totaalplaatje. Het inkoopbeleid zal zich dan daaraan aanpassen. *“Als ziekenhuizen zich echt uit de markt gaan plaatsen met hoge kapitaallasten, uit dat zich in veel te hoge prijzen. Dat houdt dan voor een verzekeraar wel een keer op. Je krijgt een heup of je krijgt geen heup.”*

Het is dus nog moeilijk te beoordelen wat de toekomst gaat brengen voor zorgverzekeraars. Bij zorgverzekeraar C bestaat er een duidelijke strategie, omdat zij een landelijk werkende verzekeraar zijn. Bij de regionale verzekeraars verschillen de meningen tussen het ‘toch niets kunnen doen’ en ‘het inkopen voor een integrale prijs’. Ziekenhuizen merken een verandering, maar hebben nog geen concrete toekomstafspraken gemaakt. Zij zullen vooral een ruime marge op de DBC met betrekking tot kapitaallasten proberen uit te onderhandelen met de verzekeraar.

4.4.3 Onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar

Ziekenhuizen zullen meer risico gaan lopen wat betreft hun kapitaal en moeten in hun investeringsbeslissingen strategische overwegingen meenemen. Dit betekent dat het nu nog maar de vraag is of de afschrijvings- en rentelasten die vroeger gegarandeerd gedekt waren, nu ook gedekt zullen worden. Dit bestaat uit een p (prijs) en een q (volume) component. Bij de q -variabele is het noodzakelijk om een goede dekkingsgraad te krijgen en daarmee daadwerkelijk de opbrengsten uit dit volume binnen te halen.

Bij veel ziekenhuizen speelt de druk in de mate waarop zij de afschrijvingslasten in de DBC prijzen verdisconteerd krijgen, een belangrijke rol. Ziekenhuis 1 heeft een duidelijke visie op de hedendaagse en toekomstige onderhandelingen met betrekking tot de kapitaallasten:

“Eigenlijk heb je maar een jaar het issue kapitaallasten: haal enkele euro's van de DBC prijs af en noem dat als een apart onderdeel tegenover de verzekeraar. In je oude DBC prijs heb je ook de 12,5% zitten, dus dit moet uit de prijs worden gehaald en je nieuwe

kapitaallastenopslag moet hier worden in gestopt, dan is het het volgende jaar een integraal onderdeel van de prijs en heeft wat mij betreft de verzekeraar niks met de kapitaallasten en de prijs die ik daarvoor wil rekenen, te maken.”

De opslag van kapitaallasten vereist dus voor dit jaar een aparte berekening waarbij de oude ‘standaard’ kapitaallastenopslag nog uit te prijs moet worden gehaald en de nieuwe moet worden berekend. Dit wordt dit jaar dan nog uitgelegd tegenover verzekeraars, maar zal in de toekomst minder worden. Ziekenhuis 3 heeft het daarbij tevens over het verschil in de uitbreiding van het B-segment. Wanneer het B-segment 20% blijft of wordt uitgebreid naar 40-50%, maakt het op dit moment nog veel belangrijker om nu goed te onderhandelen over kapitaallasten.

Andere respondenten hebben het vooral over het belang van het ‘totaalpakket’ dat wordt geleverd aan de patiënt en dus ook aan de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraar C vindt het nog te vroeg om een uitspraak te doen over veranderingen in de onderhandelingen, maar dat er gedragsveranderingen plaats gaan vinden, is zeker.

4.4.3.1 Prijs

Er is in ziekenhuizen nog vaak sprake van een ongespecificeerde prijs vanwege een beperkt inzicht in kostprijzen van producten. De marge met de verzekeraar is per definitie niet groot. Ziekenhuis 3 zegt meer te doen voor een gemiddelde prijs, zeker met de komst van de kapitaallasten in de DBC's en de komende nieuwbouw. Zorgverzekeraar C geeft weer aan dat in de dynamiek van de marktwerking deze lasten integraal zullen meewegen in de totaalprijs van de DBC.

“Als verzekeraar vind ik het heel moeilijk in te schatten wat de marges zijn bij een bepaalde DBC prijs voor het ziekenhuis. Ik denk dat dat per ziekenhuis heel erg verschilt. Ik denk ook dat iedere instelling zijn eigen manieren gebruikt om de kostprijs te berekenen. Dat maakt het ook een stuk minder transparant.” (Zorgverzekeraar C)

Het gaat verder ook vooral om de ‘prijstactiek’, zoals adviesbureau 1 zegt. Het is ook belangrijk de prijs die het ziekenhuis vraagt voor een DBC, af te zetten tegen een landelijke benchmark. Verzekeraars krijgen dan meer inzicht in de verschillen tussen ziekenhuizen, puur op de prijs (ander factoren niet meegerekend). Er zullen altijd prijsverschillen blijven, in de dynamiek van marktwerking is dat een gegeven. Dit leidt tot gedragsveranderingen door actoren, onder andere op het gebied van doelmatigheid en kwaliteit. Daarnaast zorgt

onzekerheid wat betreft de regelgeving en de lange termijnrelatie met de verzekeraar ervoor dat ziekenhuizen zoveel mogelijk uit de DBC prijs willen halen.

4.4.3.2 Volume

Voor ziekenhuizen is het lastig de vaste kosten gericht te beïnvloeden. Over het algemeen zijn bezuinigingen in ziekenhuizen volgens adviesbureau 2 vrij ongericht. Activiteit en geld zijn nog moeilijk aan elkaar te verbinden. Het is verder voor ziekenhuizen lastig met DBC's, omdat zij pas een jaar later (een DBC wordt na een jaar automatisch afgesloten) ongeveer weten wat ze echt hebben gedaan. Dan wordt het totale behandelpad van de patiënt pas duidelijk en kunnen de DBC's worden gedeclareerd. Om de vaste kosten direct te kunnen beïnvloeden, zal vooral een verhoging van de productie voor ziekenhuizen het voornaamste instrument zijn.

Alle respondenten zijn het erover eens dat ziekenhuizen zullen streven naar meer volume om de bezettingsgraad en de productie van het ziekenhuis te optimaliseren om de vaste kosten te kunnen dekken. De zorg staat onder druk om steeds meer volume te realiseren en de kosten te beperken, maar niet tegen elke prijs. Een alternatief om het volume te maximaliseren is, zich te richten op andere gebieden waar een ziekenhuis goed in is. Te denken valt dan aan speciale, bijzondere zorg, maar ook de zorg die je tegen een lage(re) kostprijs kunt leveren. In een concurrerende omgeving is dit ook van belang.

Het maken van volumeafspraken tussen beide partijen is een item dat nog in ontwikkeling is en nog niet concreet plaatsvindt, in de toekomst is dit volgens de respondenten zeker mogelijk. Het voordeel van het ziekenhuis is dat het gegarandeerd een bepaalde productie vergoed krijgt. De verzekeraar kan op deze manier 'controle' houden op de productie van het ziekenhuis. Hier moeten wel hele goede afspraken over worden gemaakt met de ziekenhuizen:

“Als je met elkaar afspreekt: we gaan 100 DBC's doen... en als je het er 101 doet, dan kun je het erover hebben, maar als het er ineens 110 zijn, dan heb je het als ziekenhuis gewoon gratis gedaan. Dan zeg ik als verzekeraar: dankjewel.” (Zorgverzekeraar B)

Dit bevindt zich echter nog echt in een beginstadium. *“Verzekeraars kunnen zeggen: we betalen maximaal 1000 behandelingen of als het er meer dan 1000 worden, willen wij korting krijgen.” (Ziekenhuis 2)* Het ziekenhuis kan dan rekening houden met de vaste kosten die zij uit de verwachte productie halen en die bij 1000 behandelingen kunnen worden gedekt. Aan de andere kant heeft de zorgverzekeraar een probleem wanneer hij te weinig bij een

ziekenhuis inkoopt, bij het ziekenhuis ontstaat er een wachtlijst door een te krappe inkoop. Er moet dan opnieuw worden onderhandeld: dit brengt transactiekosten met zich mee en de positie van de verzekeraar wordt zwakker.

4.4.3.3 Kosten

Respondenten zijn het erover eens dat de interne kostenfocus vooral een onderwerp is dat bij de instelling ligt, voor dekking van de kapitaallasten is het vooral zaak het volume te verhogen. Verzekeraars zeggen wel rekening te houden met de dekking van de kosten door ziekenhuizen, maar hier in de toekomst wel anders tegenaan te gaan kijken.

“En die kosten die ze nu hebben... tussen de duurste en goedkoopste zit misschien wel 30 – 40%. Dat wordt voor een deel verklaard door zorgzwaarte en dat soort zaken. Ook een deel door inefficiency en een deel door kapitaallasten. Dat worden dus de vraagpunten van de toekomst. Hoe ga je daarmee om?” (Zorgverzekeraar C)

Ook volgens de koepelorganisatie willen zorgverzekeraars in de kosten meer transparantie. *“Ze willen als het ware kassabonnen gaan zien. Niet alleen van de kwaliteit, maar ook van de manier waarop je je bezetting hebt georganiseerd en de plaats waar het moet gaan gebeuren de komende jaren.”* De vraag is of zorgverzekeraars wel willen weten hoe de prijs is opgebouwd, zij kijken toch vooral naar de integrale kostprijs. Ook ziekenhuizen zeggen niet bereid te zijn alle zorgprofielen aan de verzekeraar te laten zien, omdat kostprijzen van zorgproducten vooral voor intern gebruik zijn.

4.4.3.4 Kwaliteit van zorg

Op dit moment ligt in de onderhandelingen de nadruk nog vooral op de prijs, want: volume maal prijs is schadelast voor de verzekeraar. Dat hebben verzekeraars volgens ziekenhuizen gedaan om marktaandeel te kopen en verzekerden door een lage premie voor zich te winnen. Een zorgverzekeraar zal ook continuïteit willen: daarin spelen met name patiëntveiligheid, effectiviteit en toegankelijkheid tot kwalitatief goede zorg een belangrijke rol. Verzekeraars zijn ook bereid om te kijken naar de kwaliteit van het ziekenhuisgebouw, in relatie tot de kostprijzen.

De vraag is hoeveel zicht zorgverzekeraars hebben op de kwaliteit die ziekenhuizen leveren, ook de beoordeling van deze kwaliteit is moeilijk. Op dit moment hebben zorgverzekeraars daar niet de goede instrumenten voor, waardoor ze nog vooral naar volume en prijs kijken, daarom zullen ze vooral aan ziekenhuizen vragen de kwaliteit zichtbaar te maken en te

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

onderbouwen. Volgens ziekenhuizen mag er aan kwaliteit best een prijskaartje hangen, dit wordt alleen moeilijker wanneer ook nog eens de kapitaallasten hoog zijn.

“Wanneer de vastgoedcomponent in de DBC prijs hoog is, zijn de andere componenten laag. Dan zou ik haast zeggen: in zo'n ziekenhuis moet je niet zijn, want dat gaat ten koste van de kwaliteit van de dienstverlening.” (Zorgverzekeraar A)

Kwaliteit in de nieuwbouw kan volgens het CBZ door een keurmerk, in samenwerking met de IGZ, gewaarborgd worden. Zorgverzekeraar C staat daar ook positief tegenover. *“Dan kun je zeggen in onderhandelingen: wij willen graag dat jij bouwt conform het keurmerk van bijvoorbeeld een CBZ of misschien is er een andere slimme jongen die daarin stapt. Ik denk dat je met certificering een hoop kunt bereiken.”*

Uiteindelijk zijn respondenten het er allen over eens dat het wel een onderhandeling blijft. Als verzekeraars zich kunnen vinden in de onderbouwing van de prijs en ze zien dat ze niet betalen voor iets wat ze ook niet krijgen, zullen ze bereid zijn hierover te overleggen.

In bijlage 3 is een duidelijk overzicht van de meningen van de respondenten over de onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar op het gebied van volume, prijs, kwaliteit en kosten, opgenomen.

4.4.4 Conclusie

De vaste kosten in de DBC prijs gaan in de toekomst een steeds grotere rol spelen. De zorgverzekeraar onderhandelt met het ziekenhuis over volume, prijs en kwaliteit. De spanning tussen het interne (productie, bezettingsgraad) en externe (marketing, verkoop) beleid van het ziekenhuis komt tot uiting in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. De invloed die het opnemen van kapitaallasten op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft, is volgens beide actoren nog niet goed te voorspellen, er is geen sprake van een gelijk speelveld. Daartegenover staat dat dit een onbereikbaar doel is, omdat ziekenhuizen zich in verschillende stadia van (nieuw)bouw bevinden en dit de dynamiek van marktwerking juist verhoogt. De spelregels veranderen, evenals het gedrag van beide actoren in de onderhandelingen. Zorgverzekeraars geven aan in eerste instantie vooral over de prijs te zullen praten in relatie tot de kwaliteit zorg die verzekerden nodig hebben. Het draait volgens ziekenhuizen om goede interne en externe informatie. Niet alle ziekenhuizen zijn bereid in de toekomst het percentage kapitaallasten aan de zorgverzekeraar bekend te maken. Regionale zorgverzekeraars zeggen nog geen duidelijke strategie te hebben om om te gaan met de kapitaallasten van ziekenhuizen. Het sturen van patiënten is niet voor alle

verzekeraars een optie. Regionale verzekeraars zeggen moeilijk te kunnen sturen, omdat zij maar enkele ziekenhuizen in de regio hebben. De landelijke verzekeraars zijn van mening dat dit wel goed kan. De kern van de onderhandelingen zal vooral gericht zijn op het volume in relatie tot de prijs. Dan wordt ook gelet op de kwaliteitsaspecten van de zorg en het gebouw. Voor de toekomst worden volumeafspraken volgens de respondenten mogelijk, vooral als dat betekent dat de verzekeraars 'controle' kunnen houden op de productie van de ziekenhuizen en verzekerd zijn van een bepaald niveau aan opbrengsten.

4.6 OPERATE: Ziekenhuisbeleid op termijn

4.6.1 Korte termijn

In de vorige hoofdstukken zijn al duidelijk enkele mogelijkheden voor ziekenhuizen genoemd om tegemoet te komen aan de opname van kapitaallasten in de DBC prijs. Voorheen ondervonden ziekenhuizen geen prikkel om het vastgoed op een flexibele en doelmatige manier aan te wenden. Naar het 'operate' gedeelte werd nauwelijks gekeken. Nu zij genoodzaakt worden hier anders mee om te gaan, zullen zij op verschillende termijnen beslissingen moeten nemen..

Het CREM model (zie ook § 2.4.1) is voor de gezondheidszorg een instrument om het vastgoedbeheer een strategische dimensie te geven. Bij dit model worden vier perspectieven onderscheiden die uiteindelijk een koppeling mogelijk maken tussen de vastgoedstrategie en de algemene ondernemingsstrategie .

Dit zijn op strategisch niveau:

- het general management;
- het vastgoedmanagement.

Op tactisch en operationeel niveau:

- het bouwprojectenmanagement;
- het huisvestingsmanagement.

In het REAM model (zie ook § 2.4.2) wordt er aan het managen van ziekenhuisvastgoed nog een tijdsdimensie toegevoegd. Volgens het REAM model zijn er op drie verschillende termijnen mogelijkheden voor ziekenhuizen om te komen tot een actief vastgoedbeheer. Zij onderscheiden daarbij drie sporen:

- optimalisatie van de jaarlijkse huisvestingskosten,
- optimalisatie van het kapitaalbeslag van vastgoed,
- optimalisatie van de waarde van het beheer van vastgoed.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Op termijn zullen de te nemen investeringen in samenhang met de ziekenhuisexploitatie worden beoordeeld. Het is belangrijk dat ziekenhuizen goed kijken naar de markt die zij bedienen en de behoefte die deze markt heeft. Zij zullen meer met een financiële blik naar het vastgoed gaan kijken.

In deze paragraaf wordt ingegaan op het eerste spoor, namelijk de korte termijn:

Respondenten zeggen vooral 'capaciteitsmanagement' en zorglogistiek belangrijk te vinden. Dat betekent een maximale bezetting, langer openhouden van het gebouw en het steeds opnieuw maken van een integrale businesscase. Door langer of vaker open te zijn, kunnen ziekenhuizen met de bestaande capaciteit meer productie leveren.

Het betrekken van de medische staf bij dit soort beslissingen, ook wat betreft vastgoed, is goed om eventuele problemen op te vangen. In de DBC prijzen is het honorarium van de medische specialisten verwerkt. Een hogere productie betekent voor hen dus een hoger inkomen.

“Dan kun je wel zeggen: we gaan een enorme efficiëncyslag maken en daar win je 1% mee, nou, als je door de hogere onregelmatigheidstoeslag etc. dezelfde 1% weer kwijt bent of een heel stuk ontevredenheid krijgt bij dokters, omdat ze een keer 's avonds moeten werken. Verder brengt het langer open zijn ook weer de nodige kosten met zich mee.” (Ziekenhuis 4)

Ziekenhuis 4 heeft hierbij dus een beperkte visie en houdt geen rekening met de mogelijkheid dat artsen juist door langere openingstijden ook hun inkomen zien groeien. Artsen worden nu op een andere (financiële) manier geprikkeld om de doelmatigheid van het ziekenhuis te verhogen. De ziekenhuizen kunnen ook besluiten extra mensen aan te nemen om hieraan tegemoet te komen. Dit is een andere situatie dan wanneer de artsen hier geen vergoeding voor zouden krijgen en zodoende ontevredenheid in de hand wordt gewerkt.

Wanneer ruimtes in het ziekenhuis optimaal benut dienen te worden, zegt ziekenhuis 1 dat het belangrijk is om de medisch staf hierbij te betrekken en medeverantwoordelijk te maken. *“Dat je met die staf ook gaat kijken naar de vorm en inzet van vierkante meters, OK's en poli's.”* Op die manier worden zij gestimuleerd ook optimaal gebruikt te maken van de beschikbare ruimtes en kunnen zij daarop ook worden aangesproken. Zij worden geïnteresseerd op het moment dat zij merken dat ze door de te hoge prijs klandizie gaan verliezen.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Op de korte termijn zal vooral de dekking van de vastgoedkosten gerealiseerd moeten worden door de zorgproductie, het optimaal benutten van de ruimte van de instelling en het proberen af te stoten van bepaalde vastgoeddelen, opdat deze voor andere doeleinden kunnen worden gebruikt.

“Op korte termijn kun je je keuken afstoten en een cateraar betrekken. Keukenmaaltijden, met alle hygiënemaatregelen die je moet treffen, zijn redelijk simpel, je kunt je technische dienst uitbesteden, ook kun je de administratieve processen eruit doen. Je kunt als je wilt het halve ziekenhuis kwijt en inkrimpen tot je patiëntenzorg.” (koepelorganisatie)

De meningen hierover verschillen duidelijk. Het gaat dan wel over het optimaal benutten van het vastgoed, maar sommigen zien dat op de korte termijn niet gebeuren. Uit strategisch perspectief op vastgoed is het mogelijk de keuken of schoonmaak uit te besteden. Uit het perspectief van patiëntenzorg, zijn juist deze ziekenhuisonderdelen essentieel, omdat zij dicht bij het primaire proces staan, patiënttevredenheid is hier in grote mate van afhankelijk. Er zijn dus twee vormen van kwaliteit: de algemene kwaliteit richt zich vooral op het primaire proces, de patiënt, een andere vorm van kwaliteit is te vinden in de kapitaalgoederenvoorraad zelf: het gebouw biedt dan als kwaliteit voor de patiënt, maar ook voor het personeel en diensten. Vastgoed dient dan ondersteunend te zijn aan de kwaliteit voor de patiënt.

De vastgoedvisie en de zorgvisie komen niet altijd overeen. De beslissing om delen van het ziekenhuis af te stoten, vereist dat een directie weer teruggaat naar de core-business en de algemene strategie. Zij zullen er dan achter komen dat de kernactiviteit van het ziekenhuis ligt bij het leveren van zorg. Hierdoor hebben ziekenhuizen een grote verantwoordelijkheid jegens de patiënt en zullen zij beslissingen moeten nemen die ten goede komen aan de kwaliteit van zorg. Grenzen tussen deze medische core-business en een actief beheer worden door ziekenhuizen verschillend getrokken. Er is sprake van een zekere gelaagdheid in deze strategie wat op diverse vlakken een duidelijke visie behoeft. De huidige ontwikkeling binnen ziekenhuizen betreft vooral het optimaliseren van de bezettingsgraad: dit betekent dat ruimtes in ziekenhuizen bijna volledig moeten worden benut om hier extra rendement uit te behalen.

Ziekenhuizen zijn aan het nadenken over de concrete inrichting van het gebouw, bijvoorbeeld het verhuren van enkele ruimtes aan winkels: er wordt nagedacht over het afstoten of behouden van bepaalde delen van zorg en tevens de alternatieve aanwending van ruimtes (zie ook § 4.6). Dit staat in directe relatie met de reeds beschreven flexibiliteit

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

van vastgoed. Door het afstoten van onderdelen van de organisatie komen vierkante meters vrij die op een alternatieve manier moeten worden aangewend. Een brede visie op deze aanwendbaarheid is dan nodig.

Binnen deze alternatieve aanwending zijn verschillende vormen te ontdekken. Binnen de randvoorwaarden van het ziekenhuis kan op het gebied van zorg een ruimte opnieuw worden ingezet voor een ander specialisme, daarnaast kunnen ruimtes aan externe specialismen worden verhuurd. Ook het invullen van delen van een ziekenhuis met zorggerelateerde concepten, zoals preventie- of gezondheidsactiviteiten, is een optie. Nog breder is de maatschappelijke dienstverlening waarbij ziekenhuizen ook andere vormen van zorg (zoals jeugdzorg) binnen de muren van het ziekenhuiscomplex halen.

Ziekenhuizen hebben nog weinig concrete acties ondernomen of plannen gemaakt om deze alternatieve aanwendbaarheid daadwerkelijk uit te voeren. Het MCRZ en het Albert Schweitzer ziekenhuis zijn voorbeelden van instellingen die zich over de randvoorwaarden van het ziekenhuis zelf bewegen. Zij ontwikkelen een breder beeld van de aanwendbaarheid van vastgoed dan overige ziekenhuizen, zij halen juist extra diensten binnen de muren van het ziekenhuis. Ziekenhuizen denken nog onvoldoende na over de gevolgen van het afstoten van een bepaald (specialistisch) deel van een ziekenhuis, de ruimtes die dan vrijkomen, zullen op een bepaalde manier ook weer moeten worden gebruikt. Geen enkele respondent noemt heeft het hier expliciet over: dat is opmerkelijk, omdat hieruit blijkt dat zij nog niet verder doordenken over de mogelijkheden en beperkingen van outsourcing. Zij moeten deze ruimtes goed bezetten om een hogere productie te kunnen krijgen. Ieder ziekenhuis heeft zijn eigen achtergrond en zijn eigen situatie voor vastgoed. Het is dan iedere keer maatwerk hoe ziekenhuizen hiermee om kunnen gaan.

Als er keuzes worden gemaakt, moet er rekening worden gehouden met wat deze keuzes inhouden voor de werkvloer. De meeste ziekenhuizen beginnen hierover een strategische visie te ontwikkelen of hebben dat al gedaan, maar vinden dit toch nog wat onwennig., herin is het voornaamste knelpunt dat er niet voldoende kennis aanwezig is en het moeilijk te beoordelen is of de externe expertise ook juist is: *“het blijft ook een kenniskwestie”*. (Ziekenhuis 4). Het is moeilijk om goede mensen te krijgen. Ondersteuning op het gebied van vastgoed op strategisch niveau is in stedelijke gebieden, waar de ziekenhuisconcentratie op de markt vaak groot is, moeilijk te vinden.

Wanneer externe kennis wordt ingehuurd, moet er van binnen het ziekenhuis ook een goede beoordeling van die kennis plaatsvinden, alvorens deze adviezen over te nemen.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Ziekenhuizen moeten mensen met goede competenties op dit gebied in huis hebben om dit te beoordelen. Vier ziekenhuizen geven aan een eigen huisvestingsafdeling te hebben, deze huisvestingsafdeling bevindt zich op het tactisch en operationele niveau, zij zijn verantwoordelijk voor het dagelijks beheer van het vastgoed en leveren een bijdrage en ondersteuning aan de huisvestingsbehoeften. De fase waarin ziekenhuizen met betrekking tot het huisvestingsmanagement verkeren, verschilt. Ziekenhuizen die net gestart zijn met nieuwbouw, hebben vaak een aparte afdeling die dit coördineert. Kleinere ziekenhuizen vooral, zeggen een paar verantwoordelijke mensen te hebben aangesteld die het beheer van het vastgoed in de portefeuille hebben gekregen.

Zorgverzekeraars zeggen ook hier dat het veel uitmaakt in welke fase van de bouw ziekenhuizen zitten. Een bouwtraject neemt 10-15 jaar in beslag voor dat de nieuwbouw daadwerkelijk kan worden uitgevoerd. Het verenigen van de bouw en de interne processen, die van tijd tot tijd ook veranderen, is volgens hen bijna niet mogelijk. Zorgverzekeraar C zegt ook dat het na de goedkeuring van de bouw en de aanbesteding voor het uitvoeren van deze bouw, moeilijk is om nog enige wijzigingen in het gebouw zelf aan te brengen.

“Over het algemeen zul je je vastgoed moeten aanpassen aan je zorgproces. Ziekenhuizen zullen gewoon moeten kiezen waar ze zich op gaan profileren. Het is het meest belangrijk voor ziekenhuizen om keuzes te maken voor de zorgverlening, die ook gevolgen heeft voor het gebouw.” (Adviesbureau 1)

Daarbij zal de productie van het ziekenhuis een steeds grotere rol gaan spelen. Wanneer ziekenhuizen inzicht hebben in de productmix waar zij goed in zijn, kunnen zij een goede dekking geven aan de vaste kosten voor vastgoed.

“Wat je kan doen is te proberen om dekking van je vastgoed in je bekostiging te maximaliseren door goed op je volume te sturen, maar ook op je productmix. Welk deel van de productmix biedt een positief rendement en kunnen we er een grote vastgoeddekking uithalen? Dus sturen op productie, de mix en maximale prijzen in de onderhandelingen met verzekeraars op korte termijn.” (Adviesbureau 2)

Ook ziekenhuisbestuurders willen op korte termijn meer inzicht hebben in de kostprijzen en de financiën voor huisvestingslasten. Het leegstaan van kantoorruimtes door (flexibele) werktijden, moet worden voorkomen, opdat alle ruimtes elke dag worden gebruikt. Het daadwerkelijk toevoegen van waarde aan het gebouw is een punt voor de middellange en lange termijn.

4.6.2 Middellange en lange termijn

Op middellange en lange termijn heeft het REAM model vooral te maken met de vermogenspositie van de instelling en de financiële weerbaarheid en flexibiliteit van het kapitaal. Het optimaliseren van de waarde van het vastgoed, alsook herontwikkelings- en herbestemmingmogelijkheden, behoren tot de lange termijn. Dit kan resulteren in een kosten- en oppervlaktebesparing en beter benutting van de ruimten van het ziekenhuis.

Ook op middellange en lange termijn staat de dekking van de kapitaallasten centraal. Naast het onderhandelen met de verzekeraar, blijft het volumeaspect een punt van eventuele winst.

“Als je twee keer zoveel omzet weet te draaien, mag de procentuele vergoeding op een DBC best lager zijn, want dat dek je dan toch wel. Dat kun je maar in beperkte mate doen, want je bouwt een ziekenhuis toch op een bepaalde capaciteit, die kun je niet zomaar verdubbelen. Je moet die ruimtes slim blijven gebruiken.” (Ziekenhuis 2)

Door alle respondenten wordt een actiever vastgoedbeleid nodig geacht (zie ook § 2.3). Een efficiëntieslag met betrekking tot de vormgeving van je gebouw, wordt door iedereen beaamd.

“Dat kost je een aantal jaren om dat soort zaken te effectueren, maar daar ligt wel de winst in, denk ik. Het begint in feite met zorgbeleid en zorglogistiek en op het moment dat je daar ervaringen mee opdoet, kun je in je bouw een aantal dingen daar alvast beter op aan laten sluiten die nu misschien nog knellen, omdat je oude gebouw nu eenmaal staat zoals het staat.” (Adviesbureau 2)

Deze deskundige gaat in op de bestaande capaciteit van het ziekenhuisgebouw. Ook ziekenhuizen proberen vooral binnen de randvoorwaarden in het ziekenhuis oplossingen te vinden. Op ‘operate’ niveau zullen ziekenhuizen moeten vertrouwen op de beslissingen die zijn genomen in de voorgaande stappen, namelijk in ‘design’, ‘finance’ en ‘build’. De fase waarin ziekenhuizen wat betreft deze elementen verkeren, is verschillend. Nieuwbouwziekenhuizen hebben in de fase van ‘build’ en ‘financiering’ andere uitgangspunten, omdat zij andere afspraken hebben gemaakt dan ziekenhuizen die nog geen belangrijke beslissingen in deze fase hebben hoeven te nemen. Dit zal daarom ook verschillen geven in de kapitaallastenopslag in de DBC’s. In de fase ‘marketing & reimbursement’ zal dit in de onderhandelingen met zorgverzekeraars zijn uitwerking hebben.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

“Maar er komt een tijd dat je er onder valt. Dan kun je je reserves weer opplussen. Als je structureel hoger zit, prijs je jezelf uit de markt, dan kun je je producten niet meer slijten aan je afnemers. Dan moet je dingen af gaan stoten of gaan verkopen en terugleasen of je moet iets met je grond of locatie gaan doen.. er is genoeg mogelijk. Je kunt ook met je verzekeraar gaan praten: we hebben er alles aan gedaan en komen zo uit... zijn jullie bereid daar op de lange termijn afspraken over te maken?” (Zorgverzekeraar C)

Het bepalen van de capaciteit moet vooraf goed gebeuren. Dat geldt niet alleen voor de vierkante meters, maar ook voor de apparatuur, ook hier speelt op lange termijn dat ziekenhuizen na kunnen denken over langere openingstijden. Op lange termijn zal ook de trend blijven bestaan dat ziekenhuizen steeds meer nadenken over het uitbesteden van diensten; hoe dat er in de toekomst precies uit gaat zien, is nog niet duidelijk. Dit is opvallend, omdat ziekenhuizen door de komst van de kapitaallastenbrief hier toch steeds meer over na zouden moeten denken.

Door verschillende respondenten wordt gesproken over samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen. Verder zijn er ook internationale veranderingen waar rekening mee moet worden gehouden, bijvoorbeeld spelers die uit het buitenland naar Nederland komen en andersom. Zoals er eerder uiteen is gezet, komt het er op neer dat de functionele waarde van het vastgoed op de agenda blijft staan; er komt echter een strategische en financiële waarde bij.

Aan het eind van de stappen van het DFBMO model is het noodzakelijk om de vraag te stellen of het ‘operate’ niveau verbetering voor het ‘design’ kan betekenen; aan het toepassen van de kapitaalgoederenvoorraad op de productie zitten (fysieke) grenzen. De grootte van het bestaande ziekenhuis of de verbouwing legt aan het ‘operate’ niveau zijn beperkingen op. Als er meer geproduceerd moet worden, terwijl de ziekenhuisgrenzen dit niet toelaten, moeten ziekenhuizen goed kijken naar nieuwe mogelijkheden in het bouwtraject. Dan zullen het ‘design’ van het vastgoed en zorgproces en de verdere stappen in het besluitvormingsproces weer besproken moeten worden. Zij moeten wel zich bewust zijn van het feit dat gepasseerde stappen in het model de mogelijkheid tot aanpassing verkleind.

4.6.3 Conclusie

Om tot een actiever vastgoedbeheer te komen, is het gebruik van het REAM model mogelijk. Dit model onderscheidt drie termijnen: (kort, middellang en lang) waarop ziekenhuizen hun vastgoedstrategieën kunnen richten. Dit REAM model gaat specifiek in op de

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

vastgoedsituaties van de gezondheidszorg, terwijl het CREM model vooral voor andere sectoren ontwikkeld is. Ziekenhuizen zullen het vastgoed aan moeten passen op het zorgproces. Op de korte termijn zullen ziekenhuizen zich vooral moeten richten op het optimaal benutten van bestaande ruimtes, het zogenoemde capaciteitsmanagement. Door een maximale bezetting te genereren, kunnen er meer DBC's worden gedeclareerd, wat voor een betere dekking voor de vaste kosten zorgt. Uit strategisch perspectief op vastgoed is het mogelijk om bepaalde diensten, zoals keuken of schoonmaak, uit te besteden. Ziekenhuizen doen dit tot op heden nog bijna niet, maar denken hier wel over na. Uit het perspectief van patiëntenzorg, zijn juist deze onderdelen essentieel, omdat zij dicht bij het primaire proces staan. Vastgoed dient vooral ondersteuning te bieden aan de kwaliteit voor de patiënt.: de vastgoedvisie en de zorgvisie komt dus niet altijd overeen. Ziekenhuizen denken wel na over hoe zij in de toekomst hun ruimtes optimaal kunnen benutten, zoals het aanbieden van winkels en het inhuren van andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld fysiotherapeuten die gebruik mogen maken van de beschikbare ruimtes of de ruimtes die in de nieuwbouw beschikbaar komen. Ze denken echter niet verder over het benutten van vierkante meters bij het vrijkomen van eventueel afgestoten onderdelen in de toekomst. De alternatieve aanwendbaarheid wordt steeds belangrijker. Zij kunnen handelen binnen de randvoorwaarden van het ziekenhuis, maar ook daarbuiten, zoals het aantrekken van maatschappelijke initiatieven. Op de korte, de middellange en de lange termijn, wordt het inzicht in de kostprijzen van ziekenhuizen steeds belangrijker. Wanneer ziekenhuizen op de middellange tot lange termijn besluiten vastgoeddelen af te stoten of specialismen niet meer aan te bieden, moeten zij weten wat wel en wat geen rendement opbrengt. Door een goede zorglogistiek kan een ziekenhuis optimaal gebruik maken van zijn capaciteit. Samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen worden niet uitgesloten. Externe verantwoording wordt belangrijk wanneer zorgverzekeraars zeggen goede onderbouwingen willen zien.

Op 'operate' niveau zullen ziekenhuizen moeten vertrouwen op de beslissingen die zijn genomen in de voorgaande stappen van het DFBMO model. De fase waarin ziekenhuizen in deze stappen verkeren, is verschillend. Nieuwbouwziekenhuizen hebben in de fase van 'build' en 'financiering' te maken met andere financiële en bouwkundige uitgangspunten: dit zal daarom ook verschillen geven in de kapitaallastenopslag in de DBC's. In de fase 'marketing & reimbursement' zal dit in de onderhandelingen met zorgverzekeraars zijn uitwerking hebben.

4.7 Mogelijkheden en beperkingen voor ziekenhuizen

4.7.1 Mogelijkheden

De veranderingen in de regelgeving scheppen mogelijkheden en beperkingen voor zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars. Ziekenhuizen krijgen meer ruimte om hun vastgoedbeheer op eigen manier vorm te geven, deze liggen op verschillende stappen van het DBFMO model. Niet alle ziekenhuizen bevinden zich in dezelfde fase van dit model, waardoor mogelijkheden en beperkingen per ziekenhuis verschillen.

Design

- De relatief grote bijdrage van vastgoed aan het primaire proces wordt door geen van alle respondenten ontkend. Bereikbaarheid, klantvriendelijkheid, toegankelijkheid en veiligheid zijn hier onlosmakelijk mee verbonden. Een goed ontwerp van vastgoed, samen met de andere stappen in het model, betekent een goede investering in de toekomst.

Finance

- Het is belangrijk dat de winst die wordt gemaakt op een actief en goed vastgoedbeleid, door het ziekenhuis vrij te besteden is, zo krijgen zij een extra prikkel om het vastgoedbeleid goed te regelen. De toegang voor private investeerders, die geïnteresseerd zijn in het vastgoedbeleid van zorginstellingen, wordt dan gemakkelijker. Op deze manier is het voor ziekenhuizen mogelijk externe financiers aan te trekken voor vastgoedprojecten. Het rendement dat deze investeerders maken, kan worden verhoogd als de winst vrij besteedbaar is.

“Veel mensen gaan zich ermee bemoeien en het gaat over potentieel veel geld. Er valt wat te halen voor het ziekenhuis zelf en als je het vastgoed nu ondoordacht verkoopt, ook voor de ander. Je kunt ook samen met andere partijen risico's delen, tot een gezamenlijke vastgoedportefeuille komen, zonder de voordelen helemaal weg te geven.” (Adviesbureau 2)

Build

- In de bouw van het vastgoed moeten ziekenhuizen zich steeds beter gaan oriënteren op de consequenties van vastgoedbeslissingen. Door het ontwerp en de (ver)bouw op elkaar af te stemmen, ontstaat de mogelijkheid dat ziekenhuizen zich kunnen onderscheiden van hun omgeving. Dit is afhankelijk van de specifieke kenmerken van een ziekenhuis, maar het is belangrijk om hiervoor een strategie te ontwikkelen. Als een ziekenhuis mede door het vastgoed een uitmuntende bedrijfsvoering krijgt en andere ziekenhuizen een matige, dan betekent dat een strategisch voordeel voor dit ziekenhuis.

Marketing & Reimbursement.

- Voor verzekeraars is het goed dat er steeds meer inzicht komt in de kostprijzen van ziekenhuizen. Aan de hand daarvan kunnen zij goed zien hoeveel geld ziekenhuizen gemiddeld kwijt zijn aan kapitaallasten. Hierdoor kunnen zij beter de opslagpercentages berekenen en de kostprijzen vergelijken met voorgaande jaren. Dit legt ook meer druk op ziekenhuizen, omdat zij door deze transparantie nog meer worden gestimuleerd een efficiënt zorgproces te ontwerpen.

- Ook kunnen de verzekeraars efficiëntie bevorderen en dat ook afdwingen bij ziekenhuizen. Zorgverzekeraars zullen meer en meer betrokken worden bij vastgoedbeslissingen van ziekenhuizen, omdat zij uiteindelijk voor kostendekking zorgen. Verzekeraars zeggen bereid te zijn in het investeren en het uitproberen van nieuwe initiatieven.

“Ik denk dat je vaak dezelfde belangen hebt. Je kunt ook investeren in nieuwe methoden: je kiest een ziekenhuis uit waar je in investeert en als dat werkt, probeer je het ook bij andere ziekenhuizen in te zetten. Een soort win-win situatie.” (Zorgverzekeraar C)

- Respondenten achten de verzekeraars ‘mans genoeg’ om ‘nee’ te zeggen tegen bepaalde hoge kapitaallasten en ziekenhuizen zullen dwingen om eerst de financiering of het business plan op orde te krijgen. Ziekenhuizen zien dit wat optimistischer in en denken hier nog goed over te kunnen onderhandelen.

- Verzekeraars gaan meer nadenken over het sturen van patiënten en het ‘ontwijken’ van bepaalde hoge kapitaallasten van ziekenhuizen. Zij kunnen meer druk uitoefenen op de ziekenhuizen.

“Ze kunnen zeker voor betere kwaliteit van het gebouw gaan en patiëntvriendelijkheid zit niet alleen in de stenen. Vroeger was het zo: wij waren zeker van de vergunning en verzekeraars zeker van de lasten. Nu kunnen ze zeggen: we vinden toch dat de kwaliteit van dat gebouw ontoereikend is, dus wij zullen proberen onze verzekerden naar een ander ziekenhuis te krijgen, tenzij jullie daar wat aan doen.” (Ziekenhuis 2)

- Verzekeraars kunnen meer bepalen in het aanbod van het ziekenhuis, meer dan zij tot nu toe deden. Het is voor hen mogelijk om patiënten te sturen, maar dit blijkt in de praktijk lastiger te zijn. Zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat het huisvestingsmanagement goed geregeld is, wanneer dat de kwaliteit (én de kostprijs) ten goede komt.

Operate

- Ziekenhuizen kunnen nieuwe zorgconcepten bedenken en nieuwbouw ontwikkelen die patiëntgericht zijn. Ziekenhuizen hoeven zich weinig zorgen te maken over de vraag en het aanbod van zorg: in de toekomst neemt de vergrijzing en de bevolkingsgroei zeker niet af. Mensen zullen steeds vaker een beroep gaan doen op de zorg, wat de productie in ziekenhuizen stimuleert.

- Ziekenhuizen zullen hun productie moeten optimaliseren en optimaal gebruik moeten maken van bestaande gebouwen en ruimtes, zorglogistiek en werktijden van de medewerkers. Zodoende kunnen zij een efficiënt zorgproces maken en door een eventueel lagere kostprijs sterker staan in onderhandelingen met zorgverzekeraars.

- Ziekenhuizen met een aparte huisvestingsafdeling zijn soms jaren bezig met bouwplannen. Het herzien van bepaalde plannen is noodzakelijk wanneer dat voor de toekomst grote verliezen met zich meebrengt. Huisvestingsafdelingen willen dan graag bouwen, terwijl de directie nog niet zeker weet of zij met de plannen, zoals die er op dat moment liggen, door moeten gaan. Zij dienen dan terug te gaan naar de stappen die zijn gezet in het DBFMO model (terug naar 'build') en te bekijken waar aanpassingen kunnen worden gedaan.

- Het CREM model richt zich op organisaties waarbij de vastgoedfocus leidend kan zijn. Dat is in de gezondheidszorg niet het geval. Het model houdt geen rekening met de medische visie op zorg op het tactische en operationele niveau. Vastgoed kan volgens het CREM model wel bijdragen aan het behalen van strategische doelen en organisatiedoelen, dit ondersteunt en faciliteert ook het primaire proces. Het REAM model vloeit voort uit het vastgoed- en huisvestingsmanagement van het CREM model en is specifiek ontwikkeld voor het vastgoed van zorginstellingen en de toekomstige mogelijkheden hiervan. Ook hier staat in de aanwendbaarheid van het vastgoed de zorgvisie in mindere mate centraal. De mogelijkheden met vastgoed van ziekenhuizen in dit model worden benaderd vanuit een vastgoedvisie in plaats van uit een zorgvisie. Ziekenhuizen moeten bepalen waar zij over een aantal jaar willen staan met hun vastgoed en hun patiëntenzorg. Minstens zo belangrijk is het bekijken waar zij nu, ten opzichte van anderen, staan met hun vastgoed. Dit vereist een duidelijke strategie, gekoppeld aan de visie en missie van de organisatie. In die zin is het gebruik van een CREM en REAM model mogelijk, omdat zo kan worden bepaald welke stappen er ondernomen moeten worden om daar te komen. De toegevoegde waarde van deze modellen is dat zij een koppeling mogelijk maken tussen de doelstellingen van de

organisatie en de strategie. Dit eindigt dan in strategische doelstellingen voor de organisatie. Op 'operate' niveau is het goed hier rekening mee te houden.

- Ziekenhuizen kunnen mede efficiënte zorg verkrijgen door zich te richten op vormen van zorg waar zij goed in zijn, zorgproducten waar zij verlies op leiden, kunnen zij proberen af te stoten. Dit zal in de toekomst het geval zijn en ook door de onderhandelingen met verzekeraars worden gestimuleerd.

- Het is belangrijk dat zij na het doorlopen van het DFBMO model weer teruggaan naar het 'design'. Dit kan helpen bij de besluitvorming van ziekenhuizen en de strategie op de lange termijn. Daardoor kunnen zij ook leren van eventuele fouten en krijgen zij inzicht in de mogelijkheden die er nog resten.

4.7.2 Beperkingen voor ziekenhuizen

Design

- Het is belangrijk dat de overheid de verantwoordelijkheden decentraliseert en zich vooral concentreert op het stellen van randvoorwaarden. Als ziekenhuizen meer risico gaan lopen, moeten zij ook zelf de negatieve gevolgen ondervinden. Hier moet de overheid volgens verschillende respondenten buiten blijven. Omdat de overheid dat tot op heden niet doet (bv. door langzame uitbreiding van het B-segment, voorgestelde maatstafconcurrentie), twijfelen respondenten over het feit of de overheid wel een echte vrije markt wil. Dit zorgt ook voor een onzeker toekomstbeeld voor actoren.

“Je moet als overheid opschrijven wat je verwacht en hoe een ziekenhuis dat dan verder regelt en organiseert... of zij daar nou extern kapitaal voor nodig hebben of niet. Uiteraard binnen de ruimte die de overheid daarvoor geeft en binnen de rol die de verzekeraar moet gaan invullen als belangenvertegenwoordiger van de patiënt; daardoor is er meer ruimte voor ondernemerschap” (koepelorganisatie).

Finance

- Het is voor ziekenhuizen toegestaan reserves op te bouwen. Deze mogen tot op heden alleen ten goede komen aan de zorg. Hierdoor kunnen nog geen externe financiers worden aangetrokken.

Build

- Op de korte termijn zijn ziekenhuizen nog gebonden aan het huidige vastgoed. Fysiek, maar ook qua bekostiging. Ziekenhuizen hebben ook te maken met de historie van het

gebouw, vaak zijn de gebouwen een gegeven. Wanneer ziekenhuizen een overschot aan vierkante meters hebben, zijn deze niet altijd geschikt om te verhuren of af te stoten. Wanneer zij hier geen beleid op voeren, kan dit leiden tot extra kosten.

Marketing & Reimbursement

- Beide actoren geven aan het een belemmering te vinden dat het voor de hand ligt dat de DBC prijzen zullen gaan stijgen. In de komende jaren zullen verzekeraars de kapitaallasten van ziekenhuizen niet meer als een apart item zien. Integrale prijzen worden dan leidend.

- Verzekeraars moeten de mogelijkheden krijgen ook daadwerkelijk patiënten bij een slecht presterend ziekenhuis weg te halen. Een deskundige uit een koepelorganisatie gaf het voorbeeld dat zorgverzekeraar Univé in het verleden geweigerd heeft een ziekenhuis in Den Helder te contracteren, waarna de bevolking in opstand kwam en Univé alsnog het ziekenhuis heeft gecontracteerd. Er ligt dus een grote maatschappelijke druk op verzekeraars.

- Wanneer een regionale verzekeraar veel nieuwbouwende ziekenhuizen in de regio heeft, kan hij deze niet compenseren met lage kapitaallasten van ziekenhuizen elders zoals landelijke verzekeraars dat kunnen. Zij zijn vaak wel aangesloten bij inkoopcombinaties, maar hebben daarin nog steeds een achtergestelde positie ten opzichte van landelijke verzekeraars.

- Belemmerend voor verzekeraars zijn de geografische afstanden tussen ziekenhuizen. Als verzekeraars patiënten in de randstad naar een ander ziekenhuis willen sturen, is daar genoeg aanbod, maar dat geldt niet voor alle gebieden in Nederland. Aan de andere kant zijn verzekerden steeds meer bereid om te reizen voor een goede behandeling bij een bepaalde diagnose, wat een voordeel voor de verzekeraars is. Actief sturen en daarbij bepaalde zorg niet inkopen, kan in praktische zin ook leiden tot naamsschade.

“Echt patiënten sturen is heel lastig. De dokter staat heel hoog aangeschreven. Als je dan besluit orthopedie niet in te kopen of moeilijk te doen... de dokter zal in de spreekkamer dan toch gaan mopperen: ‘ja, we krijgen geen geld van de zorgverzekeraar... ga je maar ergens anders verzekeren.’ Je krijgt er in ieder geval geen betere naam door bij je verzekerden.”
(Zorgverzekeraar B)

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

- In die afhankelijkheid kunnen verzekeraars ook in de problemen komen wanneer ziekenhuizen abrupt besluiten om een functie af te stoten. Zorgverzekeraars moeten deze dan elders in gaan kopen.
- Strategische beslissingen zijn, ook bij zorgverzekeraars belangrijk om de toekomst tegemoet te treden, ondanks de onzekerheden die dit met zich meebrengt. Een korte, middellange en lange termijnvisie is ook bij hen onmisbaar. Zorgverzekeraars nemen daarin vooralsnog een afwachtende houding aan.

Operate

- Vrijwel alle respondenten benadrukken de onzekerheid voor de toekomst. Zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars zeggen het lastig te vinden om belangrijke keuzes te maken vanwege de aanwezigheid van deze onzekerheid. De overheid is voor veel respondenten de beperkende factor. Zij beamen het feit dat tijdens het spel de spelregels door de overheid worden veranderd: *“je moet dan gaan schaken en passen.”*

(Adviesbureau 1)

- Op lange termijn zullen ziekenhuizen ook rekening moeten houden met de veranderingen die de zorg zelf jaarlijks meemaakt. Dat heeft onder andere te maken met de inrichting van het gebouw en de zorgprocessen die hierin worden uitgevoerd. De dekking van de vaste kosten die voor ziekenhuizen steeds belangrijker wordt, komt anders in gevaar.
- Deskundigen en respondenten uit ziekenhuizen zijn niet overtuigd van de bruikbaarheid van de DBC-systematiek. Dit zorgt voor weinig vertrouwen en de gedachte heerst dat ziekenhuizen toch nog teveel aan de overheid verbonden blijven. De registratie van DBC's is over het algemeen bij veel ziekenhuizen nog niet in orde. Dit kan problemen opleveren voor de facturering van deze DBC's aan de verzekeraar. Wanneer de rentecomponent in de DBC's verrekend wordt, kan een ziekenhuis door een onvolledige registratie, omzet mislopen. Dit kan verregaande gevolgen hebben, zowel voor de prijs van de DBC's, als voor het exploitatieresultaat van de ziekenhuizen.
- De mogelijkheden van ziekenhuizen en het toevoegen van waarde aan het gebouw worden vooral goed benut door dit goed neer te zetten en verder te kijken dan het gebouw alleen. Het uitbesteden van delen van het gebouw doen ziekenhuizen tot op heden nog (bijna) niet, zij zetten vooral in op het bevorderen van de efficiëntie in bestaande bouw en het inpassen van flexibiliteit in de nieuwbouw.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

- Het maken van keuzes met betrekking tot het uitbesteden van diensten of producten is voor ziekenhuizen een mogelijkheid, maar een grote beperking hierin kan zijn dat hier op dit moment nog steeds BTW voor wordt berekend.

Passief en actief vastgoedbeheer

Ziekenhuizen hebben verschillende ideeën over een passief en een actief vastgoedbeheer. Deze zijn nog heel onduidelijk; zij hebben nog geen duidelijke strategie om op een andere manier met hun vastgoed om te gaan. In de inleiding zijn twee definities van passief en actief vastgoedbeheer gegeven. Bij een actief vastgoedbeheer hoort het vastgoed tot de kernactiviteiten van een organisatie. In de zorg is dit niet mogelijk, daarin staat de patiëntenzorg centraal, waarbij het vastgoed een ondergeschikte rol krijgt toebedeeld. Wanneer ziekenhuizen actiever willen worden, staat dit op gespannen voet met de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Ziekenhuizen hebben niet de mogelijkheid om het vastgoed als hoofdzaak te beschouwen en daarmee de kwaliteit van zorg te verminderen. Een puur actief vastgoedbeheer is dus niet mogelijk.

Tussen het passief en het actief vastgoedbeheer is sprake van een geleidende schaal. Ziekenhuizen denken actiever na over het aanwenden van hun vastgoed, waardoor hun positie ook niet puur passief is te noemen. Ziekenhuizen ontwikkelen op dit gebied wel activiteiten en hebben voornemens om tot een actiever beheer te komen. Dit blijft echter wel bij ideeën. Definitieve keuzes of strategieën op dit gebied, zijn nog niet gemaakt.

De vertaling van strategische beslissingen naar tactisch en operationeel niveau (en van het externe naar het interne beleid) zal steeds nauwkeuriger moeten worden gemaakt. De verbindingen tussen de verschillende niveaus is belangrijk, omdat beslissingen op strategisch niveau een directe uitwerking hebben op het operationele niveau.

Passief en actief vastgoedbeheer zijn dus twee extremen die bij de volledige uitvoering contraproductief werken. Een actief beheer gaat ten koste van de kwaliteit van zorg en een passief vastgoedbeheer kan in een tijd van marktwerking in het nadeel werken van een ziekenhuis. Dit verschilt voor de fases waarin ziekenhuizen met betrekking tot het vastgoed en de bouw verkeren. Sommigen kunnen het zich veroorloven een afwachtende houding aan te nemen, anderen zullen keuzes moeten maken om de kapitaallasten van (nieuw)bouw op te vangen.

Er kan geconcludeerd worden dat in het passieve vastgoedbeheer een actief denken aanwezig is. De verschuiving van een passief naar een actief beheer is niet mogelijk, maar

een actievere houding in het passieve vastgoedbeheer, dat tot uiting kan komen in het actief terugverdienen van kapitaallasten en onderhandelingen met verzekeraars, wel. Dit is zeker nodig om de dynamiek van marktwerking tegemoet te komen.

4.7.3 Conclusie

In het 'design' van het DFBMO model zijn ziekenhuizen gebonden aan de wetgeving van de overheid die kaders aan de zorg stelt, daarnaast is de toekomst voor actoren nog onzeker. Bij het decentraliseren van de verantwoordelijkheden door de overheid moeten ziekenhuizen ook hun eigen beslissingen kunnen nemen. Dit is niet mogelijk door de waarborgen en kaders die de overheid ten aanzien van de zorg stelt. Voor de financiering is het uitkeren van winst nog niet mogelijk. Als winsten in de toekomst mogelijk vrij kunnen worden besteed, is het voor private investeerders aantrekkelijk om ook in zorgvastgoed te investeren, zodoende is het ziekenhuis niet meer alleen afhankelijk van de bank. In 'build' zijn ziekenhuizen nog gebonden aan het huidige vastgoed. De fase waarin ziekenhuizen zich bevinden, is verschillend. Bij de beslissingen in 'build' en de afstemming van de bouw moet rekening worden gehouden met de verdere stappen in het model. Dit vereist vanaf dat moment al een duidelijke strategische visie. Het onderscheidend vermogen dat ziekenhuizen kunnen krijgen, zal bij de zorginkoop van de zorgverzekeraars meespelen. Zorgverzekeraars zijn nog niet volledig in staat verzekeren te sturen, waardoor vooral regionale verzekeraars met nieuwbouwende ziekenhuizen in de omgeving een minder goede positie hebben ten opzichte van landelijke verzekeraars. Regionale verzekeraars nemen vaak zitting in een inkoopcombinatie, maar dit neemt de geografische beperkingen niet helemaal weg. Op het 'operate' niveau speelt zorglogistiek en capaciteitsmanagement een belangrijke rol in het terugverdienen van de kapitaallasten, het vastgoed moet zich aan kunnen passen aan veranderingen die de zorg zelf in een paar jaar doormaakt: flexibiliteit van het vastgoed is dan noodzakelijk, want inzicht in kostprijzen en sturen op renderende onderdelen van het ziekenhuizen, kunnen winstgevend zijn. Ziekenhuizen kunnen zich op deze manier specialiseren en wederom onderscheiden van hun omgeving. Het is belangrijk dat zij na het doorlopen van dit model weer teruggaan het 'design'. Dit kan helpen bij de besluitvorming van ziekenhuizen en de strategie op de lange termijn.

In de inleiding zijn twee definities van passief en actief vastgoedbeheer gegeven. Bij een actief vastgoedbeheer behoort het vastgoed tot de kernactiviteiten van een organisatie. In de zorg is dit niet mogelijk: daarin staat de patiëntenzorg centraal waarbij het vastgoed een ondergeschikte rol krijgt toebedeeld. Ziekenhuizen hebben verschillende ideeën over een passief en een actief vastgoedbeheer, deze zijn nog heel onduidelijk. Zij hebben nog geen duidelijke strategie om op een andere manier met hun vastgoed om te gaan. Goede kennis

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

van vastgoed is op de verschillende niveaus van de organisatie afwezig en er zijn nog geen concrete ideeën over hoe zij in de toekomst met vastgoed om moeten gaan. Wanneer ziekenhuizen actiever willen worden, staat dit op gespannen voet met de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Ziekenhuizen hebben niet de mogelijkheid om het vastgoed als hoofdzaak te beschouwen en daarmee de kwaliteit van zorg te verminderen, een puur actief vastgoedbeheer is dus niet mogelijk.

Tussen het passief en actief vastgoedbeheer is sprake van een geleidende schaal. Ziekenhuizen denken actiever na over het aanwenden van hun vastgoed, waardoor hun positie ook niet puur passief is te noemen. Ziekenhuizen ontwikkelen op dit gebied wel activiteiten en hebben voornemens om tot een actiever beheer te komen. Dit blijft echter wel bij ideeën. Definitieve keuzes of strategieën op dit gebied, zijn nog niet gemaakt.

5. Samenvatting en conclusie

In de vorige hoofdstukken zijn verschillende conclusies, zowel uit de theorie als uit de praktijk, naar voren gekomen. In dit hoofdstuk worden de in de inleiding gestelde theoretische en praktische deelvragen besproken. Ook zal de probleemstelling worden beantwoord. Dit zal tevens de basis vormen voor de aanbevelingen in het volgende hoofdstuk.

5.1 Beantwoording deelvragen

Hoe wordt gereguleerde marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg vormgegeven?

In 2006 is de Zorgverzekeringswet in Nederland van kracht geworden. De overheid heeft hiermee de gereguleerde marktwerking geïntroduceerd. Veel van de wetgeving was er voorheen op gericht om de totale kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Deze kostenbeheersing richtte zich vooral aan de aanbodzijde, waarbij de capaciteit en de prijs door de overheid werd beïnvloed door verschillende planrichtlijnen. Door de invoering van marktwerking beoogt de overheid het bevorderen van het doelmatig handelen van de verschillende actoren in de gezondheidszorg: zorgaanbieders, verzekeraars en gebruikers. Voor hen zijn verschillende rollen weggelegd op de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt. Hierbij ontstaat een spanningsveld met de macrokaders van de financiën van de overheid. Verzekeraars en zorgaanbieders concurreren om de gunst van de klant. Dit doen zij op basis van DBC's. Daarbij zijn twee segmenten te onderscheiden: het A- en B- segment, in het A-segment wordt onderhandeld over parameters en worden productieafspraken gemaakt, in het B-segment vinden de onderhandelingen op basis van DBC's plaats.

Wat is de invloed van gereguleerde marktwerking op het vastgoed van ziekenhuizen?

Op 1 januari 2006 is de WTZi in werking getreden. De WTZi heeft als doel om de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing te ondersteunen. Bij een terugtrekkende overheid worden ziekenhuizen gestimuleerd om met een andere blik naar het vastgoed te kijken. Het nemen van goede investeringsbeslissingen gaat een steeds grotere rol spelen. De kapitaallasten zullen vanaf het jaar 2009 een integraal onderdeel worden van de DBC kostprijs. Ziekenhuizen zullen hun kapitaallasten dus over het onderhandelbare deel van de DBC's moeten terugverdienen. Dit betekent dat zij, anders dan voorheen, risico gaan lopen over het vastgoed. Het investeringsbeleid krijgt een strategische, tactische en operationele dimensie, omdat beslissingen omtrent vastgoed, invloed hebben en krijgen op de gehele bedrijfsvoering van het ziekenhuis, waarbij de nadruk ligt op financiering, kostenbeheersing,

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

risico en rendement. Financiering wordt afhankelijk van de geleverde prestaties en de productie van de instelling op operationeel niveau.

Wat wordt verstaan onder actief vastgoedbeheer van ziekenhuizen?

De nieuwe wetgeving voor vastgoed van ziekenhuizen zorgt voor een verschuiving van een passief naar een actief vastgoedbeheer. Het passieve vastgoedbeheer was sterk afhankelijk van de regelgeving en betrof weinig risico voor zorginstellingen. Pas op momenten wanneer er door zorginstellingen investeringen werden gedaan en er een aanvraag bij het CBZ werd ingediend, kwam het vastgoedbeleid op de agenda van de Raad van Bestuur. Het actief vastgoedbeheer heeft daarentegen juist een strategisch karakter, omdat ziekenhuizen vanuit hun missie of visie hun (vastgoed)beleid vorm dienen te geven, om zodoende de kapitaalgoederen zo effectief en efficiënt mogelijk in te kunnen zetten: het vastgoedbeheer dient dan wel als kernactiviteit te worden beschouwd. Er ontstaat dan een spanningsveld tussen het pure vastgoedbeheer en de medische doelstellingen in relatie tot de kwaliteit van de zorg; flexibiliteit van het gebouw is daarbij onontbeerlijk. Ook de termijnen waarop veranderingen plaatsvinden en de overheid beslissingen neemt met betrekking tot het vastgoed, speelt een belangrijke rol. Het terugverdienen van de kapitaallasten, een onderscheidend vermogen hebben in een concurrerende omgeving, het verantwoorden van beslissingen naar externen, het aantrekken van leningen en daardoor het tegenwicht bieden aan de financiële risico's, wordt steeds belangrijker.

Welke actuele theoretische modellen rond actief vastgoedbeheer sluiten aan bij de gereguleerde marktwerking in de zorg?

Door een actief vastgoedbeheer ontstaat er een directe relatie tussen het interne vastgoedbeleid en de strategie van de zorginstelling. Met behulp van managementmodellen kan er inzicht worden verkregen in het beleid van instellingen of ondernemingen in relatie met de strategie. In de zorg kan gebruik worden gemaakt van verschillende managementmodellen, zowel sectorspecifiek als –overstijgend. Een model geeft de organisatie meer grip op de bedrijfsprocessen en houvast aan de strategie van de organisatie. Voorbeelden van deze sectoroverstijgende modellen zijn: het vijfkrachtenmodel van Porter, de Balanced Scorecard, het INK model en het HKZ model. Met betrekking tot vastgoed zijn er twee sectorspecifieke modellen te noemen, namelijk het Corporate Real Estate Management (CREM) model en het Real Estate Asset Management (REAM) model. In deze modellen is het vastgoed ingebed in de strategie van de organisatie. Deze modellen zijn nog niet puur strategisch te noemen, omdat zij zich ook op het tactische en operationele niveau richten. Ziekenhuizen in een vraaggerichte zorgomgeving hebben een duidelijke missie, visie en strategie nodig. Het CREM model kan in de gezondheidszorg een

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

hulpmiddel zijn om een koppeling te maken tussen het tactische en operationele niveau met de algemene strategie. Een tekortkoming hierin is dat dit model geen rekening houdt met de medische visie op zorg op het tactische en operationele niveau. Vastgoed kan volgens het CREM model bijdragen aan het behalen van strategische en algemene organisatiedoelen, ook ondersteunt en faciliteert dit het primaire proces. Het REAM model verschilt van het CREM model, omdat dit specifiek is ontwikkeld voor het vastgoed van zorginstellingen en de toekomstige mogelijkheden hiervan. Ook in dit model komt het spanningsveld tussen de zorg- en vastgoedvisie in de aanwendbaarheid van het vastgoed bijna niet aan bod.

Welke rol speelt de zorgverzekeraar in de bekostiging van kapitaallasten van ziekenhuizen?

Op de zorginkoopmarkt is de zorgverzekeraar de eerste aangewezen persoon tussen zorgaanbieder en verzekerde. Bijna de helft van de verzekeraars geeft aan na de invoering van de ZVW een ander inkoopbeleid te hebben geïntroduceerd. Bij de opname van kapitaallasten in de DBC prijzen, worden onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en aanbieders scherper. De vaste kosten zoals de afschrijvingslasten op kapitaal of de opslag van indirecte kosten moeten nu tevens gedekt worden in deze onderhandelingen. Een belangrijke stap is dat zorgaanbieders beter kunnen inspelen op de individuele zorgvraag. De kapitaallasten moeten worden gedekt uit de onderhandelingen die tot stand komen met de verzekeraars in het B-segment. Onderhandelingen met verzekeraars zullen dus niet alleen in het teken staan van variabele kostendekking, maar ook in het teken van het dekken van de vaste kosten.

Welke strategieën kennen ziekenhuizen om van een passief naar een actief vastgoedbeheer te komen?

Ziekenhuizen gaan risico lopen met het vastgoed omdat de kapitaallasten een integraal onderdeel worden van de DBC prijs. Niet alleen de variabele kosten, maar ook de vaste kosten moeten worden gedekt. In de inleiding zijn definities van passief en actief vastgoedbeheer gegeven. Bij een actief vastgoedbeheer behoort het vastgoed tot de kernactiviteiten van een organisatie. In de zorg is dit niet mogelijk, omdat daarin patiëntenzorg centraal staat, waarbij het vastgoed een ondergeschikte rol krijgt toebedeeld. Ziekenhuizen hebben verschillende ideeën over een passief en een actief vastgoedbeheer. Deze zijn nog heel onduidelijk, want zij hebben nog geen duidelijke strategie om op een andere manier met hun vastgoed om te gaan. Goede kennis van vastgoed is op verschillende niveaus van de organisatie afwezig en er zijn nog geen concrete ideeën over hoe zij met vastgoed in de toekomst om moeten gaan. Wanneer ziekenhuizen actiever willen worden, staat dit op gespannen voet met de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Ziekenhuizen hebben niet de mogelijkheid om het vastgoed als hoofdzaak te

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

beschouwen en daarmee de kwaliteit van zorg te verminderen. Een puur actief vastgoedbeheer is dus niet mogelijk.

Tussen het passief en actief vastgoedbeheer is sprake van een geleidende schaal. Ziekenhuizen denken actiever na over het aanwenden van hun vastgoed, waardoor hun positie ook niet puur passief is te noemen, zij ontwikkelen op dit gebied wel activiteiten (actief terugverdienen van kapitaallasten in relatie tot onderhandelingen met zorgverzekeraars) en hebben voornemens om tot een actiever beheer te komen. Dit blijft echter wel bij ideeën. Definitieve keuzes of strategieën op dit gebied, zijn nog niet gemaakt.

Ziekenhuizen denken nog te weinig door over de alternatieve aanwendbaarheid van het vastgoed. De verschillende termijnen waarop mogelijkheden ontstaan zijn met behulp van het REAM model wel goed te identificeren: ziekenhuizen zullen het vastgoed aan moeten passen op het zorgproces. Op de korte termijn zullen ziekenhuizen zich vooral moeten richten op het optimaal benutten van bestaande ruimtes: het capaciteitsmanagement. Ziekenhuizen kunnen in theorie proberen om delen van het ziekenhuis af te stoten, zij doen dit tot op heden nog (bijna) niet en hebben hier dus nog geen duidelijke strategie over ontwikkeld. Een kanttekening bij het afstoten van dienstverlenende onderdelen van het ziekenhuis is, dat vanuit het perspectief van patiëntenzorg, deze onderdelen juist essentieel zijn, omdat zij dicht bij het primaire proces staan. Vastgoed dient vooral ondersteunend te zijn aan de kwaliteit voor de patiënt. De vastgoedvisie en de zorgvisie komen dus niet altijd overeen.

Ziekenhuizen denken wel na over hoe zij in de toekomst hun ruimtes optimaal kunnen benutten. Zij richten zich hierbij vooral op de externe partijen die de ruimtes willen huren. Op termijn wordt het inzicht in de kostprijzen van ziekenhuizen steeds belangrijker. Wanneer ziekenhuizen op de middellange tot lange termijn besluiten vastgoeddelen af te stoten of specialismen niet meer aan te bieden, moeten zij weten wat wel en wat geen rendement opbrengt; dit gebeurt tot op heden nog onvoldoende. Samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen worden niet uitgesloten. Externe verantwoording wordt belangrijk wanneer zorgverzekeraars zeggen goede onderbouwingen te willen zien. Echte strategieën zijn hierin nog niet gevormd, bepaalde ziekenhuizen nemen vooral een afwachtende houding aan. Ziekenhuizen die nog niet zijn gaan bouwen, zijn echter wel de plannen aan het herzien of maken toekomstscenario's.

Respondenten uit de 'grotere' ziekenhuizen zeggen over een eigen huisvestingsafdeling te beschikken en actief in te zetten op vastgoedbeheer, de kleinere ziekenhuizen hebben een

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

verantwoordelijke die is aangesteld om het vastgoedbeleid vorm te geven. Directe aansturing door de directie of Raad van Bestuur is door allen gewenst en nodig voor een actief vastgoedbeheer, maar de mate waarin er wordt aangestuurd is afhankelijk van de grootte van de organisatie.

Hoe wordt het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar beïnvloed door de opname van vastgoedlasten in de DBC prijs?

De vaste kosten in de DBC prijs gaan in de toekomst een steeds grotere rol spelen. De zorgverzekeraar onderhandelt met het ziekenhuis over volume, prijs en kwaliteit. De invloed die het opnemen van kapitaallasten op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft, is volgens beide actoren nog niet goed te voorspellen, er is geen sprake van een gelijk speelveld. Daartegenover staat dat dit een onbereikbaar doel is, omdat ziekenhuizen zich in verschillende stadia van (nieuw)bouw bevinden en juist dit de dynamiek van de marktwerking in de hand werkt. De afwegingen die verzekeraars gaan maken bij inkoop van zorgproducten, zullen wel veranderen. Zij geven in eerste instantie aan vooral over de prijs in relatie tot de zorg die verzekerden nodig hebben, te zullen praten. Het draait volgens ziekenhuizen om goede interne en externe informatie; transparantie wordt vooral voor de verzekeraar belangrijk, maar niet alle informatie is ook bij de zorgverzekeraar bekend. Ook zijn niet alle ziekenhuizen bereid om in de toekomst het percentage kapitaallasten aan de zorgverzekeraar bekend te maken. Regionale zorgverzekeraars zeggen zelf nog geen duidelijke strategie te hebben om om te gaan met de kapitaallasten van ziekenhuizen. Het sturen van patiënten is niet voor alle verzekeraars een optie. Regionale verzekeraars zeggen moeilijk te kunnen sturen, omdat zij maar enkele ziekenhuizen in de regio hebben, de landelijke verzekeraar daarentegen is van mening dat die dit wel goed kan.

Hoe veranderen onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar?

Voor ziekenhuizen geldt dat zij de huisvestingslasten niet langer op nacalculatiebasis vergoed krijgen, want zij krijgen te maken met hogere rentekosten, omdat er sprake is van een groter financieel risico op het kapitaal. Zorgverzekeraars hebben tevens te maken met ziekenhuizen in de regio die 'nu eenmaal' een inefficiënt gebouw bezitten. Dit heeft voor regionale verzekeraars grotere gevolgen dan voor landelijke, omdat landelijke verzekeraars hoge kapitaallasten kunnen uitmiddelen met ziekenhuizen die lage kapitaallasten hebben, daarnaast hebben UMC's een andere positie ten opzichte van perifere ziekenhuizen. Zij hebben vaak een zwaardere patiëntencategorie, waardoor zij een vaak hogere DBC prijs hebben. Ziekenhuizen vertellen de verzekeraar vooral een totaalpakket aan te willen bieden, een integrale kostprijs, waarin de kapitaallasten reeds verdisconteerd zitten. De kostenfocus ligt volgens zorgverzekeraars vooral bij het ziekenhuis. De kern van de onderhandelingen zal

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

vooral gericht zijn op het volume in relatie tot de prijs. Kwaliteit komt op een duidelijk lagere plaats, maar respondenten geven aan dat het een samenspel van alle factoren is. Zorgverzekeraars geven aan vooral een goed product te willen en niet te willen betalen voor iets wat ze ook niet krijgen. Voor de toekomst worden volumeafspraken volgens respondenten mogelijk, vooral als dat betekent dat de verzekeraars 'controle' kunnen houden op de productie van het ziekenhuis en het ziekenhuis verzekerd is van een bepaald niveau aan opbrengsten.

Wat betekent dit voor de bezettingsgraad en bekostiging van ziekenhuizen op basis van DBC's?

Ziekenhuizen hebben meer kansen en vrijheden om met het vastgoed om te gaan, maar dit brengt ook risico's met zich mee. Er wordt meer druk gelegd op het spanningsveld tussen het interne (productie, bezettingsgraad) en externe (verkoop, marketing) beleid van een ziekenhuis. De onderhandelingen met verzekeraars zijn belangrijk om de DBC's bekostigd te krijgen en de opbrengsten binnen te halen. De invloed die het opnemen van kapitaallasten op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft, is volgens beide actoren nog niet goed te voorspellen. De spelregels veranderen, evenals het gedrag van beide actoren in de onderhandelingen. De kern van de onderhandelingen zal vooral gericht zijn op het volume in relatie tot de prijs, daarnaast wordt ook gelet op de kwaliteitsaspecten van de zorg en het gebouw. Ziekenhuizen zullen hun productie moeten optimaliseren en moeten optimaal gebruik maken van bestaande gebouwen en ruimtes, zorglogistiek en werktijden van de medewerkers. Door een maximale bezetting te genereren, kunnen er meer DBC's worden gedeclareerd, wat voor een betere dekking voor de vaste kosten zorgt, hierdoor kunnen zij hun DBC prijzen in de onderhandelingen eventueel verlagen en hun productie verhogen. Wanneer ziekenhuizen volumeafspraken met verzekeraars kunnen maken, kunnen zij een deel van de bekostiging en bezettingsgraad veilig stellen en zijn zij verzekerd van inkomsten. Zowel ziekenhuizen als verzekeraars staan hier positief tegenover. Ziekenhuizen zullen dus meer en meer een ondernemende organisatie moeten worden.

Wat zijn mogelijkheden en beperkingen voor ziekenhuis en zorgverzekeraar bij het opnemen van kapitaallasten in de DBC prijs?

In het 'design' van het DFBMO model zijn ziekenhuizen gebonden aan de wetgeving van de overheid, die kaders aan de zorg stelt, daarnaast is de toekomst voor de actoren nog onzeker. Bij decentraliseren van verantwoordelijkheden door de overheid, moeten ziekenhuizen ook hun eigen beslissingen kunnen nemen., maar dit is niet mogelijk door de waarborgen en kaders die de overheid ten aanzien van de zorg stelt. Banken zullen een hogere risico-opslag vragen en voor de financiering is het uitkeren van winst nog niet

mogelijk. Als winsten in de toekomst mogelijk vrij kunnen worden besteed, is het voor private investeerders aantrekkelijk om ook in zorgvastgoed te investeren. Zodoende is het ziekenhuis niet meer alleen afhankelijk van de banken. In 'build' zijn de ziekenhuizen nog gebonden aan het huidige vastgoed. De fase waarin ziekenhuizen zitten, is verschillend. Bij de beslissingen in 'build' en de afstemming van de bouw, moet rekening worden gehouden met de verdere stappen in het model; dit vereist vanaf dat moment al een duidelijke strategische visie. Het onderscheidend vermogen dat ziekenhuizen kunnen krijgen, zal bij de zorginkoop van de zorgverzekeraars meespelen. Zorgverzekeraars zijn nog niet volledig in staat verzekerden te sturen, waardoor vooral regionale verzekeraars met nieuwbouwende ziekenhuizen in de omgeving een minder goede positie hebben ten opzichte van landelijke verzekeraars. Regionale verzekeraars nemen vaak zitting in een inkoopcombinatie, maar dit neemt de geografische beperkingen niet helemaal weg. Op het 'operate' niveau speelt zorglogistiek en capaciteitsmanagement een belangrijke rol in het terugverdienen van de kapitaallasten, want het vastgoed moet zich kunnen aanpassen aan de veranderingen die de zorg zelf in een paar jaar doormaakt. Flexibiliteit in het vastgoed is dan noodzakelijk. Inzicht in kostprijzen en sturen op renderende onderdelen van het ziekenhuizen, kan winstgevend zijn; ziekenhuizen kunnen zich op deze manier specialiseren en wederom onderscheiden van hun omgeving. Het is belangrijk dat zij na het doorlopen van dit model weer teruggaan het 'design'. Dit kan helpen bij de besluitvorming van ziekenhuizen en de strategie op de lange termijn.

5.2 Beantwoording probleemstelling

Na het beantwoorden van de deelvragen, wordt nu antwoord gegeven op de probleemstelling die in de inleiding is geformuleerd, namelijk:

Wat zijn mogelijkheden en beperkingen voor ziekenhuizen om tot een actief beheer van bestaande vastgoedinvesteringen te komen, mede gerelateerd aan de onderhandelingen met zorgverzekeraars?

Door de afschaffing van het bouwregime en de komst van de WTZi, heeft de overheid in 2006 de eerste stappen gezet voor een risicodragende tijd voor het vastgoed van zorginstellingen, dit betekent dat ziekenhuizen hun kapitaallasten over het onderhandelbare deel van de DBC's moeten terugverdienen. Het nemen van investeringsbeslissingen wordt steeds belangrijker, nu de vaste kosten hoofdzakelijk uit de productie moeten worden gedekt. Dit vereist een actief vastgoedbeheer, dat rekening houdt met deze overwegingen en het primaire proces ondersteunt.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Bij een actief vastgoedbeheer behoort het vastgoed tot de kernactiviteiten van een organisatie. In de zorg is dit niet mogelijk; daarin staat de patiëntenzorg centraal, waarbij het vastgoed een ondergeschikte rol krijgt toebedeeld. Ziekenhuizen hebben verschillende ideeën over een passief en een actief vastgoedbeheer, deze zijn nog heel onduidelijk. Zij hebben nog geen duidelijke strategie om op een andere manier met hun vastgoed om te gaan. Goede kennis van vastgoed is op verschillende niveaus van de organisatie afwezig. Er zijn nog geen concrete ideeën over hoe zij met vastgoed in de toekomst om moeten gaan. Wanneer ziekenhuizen actiever willen worden, staat dit op gespannen voet met de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Ziekenhuizen hebben niet de mogelijkheid om het vastgoed als hoofdzaak te beschouwen en daarmee de kwaliteit van zorg te verminderen, een puur actief vastgoedbeheer is dus niet mogelijk. Een actievere houding in het passieve vastgoedbeheer, dat tot uiting kan komen in het actief terugverdienen van kapitaallasten en onderhandelingen met verzekeraars, wel.

Tussen het passief en actief vastgoedbeheer is dus sprake van een geleidende schaal. Ziekenhuizen denken actiever na over het aanwenden van hun vastgoed, waardoor hun positie ook niet puur passief is te noemen. Ziekenhuizen ontwikkelen op dit gebied wel activiteiten en hebben voornemens om tot een actiever beheer te komen; dit blijft echter wel bij ideeën, definitieve keuzes of strategieën op dit gebied, zijn nog niet gemaakt.

Er wordt meer druk gelegd op het spanningsveld tussen het interne (productie, bezettingsgraad) en externe (verkoop, marketing) beleid van een ziekenhuis. De onderhandelingen met verzekeraars zijn belangrijk om de DBC's bekostigd te krijgen en de opbrengsten binnen te halen. In een dynamische zorgmarkt zal het gedrag van beide actoren in onderhandelingen veranderen. Verzekeraars kijken nog vooral naar de DBC prijzen.

De invloed die het opnemen van de kapitaallasten op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft, is volgens beide actoren nog niet goed te voorspellen. De kern van de onderhandelingen zal vooral gericht zijn op het volume in relatie tot de prijs, kwaliteit komt op een duidelijk lagere plaats. Ziekenhuizen zeggen tegen de verzekeraar vooral een totaalpakket aan te willen bieden, een integrale kostprijs, waarin de kapitaallasten al verdisconteerd zitten.

In het 'design' van het DFBMO model zijn ziekenhuizen gebonden aan de wetgeving van de overheid, die kaders aan de zorg stelt, daarnaast is de toekomst voor actoren nog onzeker. Bij decentraliseren van verantwoordelijkheden door de overheid, moeten ziekenhuizen ook hun eigen beslissingen kunnen nemen, maar dit is niet mogelijk door de waarborgen en

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

kaders die de overheid ten aanzien van de zorg stelt. Bij een meer risicodragende tijd zullen banken een hogere risico-opslag vragen, voor de financiering is het uitkeren van winst nog niet mogelijk. Als winsten in de toekomst mogelijk vrij kunnen worden besteed, is het voor private investeerders aantrekkelijk om ook in zorgvastgoed te investeren, zodoende is het ziekenhuis niet meer alleen afhankelijk van de banken. In 'build' zijn ziekenhuizen nog gebonden aan het huidige vastgoed. De fase waarin ziekenhuizen zitten, is verschillend, bij de beslissingen in 'build' en de afstemming van de bouw, moet rekening worden gehouden met de verdere stappen in het model; dit vereist vanaf dat moment al een duidelijke strategische visie. Het onderscheidend vermogen dat ziekenhuizen kunnen krijgen, zal bij de zorginkoop van de zorgverzekeraar en 'marketing & reimbursement' meespelen. Zorgverzekeraars willen steeds meer inzicht in de kostprijs van een ziekenhuis, maar zijn nog niet bereid zich te committeren aan de kapitaallasten van een instelling. Ziekenhuizen vinden dit echter een beperking, omdat zij vooral een integrale prijs aan de verzekeraar aan wil bieden en op lange termijn afspraken willen maken. Zorgverzekeraars zijn nog niet volledig in staat verzekeren te sturen, waardoor vooral regionale verzekeraars met nieuwbouwende ziekenhuizen in de omgeving een minder goede positie hebben ten opzichte van landelijke verzekeraars. Regionale verzekeraars nemen vaak zitting in een inkoopcombinatie, maar dit neemt de geografische beperkingen niet helemaal weg. Op het 'operate' niveau speelt zorglogistiek en capaciteitsmanagement een belangrijke rol in het terugverdienen van de kapitaallasten. Het vastgoed moet zich aan kunnen passen aan veranderingen die de zorg zelf in een paar jaar doormaakt. Flexibiliteit in het vastgoed is dan noodzakelijk. Inzicht in kostprijzen en sturen op renderende onderdelen van de ziekenhuizen, kan winstgevend zijn. Ziekenhuizen kunnen zich op deze manier specialiseren, bepaalde specialismen afstoten en wederom onderscheiden van hun omgeving. Het is belangrijk dat zij na het doorlopen van dit model weer teruggaan het 'design'. Dit kan helpen bij de besluitvorming van ziekenhuizen en de strategie op de lange termijn.

6. Discussie en aanbevelingen

In de discussie wordt gekeken naar de sterke en zwakke kanten van dit onderzoek. Om tot aanbevelingen te komen, is het goed om de plus- en minpunten van de studie te overzien. In de laatste paragraaf zullen er verschillende aanbevelingen worden gedaan, gericht op het actief vastgoedbeheer van ziekenhuizen en de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Tevens zullen aanbevelingen voor vervolgonderzoek aan bod komen.

6.1 Discussie

Zwakke punten

De belangrijkste actoren die in dit onderzoek centraal staan, zijn het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Op basis van onderzoek bij vier algemene ziekenhuizen, één UMC, één landelijke verzekeraar en twee regionale verzekeraars worden er conclusies getrokken. In Nederland zijn er ongeveer 100 ziekenhuizen, waarvan 8 UMC's. Er zijn ongeveer 15 zorgverzekeraars actief, waarvan de kleinere bij onderhandelingen met ziekenhuizen een inkoopcombinatie vormen. Hierdoor ontstaat geen representatief beeld en is dit onderzoek in beperkte mate te generaliseren.

Daarnaast is er gekozen voor interviews met twee adviesbureaus. Naast deze twee adviesbureaus zijn er nog andere bureaus die zich met het vastgoed van ziekenhuizen bezighouden. Die zouden eventueel nog andere punten aan het licht kunnen hebben gebracht, dit is nu achterwege gelaten. Er zijn ook twee overheidsinstanties geïnterviewd om een goed beeld te krijgen van het speelveld van de belangrijkste actoren. Er wordt aangenomen dat de uitkomsten van dit onderzoek in belangrijke mate ook voor andere zorginstellingen van betekenis kunnen zijn.

Tijdens dit onderzoek wordt duidelijk dat de zorgsector dagelijks aan veranderingen onderhevig is. Er is door de NZa in maart een negatief advies uitgegeven over de beoogde maatstafconcurrentie door de minister (in 2009). De minister heeft besloten de FB systematiek nog een jaar aan te houden, een klein deel van de DBC's onder de maatstaf te zetten en een beperkte uitbreiding van het B-segment te bewerkstelligen. Mede door deze wat 'instabiele' besluitvorming van de overheid, kan de afwachtende positie van de ziekenhuizen en zorgverzekeraars worden verklaard.

Sterke punten

De geïnterviewde ziekenhuizen bevinden zich in verschillende bouwstadia. Voor dit onderzoek is dat interessant, omdat er op die manier een duidelijk beeld ontstaat van de

mogelijkheden en beperkingen voor een actief vastgoedbeheer bij deze verschillende ziekenhuizen. Ook bestaan er onder zorgverzekeraars grote verschillen. Achmea staat bekend als een 'prijsvechter', terwijl een andere landelijke verzekeraar meer op kwaliteit let. Daardoor is een overkoepelende visie vanuit de landelijke verzekeraars misschien niet naar voren gekomen. De regionale verzekeraars waren het echter grotendeels met elkaar eens.

De respondenten met wie ik heb gesproken, hebben allemaal erg goed meegewerkt. Omdat het onderwerp zo actueel is en de respondenten allemaal enthousiast met dit onderwerp bezig zijn, was het soms lastig om hen bij te sturen en de vragen uit de semi-gestructureerde vragenlijst beantwoord te krijgen. Het voordeel hiervan was dat ik zo een zeer volledig beeld van de situatie kreeg en dit ook goede bijdrage heeft geleverd aan het verwerken van de resultaten. Respondenten reageerden zeer positief op de ontwikkelde scenario's, dit heeft de validiteit van dit onderzoek versterkt.

De conclusies die in het vorige hoofdstuk zijn getrokken, hebben geresulteerd in meer inzicht in de gang van zaken rond de onderhandelingen met de verzekeraars en het interne vastgoedbeleid van ziekenhuizen. Het onderwerp is breed, maar juist door de verschillende perspectieven van respondenten is er in deze periode een duidelijk beeld van de huidige en toekomstige situatie ontstaan. Dit heeft geleid tot aanbevelingen voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars. In de volgende paragraaf worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en voor het interne en externe vastgoedbeleid van ziekenhuizen, op het raakvlak met de onderhandelingen met zorgverzekeraars.

6.2 Aanbevelingen

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Zoals in de discussie naar voren is gekomen, zijn er bij dit onderzoek vijf ziekenhuizen (waarvan één UMC) en drie zorgverzekeraars (waarvan één landelijke) geïnterviewd. De generaliseerbaarheid is daarmee zeer beperkt. Voor dit onderzoek is het interessant dat de onderzochte ziekenhuizen zich in verschillende bouwstadia bevinden. Op deze manier ontstaat een duidelijk beeld van de mogelijkheden en beperkingen voor een actief vastgoedbeheer bij deze ziekenhuizen. Een vervolgonderzoek bij meerdere ziekenhuizen kan daarin een nog beter beeld scheppen over de overeenkomsten en verschillen tussen de ziekenhuizen die zich in een overeenkomstig bouwstadium bevinden.
- Respondenten die vanuit de ziekenhuizen werden geïnterviewd, zijn (bijna) allen werkzaam op het raakvlak van de onderhandelingen met de zorgverzekeraars en de dekking van de kapitaallasten van het ziekenhuis. Met betrekking tot het actief

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

vastgoedbeheer, zouden mensen van vastgoed- of huisvestingsafdelingen kunnen worden geïnterviewd, om een nog beter beeld te krijgen van de interne organisatie, het toepassen van de verschillende vastgoedmodellen (CREM, REAM) en de effecten van de veranderende regelgeving op het tactische en operationele niveau.

- Het opvallende van deze studie is de 'besluiteloosheid' van ziekenhuizen wat dit vraagstuk. Een besluitvormingsmodel of een externe ondersteuning voor het maken van keuzes zou ziekenhuizen zeker kunnen helpen.
- Dit onderzoek was er vooral op gericht om aanbevelingen te doen voor ziekenhuizen. Een ander onderzoek zou zich kunnen richten vanuit de zorgverzekeraar. Er kunnen dan meerdere zorgverzekeraars worden geïnterviewd, waardoor er een nog duidelijker beeld ontstaat hoe de onderhandelingen met de opname van de kapitaallasten in de DBC prijzen gaan veranderen.
- Het onderzoek is uitgevoerd in een tijd van veel veranderingen wat betreft de bekostiging van ziekenhuizen. Er is daarom geen sprake van een stabiele markt en een stabiele omgeving om onderzoek op dit gebied te verrichten. De overheid beoogt dat er in het jaar 2012 een vrije markt komt. Het is interessant om dan nog eens de mogelijkheden en beperkingen voor ziekenhuizen te inventariseren.

Actief vastgoedbeheer

- Ziekenhuizen hebben een onduidelijk beeld van een actief vastgoedbeheer. Zij zeggen actief te willen zijn en actief te willen omgaan met het vastgoed, terwijl zij niet goed weten wat dit precies inhoudt. Niet alle ziekenhuizen hebben de urgentie om een actiever beleid te gaan voeren, omdat de bouwstadia van diverse ziekenhuizen verschillen. Zij nemen hier duidelijk langer de tijd voor en wachten verdere ontwikkelingen af. Dit voedt de besluiteloosheid van ziekenhuizen wat betreft het vastgoed. Het maken van nieuw- of verbouwplannen kost vele jaren. In deze jaren verandert er veel wat betreft de wet- en regelgeving en de inrichting van zorgprocessen; in het maken van deze toekomstplannen moet hierbij rekening worden gehouden.
- Het formuleren van een duidelijke visie, missie en strategie voor de toekomst is onmisbaar voor het gezondheidszorgbedrijf. Ziekenhuizen dienen een meerjarenplan op vastgoedgebied te maken, waarin zij duidelijk naar voren brengen waar zij op een bepaalde termijn, bijvoorbeeld over 4 jaar, willen staan. Deze plannen moeten zich richten op: de identiteit van de organisatie, de kernactiviteit(en), welke functie of activiteit ze wáár willen hebben (flexibiliteit en aanwendbaarheid van het vastgoed), de marktpositionering (hoe sta ik ten opzichte van mijn omgeving?), de verdeling van verantwoordelijkheden voor het vastgoed en de aansturing op de vervolgstappen die

men na deze beslissingen gaat nemen. Deze stappen zijn met behulp van het DFBMO model goed te zetten. Het inbouwen van de flexibiliteit in het vastgoed en de mogelijkheid tot het bijsturen van de plannen is noodzakelijk. Dus niet alleen de flexibiliteit in het gebouw vormgeven, maar ook de flexibiliteit in het planningstraject naar de daadwerkelijke bouw toe.

- Het nemen van investeringsbeslissingen en maken van bouwplannen moet in een omgeving van marktwerking en concurrentie op strategisch niveau geschieden. Zo ontstaat er een goede basis voor het DFBMO model. Wanneer de eerste stap goed wordt gezet, is dit de basis voor een volgende stap. Het overzien van consequenties van beslissingen en het positioneren van de eigen instelling in deze omgeving is van 'levensbelang' (ook: het behouden of winnen van adherentie). Zeker nu er meer financiële risico's aan de exploitatie van gebouw zitten, zal er op hoog niveau moeten worden beslist: de Raad van Bestuur heeft de taak dit in de gaten te houden. Het planning- en uitvoeringsniveau heeft aansturing nodig, maar dient ook binnen randvoorwaarden het beleid vorm te kunnen geven om aan dit spanningsveld tegemoet te komen. Verantwoordelijkheden dienen niet over de organisatie verdeeld te zijn. Het is dan ook aan te bevelen iemand van de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk te maken voor het kapitaallasten- en vastgoeddossier en als aanspreekpunt te gebruiken voor eventuele problemen. Op die manier weet elke werknemer aan wie er verantwoording moet worden afgelegd en wordt er aan vastgoedbeslissingen een strategische dimensie gegeven. Deze eindverantwoordelijke dient directe aansturing te geven aan huisvestingsafdelingen of werkgroepen die werken aan het vastgoedbeleid. Deze samenwerking kan voor een groot deel belangentegenstellingen tussen huisvestingsafdelingen en de Raad van Bestuur voorkomen, zodat knelpunten gezamenlijk kunnen worden opgelost.
- Volgens de CREM en REAM modellen en de uitkomsten dit onderzoek, kan het vastgoed waarde toevoegen aan de organisatie en ondersteuning bieden aan het primaire proces. Het vastgoed kan een middel zijn om organisatiedoelstellingen te bereiken. De vastgoedvisie moet in grote mate overeenkomen met de zorgvisie. Uit het onderzoek is gebleken dat de kennis van vastgoed op strategisch niveau in ziekenhuizen nog onvoldoende aanwezig is. Het inhuren van externe kennis kan daarin uitkomst bieden, maar deze kennis moet door het ziekenhuis ook kritisch worden beoordeeld, ook intern zullen 'vastgoedmensen' aanwezig moeten zijn voor advisering en ondersteuning van het (ver)bouwtraject.

Intern beleid ziekenhuizen ('finance' en 'operate')

- Wanneer het in de toekomst mogelijk wordt om de winsten, verkregen uit het vastgoed, vrij te kunnen besteden, kunnen ook private investeerders hun intrede doen in de markt van ziekenhuisvastgoed. Dit is een voordeel voor ziekenhuizen, omdat zij voor de financiering van het vastgoed niet meer alleen afhankelijk zijn van de banken.
- Om de dekking van het vastgoed op termijn in de bekostiging te maximaliseren, kunnen de ziekenhuizen het beste sturen op volume. Dit hangt in belangrijke mate samen met de productmix. Inzicht in de kostprijzen en inzicht in de producten waar een positief rendement uit kan worden gehaald, waarbij er tevens een relatief hoge kapitaallastendeckking uit kan worden gehaald, is zeer belangrijk.
- Het efficiënt benutten van het bestaande gebouw, de 'erfenis uit het verleden', wordt ook steeds belangrijker. Capaciteitsmanagement en goede zorglogistiek kunnen bijdragen aan de gehele doelmatigheid van het ziekenhuis, alsmede het tijdig opvangen van bepaalde knelpunten in de capaciteit, op deze manier kunnen zij een hogere bezettingsgraad realiseren en meer patiënten in een kortere tijd van dienst zijn. Ook hier geldt dat dit niet goed mogelijk is zonder een goed inzicht in de eigen processen, zorgprofielen en kostprijzen.
- Door het inschatten van de benodigde capaciteit voor opeenvolgende jaren kunnen ziekenhuizen bepalen hoeveel vierkante meters zij in het gebouw nodig hebben en welke delen zij eventueel af kunnen stoten. Het vastgoed moet op die manier worden aangepast aan het zorgproces en de productie. Het dient vooral ondersteunend te zijn aan het primaire proces.
- Ziekenhuizen kunnen gebruik maken van langere openingstijden waardoor volumes kunnen worden gemaximaliseerd, dit moet echter wel in overeenstemming zijn met de wensen van de specialisten en de anderen die werkzaam zijn op het operationele niveau. Wanneer hier tegenwerking ontstaat, weegt het rendement van langere openingstijden niet op tegen de negatieve invloed hiervan op de werkvloer.
- De grootte van het bestaande ziekenhuis of de verbouwing hiervan legt aan het 'operate' niveau zijn beperkingen op. Als er meer geproduceerd moet worden, terwijl de ziekenhuisgrenzen dit niet toelaten, moeten ziekenhuizen goed kijken naar nieuwe mogelijkheden in het bouwtraject; dan zal het 'design' van het vastgoed en zorgproces en verdere stappen in het besluitvormingsproces weer besproken moeten worden. Zij moeten zich wel bewust zijn van het feit dat gepasseerde stappen in het model de mogelijkheid tot aanpassing verkleint.

Extern beleid ziekenhuizen ('marketing & reimbursement')

- Uit onderzoek is gebleken dat de meeste ziekenhuizen vragen om een commitment van zorgverzekeraars wat betreft de kapitaallasten. Dit vraagt om een actieve houding van de ziekenhuizen om de zorgverzekeraar hierbij te betrekken; dit geldt vooral voor de ziekenhuizen met hoge kapitaallasten. Ziekenhuizen staan dan sterker ten opzichte van financiering van de banken en in de onderhandelingen met de verzekeraars.
- Voor ziekenhuizen wordt de 'total cost of ownership' belangrijk: het aanbieden van een integrale DBC kostprijs aan verzekeraars is daar onderdeel van. Dit mag niet ten koste gaan van de kwaliteit bij een ziekenhuis met hoge kapitaallasten. Zorgverzekeraars zullen de producten veelal integraal beoordelen en willen 'waar voor hun geld': goede kwaliteit voor een goede prijs. Voor ziekenhuizen zit hierin nog aardig wat speelruimte.
- Een goede marketingstrategie aan de 'verkoopzijde' van het ziekenhuis kan voor goede reclame zorgen. Zo kan het ziekenhuis zich nog beter profileren aan en onderscheiden van de zorgaanbieders in de omgeving. Dit hangt samen met de keuzes die ziekenhuizen op de korte tot middellange termijn dienen te maken. Ziekenhuizen moeten weten hoe zij ten opzichte van anderen staan en waarin zij goed of slecht zijn. Daarop kan een marketingstrategie volgen waarin dit tot uitdrukking komt.
- Het maken van volumeafspraken met de zorgverzekeraars zal in de toekomst voor de kapitaallastendekking voor ziekenhuizen aantrekkelijk worden. Zo kunnen ziekenhuizen rekenen op een bepaalde dekking van de vaste kosten en is de verzekeraar gegarandeerd van een vaste afname van producten bij een 'goed' ziekenhuis. Ziekenhuizen kunnen hierin ook zorggaranties afgeven waarbij zij patiënten die bij een bepaalde zorgverzekeraar verzekerd zijn, binnen een bepaalde tijd kunnen helpen.

7. Literatuurlijst

Boot, J.M. Knapen, M.H.J.M. 2001. *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*. Het Spectrum B.V. Eerste druk: 1986.

BSC, 2008. Aangehaald op 13-12-08. Bereikbaar op:
<http://www.presteer.com/perspectieven.gif>

College Bouw Zorginstellingen (CBZ) 2005. *Signaleringsrapport Strategische positie vastgoed* Utrecht: CBZ.

Consultatiedocument NZa, 2007. Aangehaald op 12-12-2007. Bereikbaar op:
[http://www.nza.nl/7113/9233/Consultatiedoc Prestatiebek1.pdf](http://www.nza.nl/7113/9233/Consultatiedoc_Prestatiebek1.pdf)

Creswell, J.W. 2003. *Research Design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Sage publications, Inc. California.

Dewulf, G.P.R.M., Krumm P.J.M.M., Jonge de, H. 2000. *Successful Corporate Real Estate Strategies*. Arko Publishers, Nieuwegein.

Elsinga E. van der Meer, G.A.M., 1998. *De rol van banken*. Zorg voor geld: Financieel beleid en toezicht bij zorginstellingen, Nzi, p. 63-83.

Fortis, 2008. Aangehaald op 21-01-2008. Bereikbaar op :
http://www.fortisbusiness.com/fbweb/nld nl/businessadvisor/bel nl/ba_treasury_sale_leaseback_benl.html

Fritzsche, C. Hoepel H., Kaper L. Ommeren van, A. 2004. *Huisvesting is strategisch goed*. Wegwijzer voor vastgoedmanagement in ziekenhuizen. A-D druk, Zeist.

Fritzsche, C. Hoepel, H. *Van huisvestingsbeheer naar vastgoedmanagement*. In: Property NI, december 2004. p. 24-27.

Gerritsen, E. Sterks, C.G.M 2005. *Omvang en betekenis van reserves bij publieke Instellingen*. Public Controlling Reeks, SDU.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Griffioen, 2008. Aangehaald op 22-01-08. Bereikbaar op:

www.bouwcollege.nl/publicaties/uitvoeringstoetsen/sectoroverstijgend.ut584.pdf

GGZ, 2008 [internet]. Aangehaald op 04-01-2008. Bereikbaar op:

<http://www.ggzbeleid.nl/ontwikkelingen/wtzi>

Hafmans, 2006. *De WTZi en de effecten op strategisch vastgoed management voor zorgondernemingen*. Universiteit van Tilburg.

Hasselt, C. van. 2005. *Corporate Real Estate Management in de ziekenhuiszorg*. Delft: TU.

Ineveld, B.M. van, Dohmen, P. Redekop, K. *De startende marktwerking in de gezondheidszorg*. In: ESB, september 2006. pp. 470 – 473

INK, 2008. Aangehaald op 13-02-08. Bereikbaar op:

www.ink.nl

Kennes, R. Willemse, F. Berkvens, J. 2007. *Strategische Zorginkoop: Sturen en Verleiden*. In: Zorgvisie. Jaargang 37, december 2007.

Klink, 2007 [internet]. Aangehaald op 13-12-2007. Bereikbaar op:

http://www.minvws.nl/images/mc-2798099b_tcm19-153715.pdf

Krumm, P. J. M. M., Vries de J. 2003. *Value Creation through the Management of Corporate Real Estate*. In: Journal of Property Investment & Finance, Vol 21:1, p. 61-72.

Lapré, R.M. Rutten, F. Schut, E. 2003. *Algemene Economie van de Gezondheidszorg*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Mandour, Y., Bekkers, M., Waalewijn, P. 2005. *Een praktische kijk op Marketing- en strategiemodellen*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Maso, I. Smaling, A. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Boom: Amsterdam, Meppel.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Montfort, Van. G. Lapré, R.M. 2001. *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Nota Transparante en integrale tarieven in de zorg, 2007.

NZa, 2007 [internet]. Aangehaald op 11-12-2007. Bereikbaar op:
http://www.nza.nl/21047/34166/Kapitaallasten_notitie_feb_1.pdf

Porter, 2007. Aangehaald op 21-12-2007. Bereikbaar op:
http://123management.nl/0/010_strategie/images/015_porter.jpg

Rosier, J. 2007. *Een jaar op proef: DBC's en ZZP's: de uitdagingen voor 2008*. In: *Zorgvisie*. Jaargang 36, december 2007. p. 12-13.

RVZ, 2006 [internet]. Aangehaald op 2-1-2008. Bereikbaar op:
http://www.rvz.net/data/download/Zorgaanbod_en_clientenperspectief.pdf

Suyker, J. 1996. *Bedrijfshuisvestingsbeheer in de praktijk*. Het Facility Management Handboek, Arko Uitgeverij, Nieuwegein.

Taal, I. 2006. De omslag naar strategisch vastgoedmanagement in de gezondheidszorg. In: *BOSS Magazine*. Januari 2006. p. 1-8.

Van der Meulen, L.J.R. 2004. *Preadvies Kapitaallasten en DBC's*. Utrecht.

VWS, 2006 Nota 'Met zorg ondernemen'. Aangehaald op 12-12-2007. Bereikbaar op:
<http://www.kcwz.nl/doc/regelgeving/externe%20versie%20projectplan%2022-12-06.pdf>

Wersch, S. van et al. (1999). *Kwaliteitsmodellen in de zorgsector*. Utrecht: uitgeverij SWP.

Winter, de P. 2006. *Oneerlijke concurrentie dreigt voor ziekenhuizen*. In: *ZM Magazine*, nummer 4. p. 2-5.

WfZ, 2008 [internet]. Aangehaald op 19-1-2008. Bereikbaar op:
<http://www.wfz.nl/index2.php?content=activiteiten>

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Zalm, van der. P. 2007. *Gidsen in de zorg: zorgverzekeraars pakken langzaam het stuur over*. In: *Zorgvisie*. Jaargang 37, december 2007. p. 6-8.

Zee, Van der, F. 2004. *Kennisverwerving in de Empirische Wetenschappen, de methodologie van wetenschappelijk onderzoek*. BM000, Groningen.

Zuurbier, J. Krabbe-Alkemade, Y., 2004. *Onderhandelen over DBC's*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

8. Lijst met afkortingen

BKZ – Budgettair Kader Zorg

BSC – Balanced Score Card

CBZ – College Bouw Zorginstellingen

CREM – Corporate Real Estate Management

DBC – Diagnose Behandel Combinatie

iBMG – Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

MCRZ – Medisch Centrum Rijnmond Zuid

NKC – Normatieve Kapitaallastcomponent

NMa – Nederlandse Mededingingsautoriteit

NVZ – Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

NZa – Nederlandse Zorgautoriteit

RAK – Reserve Aanvaarbare Kosten

REAM – Real Estate Asset Management

UMC – Universitair Medisch Centrum

VWS – Volksgezondheid Welzijn en Sport (ministerie)

WfZ – Waarborgfonds voor de Zorgsector

WTG – Wet Tarieven Gezondheidszorg

WTZi – Wet Toelating Zorginstellingen

WZV – Wet Ziekenhuis Voorzieningen

ZBC – Zelfstandig Behandelcentrum

ZN – Zorgverzekeraars Nederland

ZVW – Zorgverzekeringswet

Bijlage 1 – Vragenlijst ziekenhuis

1. Overgang naar opname kapitaallasten in de DBC prijs met betrekking tot onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar

1. Hoe is uw situatie, m.b.t. vastgoedbeheer/beleid op dit moment?
2. Hoe was dit voorheen, enkele jaren geleden?
3. Hoe denken jullie over de toekomstige situatie, met betrekking tot de veranderingen na 2009?
4. Wat zijn de gevolgen voor ziekenhuizen?
5. Wat zijn de gevolgen voor het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar?
6. Hoe gaan onderhandelingen (in het B-segment) tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar op dit punt veranderen?
7. Hoe denkt u dat het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar wordt beïnvloed door de opname van vastgoedlasten in de DBC prijs?

2. Gevolgen voor het interne beleid van ziekenhuizen

8. Hoe ziet uw huisvestingsbeleid er op dit moment uit en op welke manier is uw vastgoedbeleid in uw organisatie verankerd? Is er daarin volgens u verschil tussen algemene ziekenhuizen en UMC's?
9. Hoe was dit voorheen? Is dit de afgelopen jaren veel veranderd?
10. Hoe beïnvloedt de opname van kapitaallasten in de DBC prijs, officieel in 2009, het interne beleid van uw ziekenhuis op dit moment? Wat verwacht u van de toekomst? (VWS, NZa, regulering?)
11. Is er daarbij een link gelegd met de strategie van uw ziekenhuis? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?
12. Wat verandert er volgens u in de financiering van zorginstellingen, m.b.t. verstrekken van leningen door banken, afschrijvingen en rente?
13. Denkt u dat u in de toekomst uw 'markt' kunt beïnvloeden m.b.t. optimale capaciteitsbenutting of het aanbieden van andere diensten aan de patiënt?

3. Van passief naar actief vastgoedbeheer

14. Wat verstaat u onder passief en onder actief vastgoedbeheer in deze veranderende zorgomgeving?

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

15. Hoe gaan ziekenhuizen momenteel om met vastgoedbeheer en hoe gaat dit volgens hen veranderen in de toekomst? Hoe ziet dit er op strategisch en tactisch/operationeel niveau uit? Wat betekent dit op de korte (capaciteitsbenutting), middellange (vermogenspositie) en lange termijn (herbestemmingsmogelijkheden)?

16. Hoe ziet de overgang van een passief naar een actief vastgoedbeheer (aanpassen aan regelgeving) eruit binnen uw ziekenhuis? Ziet u zichzelf in staat om tot een actief vastgoedbeheer te komen? Zo niet, welke andere mogelijkheden ziet u dan?

17. Heeft u met uw eventueel gemaakte investeringen rekening gehouden met de opname van deze kapitaallasten in de DBC prijs? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet? Is dit een probleem voor uw huidige kosten?

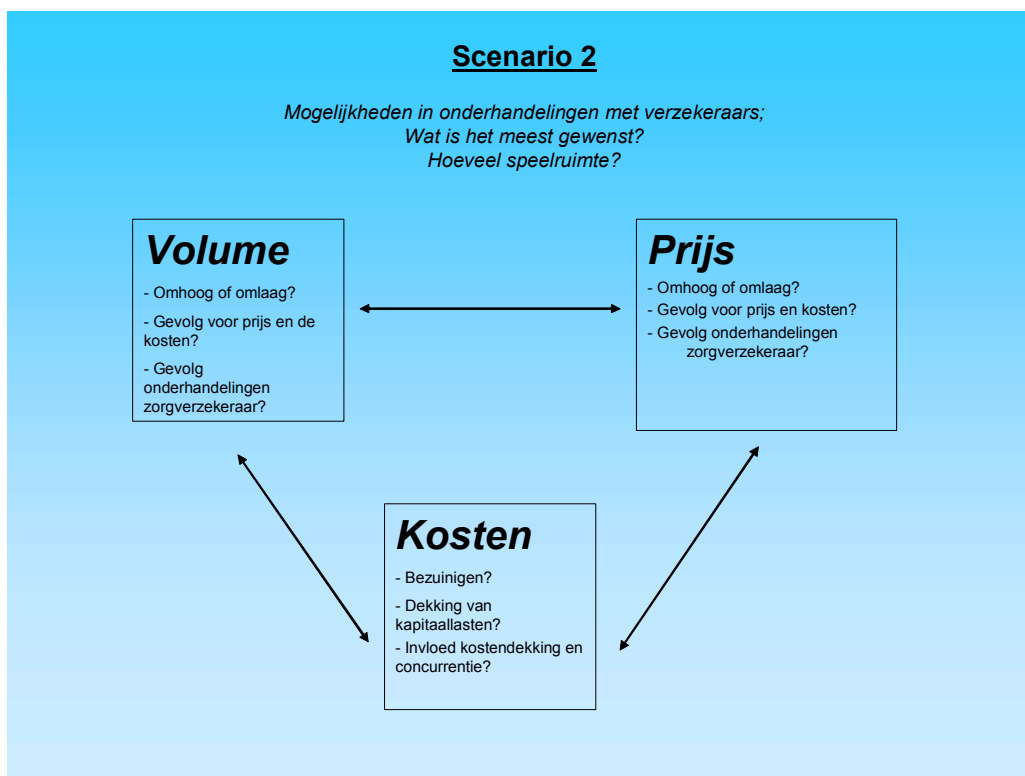
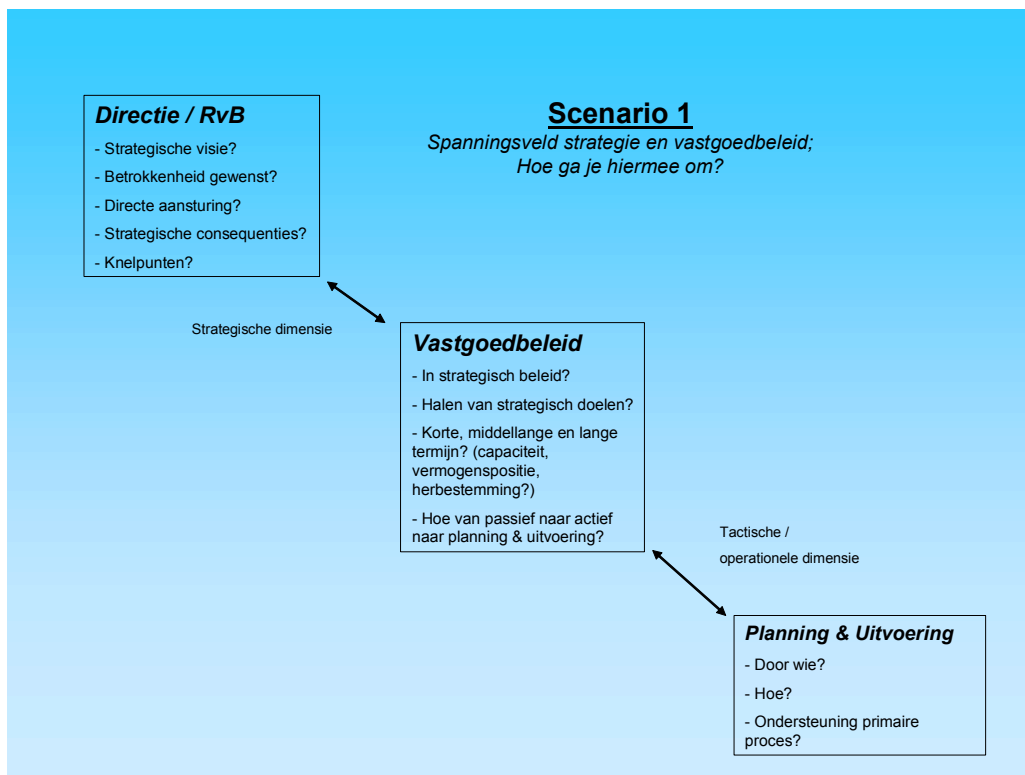
18. Welke denkt u verder te kunnen ondernemen m.b.t. optimaal vastgoedbeleid?

4. Mogelijkheden en beperkingen

19. Wat zijn mogelijkheden en beperkingen voor ziekenhuizen op de korte, middellange (5 jaar) en lange termijn (10 jaar) denkt u?

20. Welke mogelijkheden en beperkingen zijn er voor de zorgverzekeraar op deze termijnen bv. op het gebied van het zorginkoopbeleid en onderhandelingen?

Bijlage 2 – Scenario's



Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Bijlage 3 – Uitkomsten scenarioanalyse

	Ziekenhuis 1	Ziekenhuis 2	Ziekenhuis 3	Ziekenhuis 4	Ziekenhuis 5
Scenario 1					
<i>Directie / RvB</i>					
Strategische visie? Ja/nee	Ja	Ja	Ja, hard nodig	Ja	Ja
Betrokkenheid? Ja/nee	Ja, verplicht!	Ja	Ja, essentieel	Jazeker	Ja, sterker dan ooit
Directe aansturing? Ja/nee	Ja	Ligt aan de grootte van de instelling	Moelijk: niet bij investeringen onder de ton.	Afhankelijk van omvang organisatie	Ja, maar RvB moet wel goed weten wat er met vastgoed moet gebeuren
Strategische consequenties?	Te weinig kennis: belangrijke dingen moeilijk vantevoren inschatten	Langzaam traject	Vastgoedbeleid zelf is geen product, je moet het terugverdienen en je hebt meerdere zkh in de regio.	Ja	Zijn groot.
Knelpunten?	Te weinig kennis van kapitaalgoederen en strategische inzet hiervan	Raad van bestuur kijkt of het goed is en directie huisvesting wil gewoon bouwen	Spanning: managementvastgoed wil zoveel mogelijk ruimte om eventuele tegenvallers ook onder te brengen, maar kosten moeten toch uit het product komen en terugverdiend worden.	Ook voor RvB nieuw vakgebied, goed kijken of de kennis van externen 'goed' is. Proberen randvoorwaarden te stellen	Samenwerking tussen zkh en RvB in kennis en ervaring
<i>Vastgoedbeleid</i>					
In strategisch beleid? Ja/nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja, absoluut
Halen van strategisch doelen? Ja/nee	Ja	Ja	Ja	Ja, maar ondersteunend	Ja, absoluut
Korte termijn?	Hogere bezetting in je polikliniek	Volume en kijken waar je goed in bent.	Richten op brede productie en geselecteerde specialisatie. Breed pakket aan basiszorg	Capaciteitsmanagement en inzicht in je kostprijzen	Veel zul je uit je productie moeten halen en flexibiliteit van je gebouw
Middellange termijn?	Medische staf medeverantwoordelijk maken bij de vormgeving van je gebouw; inrichting m2	Nieuwe ideeën, bv. Een medicatietransportsysteem etc.	Energie steken in het achter halen en inzicht krijgen in je kostprijs.	Goed businessplan m.b.t. vastgoed opstellen	Total cost of ownership, goede doelen stellen
Lange termijn?	Artsen steeds meer afhankelijk van zkh, maar ook andersom: winstdelingsexperiment, arts laten investeren. Allerbelangrijkst: flexibiliteit!	Algemeen: initiatieven ten behoeve van de patient of personeelslasten	Op de lange termijn sturen m.b.v. je kostprijs en dingen afstoten waar je niet goed in bent.	Goede zorglogistiek en flexibiliteit van gebouw	Tot 40 jaar vooruit kijken en bepaalde dingen afstoten
Hoe van passief naar actief?	Het zal niet makkelijk zijn: zkh vaak in vast frame waar je niet makkelijk uitkomt	Vereist een omslag in denken van mensen. Gaan nog teveel uit van vergunningenbedrag i.p.v. het in de gaten houden van de ontwikkelingen	Uitkijken met het te snel nemen van investeringsbeslissingen. Heroverwegen.	Samen met een stuk 'zware ondersteuning', externe kennis	Eigen ervaren handen hebben en per dienst bepalen welke sfeer een omgeving moet hebben
<i>Planning en Uitvoering</i>					
Door wie?	Externe en interne samenwerking	Aparte afdeling binnen de organisatie; directie huisvesting	Aparte bouwafdeling in ziekenhuis	Aanbesteden	Intern en externe expertise
Hoe?	Duidelijke strategie	Alles hangt af van een goede huisvestingsorganisatie	Goed beoordelen of de externe kennis ook goed is, kritisch blijven	Aanbesteden	Sfeer bepalen per afdeling voor patient
Ondersteuning primaire proces? Ja/nee	Ja: herinrichten bouw rondom patient is ontzettend belangrijk	Patient staat centraal in de bouw.	Ja	Jazeker.	Ja, je gebouw bepaalt sfeer en efficiency

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Scenario 1	Zorgverzekeraar A	Zorgverzekeraar B	Zorgverzekeraar C	Bank
<i>Directie / RvB</i>				
Strategische visie? Ja/nee	Ja	Ja	Ja	Ja, vastgoedstrategie is ondernemersstrategie
Betrokkenheid? Ja/nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Directe aansturing? Ja/nee	Ja	Ja, maar beter ook mandaat geven voor kleinere beslissingen naar lagen onder de RvB	Ja	Ja
Strategische consequenties?	Lang traject: geen nieuwbouwproject is begonnen en geeindid onder dezelfde manager	Kloof met de werkvloer	Behouden van marktaandeel?	Zkh willen teveel doen, verschillende regio's en functie et
Knelpunten?	Tegen de tijd dat een ziekenhuis opgeleverd wordt is het al verouderd. Ingewikkelde infrastructuren	Wanneer laag in organisatie worden er verschillende koersen gevaren	Niet alle ziekenhuizen voelen zich nu nog genoodzaakt voor een actief vastgoedbeheer	Er worden te weinig keuzes gemaakt op waar je je op wilt richten
<i>Vastgoedbeleid</i>				
In strategisch beleid? Ja/nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Halen van strategisch doelen? Ja/nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Korte termijn?	Andere sluitings- en openingtijden	Afweging: mandaat formuleren, aparte vastgoedafdeling? Die houdt zichzelf ook in stand. Iemand verantwoordelijkhouden voor beslissingen in prod. Proces tot bepaald bedrag, daarna RvB	Vastgoed naar de top van de agenda en top van het ziekenhuis. Richten op dat waar je goed in bent.	Realiseren wat de impact van kosten van gebouwen op je prijs is en dat er geen direct rendement voor banken is.
Middellange termijn?	Alles wat niet in het gebouw past buiten het ziekenhuis krijgen	Goed onderbouwen van nieuwe investeringen, samenhangend met strategische visie	Met je prijs naar marktgemiddelde: korte termijn hoge kosten, lange termijn minder hoog. Optimaliseren van vierkante meters!	Nadenken over waar ligt je ziekenhuis en waar ligt die in de toekomst? Alternatieve aanwendbaarheid is kul. Goed businessplan!
Lange termijn?	Dingen eenvoudiger en in kleine eenheden organiseren.	Een vastgoedafdeling houdt zichzelf waarschijnlijk ook in stand. Beter bij de RvB die beslissingen neemt en inzetten op logistiek en goede onderhandelingen	Marktaandeel beïnvloeden door je gebouw, strategischvastgoedbeleid en lange termijnrelatie met verzekeraar	Het indirecte rendement heeft te maken met de herontwikkel potentie van het gebied over 25 30 of 40 jaar. Hebben private partijen geen trek in.
Hoe van passief naar actief?	Goed inschatten welke capaciteit waarvoor nodig is en daarnaar handelen.	Verantwoordelijkheden goed verdelen	Als ziekenhuis de noodzaak voelen om actief beleid te voeren	Vreemd vermogen is een goedkope vorm van financiering, private investeerders, inbreng van kapitaal door derden, waardoor zkh actief worden in vastgoedbeleid
<i>Planning en Uitvoering</i>				
Door wie?	Bouwbedrijven	Eigen mensen of bouwbedrijven inhuren	Hangt af van de situatie van het ziekenhuis	In organisatie met eventueel kennis van buiten
Hoe?	Hoog in de organisatie beleid maken	Goede en duidelijke verantwoordelijkheden	Met lange termijn doelstellingen samenwerken met uitvoeringsniveau	In de organisatie
Ondersteuning primaire proces? Ja/nee	Ja	Ja	Ja, zeker.	De uitstraling van het ziekenhuis moet goed zijn patiënten moet zich tevreden, en op hun gemak voelen, maar that's it.

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Scenario 1	Adviesbureau 1	Adviesbureau 2	CBZ	Koepelorganisatie
<i>Directie / RvB</i>				
Strategische visie? Ja/nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Betrokkenheid? Ja/nee	Ja	Ja	Ja	Nodig, maar op randvoorwaarden
Directe aansturing? Ja/nee	Nee, op hoofdlijnen sturen	Ja	Ja	Ja, anders als boemerang terug
Strategische consequenties?	Die zijn zeker aanwezig	Elke beslissing heeft grote impact	Bij een onduidelijke visie worden beslismomenten steeds geringer	Verantwoordelijkheden in bouw op orde hebben
Knelpunten?	Allerlei knelpunten intern; hangt van de situatie af	Lange besluitvormingstrajecten, veel actoren, onzekerheid	Goede strategische visie, matchen met zorgvisie; anders in de knoop met geringe beslistijd	Draagvlak op hoofdlijnen door RvB en contractvormen kunnen een probleem zijn
<i>Vastgoedbeleid</i>				
In strategisch beleid? Ja/nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Halen van strategisch doelen? Ja/nee	Ja	Ja	Ja	Ja
Korte termijn?	Geen uniforme oplossing; hangt af van situatie: productie	Sturen op productie(mix)	Begindoelen: haal je rendement uit productieproces of ook uit je vastgoed? Ziekenhuizen gaan gewoon door.	Keuken, administratie etc. uitbesteden
Middellange termijn?	Goede keuzes maken in je zorgverlening; heeft gevolgen op je gebouw.	Zorgbeleid en zorglogistiek verbeteren, zonnig aansluiting met nieuwbouw	Uitbesteden van diensten	Je kunt de helft van je zkh op termijn uitbesteden
Lange termijn?	Vastgoed aanpassen aan je zorgproces. Afhankelijk van situatie ziekenhuis: afstoten, verhuren?	Herbestemming; maar: soms bestemmingsplan	Internationalisering: bedrijven uit buitenland investeren in NL zorg en ziekenhuizen die samen kunnen gaan werken om een zorgproduct a/h buitenland te leveren	Samenwerkingsverbanden met andere zkh, 'netwerkzkh'
Hoe van passief naar actief?	Vastgoed koppelen aan de agenda van de RvB	Vastgoedmensen buiten de sector aantrekken, samenwerken met andere zkh, gezamenlijke vastg.portefeuille	Per ziekenhuizen verschilt focus; focus op vastgoed in terugverdienen kosten en focus op productieproces, vastgoed ondergeschikt, maar hierdoor wel kostendekkend maken.	Benchmarks, je ten alle tijde afvragen hoe je je m2 terugverdient
<i>Planning en Uitvoering</i>				
Door wie?	Onderhoudscontracten: uitvoering door bouwbedrijven	Mensen buiten sector	Aan de hand van mensen die je in dienst hebt bekijken of je externe mensen nodig hebt	Kennis van buiten, externe adviseurs
Hoe?	Planning vanuit je vastgoedstrategie en strategische doelstellingen	Aansluiting Primaire proces op zorglogistiek, aansluiting op je zorgvisie	Duidelijk strategische visie	Goede contracten met aannemers etc.
Ondersteuning primaire proces? Ja/nee	Ja	Ja	Hopelijk steeds meer	Ja, hoort voorop te staan. Gebouw vanuit gedacht patient opzetten

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Scenario 2	Ziekenhuis 1	Ziekenhuis 2	Ziekenhuis 3	Ziekenhuis 4	Ziekenhuis 5
<i>Bewegingsruimte zkh + verz</i>					
Prijs	Kleine marges, volume maken om goedkoper te zijn. Verzekeraar heeft na dit jaar niets te maken met kapitaallastprijs: integraal!	Rekening houden met productie waardoor vaste kosten kunnen worden gedekt. Daarna kan verzekeraar eventueel korting krijgen, in relatie tot volumeafspraken	Je moet meer doen tegen een gemiddelde prijs.. Maar niet voor elke prijs	Prijs door grotere productie proberen te verlagen	Met prijs kun je niet zoveel, tot nu toe een gegeven geweest, scoren door productie
Volume	Verzekeraars zullen klanten steeds meer gaan sturen: verdediging adherentie door zkh beperkt door afspraak normale volumegroei verzekeraar. Zkh: volume maken om goedkoper te zijn	Verzekeraars kunnen volume aan de bovenkant aftoppen, wij moeten de capaciteit daarop aanpassen	Extra volume produceren	Volume vergroting	Met verzekeraar goede productiegroei afspreken
Kosten	Vaste kosten dekking nu steeds belangrijker.	Vaste kostendekking wordt steeds belangrijker, met verzekeraars afspreken van bepaald volume	Goede afspraken met verzekeraars over productie prijs en kwaliteit.	Vooraf bij twee beslismomenten goede keuzes maken om vaste kosten te beïnvloeden	Voor dekking vaste kosten vooral je productie ophogen
Kwaliteit	Prijs staat boven kwaliteit door verzekeraars	Wordt bijna niet naar gekeken.	Mensen willen geen gemiddelde zorg maar het beste van het beste	Wordt nog niet echt naar gekeken.	Weinig zicht op kwaliteit door verzekeraars, kijken vooral naar volume en prijs, moeten bereid zijn ook in kwaliteit met goede onderbouwing te investeren

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Scenario 2	Zorgverzekeraar A	Zorgverzekeraar B	Zorgverzekeraar C	Bank
<i>Bewegingsruimte zkh + verz</i>				
Prijs	Ziekenhuizen kunnen elke prijs vragen, ik moet het toch betalen.	Lagere kosten per eenheid proberen te krijgen door productie: goede prijs, volume omhoog.	De marge op de prijs is moeilijk in te schatten door verzekeraars; er zijn veel methodes om kostprijs te berekenen per zkh	Verzekeraars kijken hopelijk nog steeds naar kwaliteit in verhouding met een goed prijs.
Volume	Ik kan geen patienten sturen, die hebben overal recht op zorg, er verandert niets in onderhandelingen, betalen moet ik toch	Streven naar meer volume in producerend bedrijf, mits goede prijs. Bij ruim B-segment ook afspraken op volume (bijna niet te beheersen)	Richten op productie in ziekenhuis, maar op termijn volume afspraken met verzekeraars mogelijk.	Verzekeraars zijn als de dood dat ze verzekerden verliezen, ze zullen dus met een groot deel van de zkh wel een contract afsluiten
Kosten	Een kostprijs is in een ziekenhuis uit de lucht gegrepen, daardoor weinig inzicht in werkelijke kosten	Werken met staffels; op bv de laatste miljoen krijgt verzekeraar korting en heeft zkh kostendekkend gewerkt	Nog 30 - 40% verschil tussen laagste en hoogste prijs, vooral door efficiencyverschillen. Vastgoed is onderdeel van je bedrijfskosten.	Waar het goedkoper is voor de verzekeraar en in de regio zullen zij de patienten naar het goedkoopste sturen en het duurderende zkh zo onderdruk zetten
Kwaliteit	Bij hoge kostprijs met hoog aandeel kapitaallasten: rest is voor de zorg: in zo'n ziekenhuis moet je niet zijn want dat gaat ten koste van de kwaliteit!	Discussie over kwaliteit vaak niet in onderhandelingen, maar loopt wel: zkh met hogere kapitaallasten maar heel snel en goed georganiseerd: bereid te betalen.	Op termijn ook onderhandelingen via keurmerken voor gebouwen van ziekenhuizen.	Verzekeraars kijken hopelijk nog steeds naar kwaliteit

Van passief naar actief vastgoedbeheer?

Scenario 2	Adviesbureau 1	Adviesbureau 2	CBZ	Koepelorganisatie
<i>Bewegingsruimte zkh + verz</i>				
Prijs	Goed kijken wat je prijs is t.o.v. ander ziekenhuizen/benchmark van nederland	Vaak ongedifferentieerd, kleine marge met verzekeraars: p x q!	Aan een goed product hangt een goede prijs, verzekeraars moeten waar voor hun geld krijgen met goede onderbouwing	Zkh stoppen nu ook onzekerheden in de prijs(opslag)
Volume	Goed kijken naar het rendement van je prijs en volume	Hierop strak sturen, is 'key', maar groeiruimte beperkt. Inzicht in redement productmix, doen waar je goed in bent	Key is <i>kwaliteit</i> : weten wat je gaat leveren, hoeveel en tegen welke prijs	Niet te lang wachten met sturen op productie door zkh: uitonderhandelen
Kosten	Kostendekking uit bepaalde functies overheid en vaste kostencomponent door goed afspraken verzekeraars	Vaak ongerichte bezuinigingen. Groei rendement productmix = winst. Afstoten en outsourcing	Focus op kosten bij instelling: hoe behaal je goede marges om in toekomst overeind te blijven	Verzekeraars willen kassabonnen zien: hoe heb je het georganiseerd en wat kost het?
Kwaliteit	Nadruk op toegankelijkheid van zorg in relatie tot kwaliteit: overheidsbewaking nodig.	Kleine ruimte om kwaliteit en prijs in een goede verhouding te zetten	Keurmerk ontwikkelen samen met IGZ voor kwaliteitseisen van het gebouw	Wordt steeds meer op gelet door verzekeraars