

Publiek-private samenwerking in de zorg

oktober 2002

Full service concept: een zorg minder

Inhoudsopgave

Samenvatting en conclusies	2
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding onderzoek naar publiek-private samenwerking in de zorg	11
1.2 PPS in de zorg: het full service concept	12
1.3 Haalbaarheidsonderzoek	14
1.4 Leeswijzer	15
2. Het full service concept	16
2.1 Bouwstenen full service concept	16
2.1.1 Scope	16
2.1.2 Outputspecificatie	18
2.1.3 Risico-allocatie	19
2.1.4 Betalingsmechanisme: beschikbaarheidvergoeding	21
2.1.5 Financiering.....	23
2.2 Meerwaarde full service concept	24
2.3 Schaduwkanten van het full service concept	29
3. Potenties full service concept in de Nederlandse zorgsector	32
3.1 Beleidsontwikkelingen Nederlandse zorgsector	32
3.2 Full service concept past bij beleidsontwikkelingen.....	33
3.3 Nederlandse voorlopers full service concept	34
3.4 Visie van stakeholders op het full service concept	36
3.5 Kansrijke zorgsectoren	37
3.6 Full service concept versus wet- en regelgeving	39
3.7 Hoe verder: pilotprojecten	40
BIJLAGE: Toepassing full service concept in de zorgsector	41
BIJLAGE I: Aanbestedingsproces	42
BIJLAGE II: Wet- en regelgeving in de zorg	48
BIJLAGE III: Vragen en antwoorden	54

Samenvatting en conclusies

Een rondleiding door het Elysische Ziekenhuis ¹

Bij aankomst in het Elysische ziekenhuis springt de architectuur in het oog. Ronde staalvormen met zandkleurige stenen geven het gebouw meer de allure en uitstraling van een luxe hotel dan van een ziekenhuis. Binnen ontvangt de trotse directeur van het ziekenhuis u in het atrium. Het atrium bevindt zich rond een centrale, vijf verdiepingen hoge hal die overkoepeld wordt met glas. Het is een ontwerp van een bekende architect die naam heeft gemaakt met het ontwerpen van moderne kantoorpanden. De directeur vertelt enthousiast dat het hele gebouw opvalt door de kleuren en het gebruik van zoveel mogelijk natuurlijk licht. Geheel in lijn met de voorspelling van de architect heeft het samenspel van de kleuren en het natuurlijk licht een positief effect op de genezing van patiënten.

Op uw vraag wie het gebouw heeft gerealiseerd antwoordt de directeur dat het ontwerp en de bouw van het ziekenhuis is gebeurd door een aantal bedrijven die de handen ineen hebben geslagen in een gezamenlijk bedrijf (een consortium) genaamd Healthsolutions. Het consortium heeft niet alleen het ontwerp en de bouw van het ziekenhuis op zich genomen, maar ook het onderhoud, het beheer van het gebouw en de verschillende facilitaire diensten (de catering, het leveren van de medische apparatuur, de schoonmaak e.d.). Ook de financiering van de nieuwbouw wordt gedaan door Healthsolutions. Naast een bouwer bestaat het consortium uit een leverancier van medische apparatuur, een groot bedrijf gespecialiseerd in facilitaire dienstverlening en een bank. Het consortium heeft voor het ontwerp zelf een architect ingehuurd.

De directeur vertelt vervolgens dat het ziekenhuis niet alleen 5 maanden eerder in gebruik is genomen, maar dat er ook geen sprake van meerkosten was. Alle bouw- en meerkosten zijn voor rekening en risico van Healthsolutions. Eerlijk geeft de directeur toe dat dit wel betekent dat je van te voren goed moet nadenken over de eisen die je aan het gebouw stelt en dit met de gebruikers moet afstemmen. Deze manier van werken was voor iedereen even wennen. Omdat het ziekenhuis ook al het onderhoud overlaat aan Healthsolutions, betekent dit dat het consortium een groot belang heeft om te zorgen voor een optimale afstemming tussen het ontwerp, de bouw en het onderhoud.

Tijdens de rondleiding komt u bij een zijvl eugel dat het best te beschrijven is als een winkelboulevard. Op deze winkelboulevard zijn onder andere een opticien, een fysiotherapeut, een supermarktje, kinderopvang, een kapper en een restaurant aanwezig. Het valt op dat de patiënten, het personeel van het ziekenhuis en de bezoekers er gezellig winkelen. Het ziekenhuis had wel

¹ Dit is een fictief ziekenhuis.

een idee om een klein kioskje neer te zetten en een broodjeszaak, maar Healthsolutions durfde het risico voor het ontwikkelen van dit grootste winkelboulevard concept op zich te nemen.

Op één van de gangen raakt u in gesprek met een aantal artsen en verpleegkundigen. Op uw vraag wat zij nu van het nieuwe ziekenhuis vinden antwoorden zij dat zij, naast de uitstraling van het gebouw en de winkelboulevard, erg tevreden zijn met de facilitaire diensten die Healthsolutions levert. Healthsolutions zorgt voor de catering, de schoonmaak, de beveiliging, het halen en brengen van patiënten naar de OK. Het is echt een full service concept, de artsen en verpleegkundigen hebben hier geen zorgen meer over. Zij kunnen zich concentreren op de verlening van zorg.

Op een gegeven moment vertelt de directeur tussen neus en lippen door dat het om een contract van 25 jaar gaat. U schrikt hiervan. Dat is wel een lange tijd zeg. De directeur legt uit dat de lange contractduur beide partijen, het ziekenhuis en het consortium, langdurige zekerheid biedt. Het ziekenhuis weet gedurende een lange periode hoeveel haar huisvesting en ondersteunende diensten kosten, bovendien is zij verzekerd van blijvende hoge kwaliteit van de voorzieningen. Het consortium is verzekerd van inkomsten.

Dat klinkt niet onlogisch, maar wat nu als Healthsolutions geen goede diensten levert of als het gebouw meer onderhoud nodig heeft dan verwacht? Het ziekenhuis betaalt Healthsolutions per kwartaal een bedrag gedurende de 25 jaar dat het contract loopt. Als Healthsolutions minder presteert dan afgesproken, dan betaalt het ziekenhuis ook minder. Een voordeel voor het ziekenhuis vindt de directeur de zekerheid van de kosten en de afgesproken kwaliteit van het gebouw en de facilitaire diensten. Volgens de directeur past de door hun gekozen oplossing om met bedrijf Healthsolutions vergaand samen te werken goed binnen de ontwikkelingen in de zorgsector naar meer verantwoordelijkheid voor ziekenhuizen en minder regels.

Vervolgens begint de directeur enthousiast te vertellen over de verminderde rompslomp. Hij heeft eindelijk weer tijd om met de artsen over kwaliteitsverbeteringen voor de patiënten te praten. Een telefoontje naar Healthsolutions is genoeg om te zorgen dat een lekkage binnen twee uur wordt verholpen.

De directeur heeft een prima gevoel bij de langdurige samenwerking met Healthsolutions. Nu kan het ziekenhuis zich volledig richten op haar kerntaak: het verlenen van zorg aan patiënten. Healthsolutions heeft als bedrijf veel meer verstand van het bouwen, onderhouden van gebouwen en het leveren van facilitaire diensten. De directeur ziet dat deze taakverdeling leidt tot meer kwaliteit voor hetzelfde geld!

PPS in de zorg

Een ziekenhuisdirecteur komt tijdens zijn/haar loopbaan slechts een enkele keer in aanraking met nieuwbouw of een grootschalige renovatie van een ziekenhuis. De directeur streeft er naar dat er een zo'n mooi mogelijk gebouw gerealiseerd wordt, dat aansluit op de behoeften van de patiënten, de medewerkers en ook nog past binnen het beschikbare budget. Dit is een uitdagende klus. De overheid streeft er in het algemeen naar dat de collectieve uitgaven zo efficiënt mogelijk worden ingezet. De grote vraag is: hoe kan dit bereikt worden?

Het ziekenhuis waardoor u net een fictieve rondleiding heeft gekregen is een ziekenhuis waarbij bovenstaande bereikt is. Het is aan te merken als een ziekenhuis dat via publiek-private samenwerking (pps) gebouwd is. Zo'n soort ziekenhuis is in diverse landen te vinden, echter nog niet in Nederland.

Sinds halverwege de jaren negentig zijn tientallen ziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk aanbesteed via publiek-private samenwerking. Aanleiding daarvoor was het achterstallige onderhoud bij de Engelse ziekenhuizen en het ontbreken van voldoende middelen om daar wat aan te doen. Pps bleek een manier om efficiënt om te gaan met de beschikbare middelen. Andere landen waar ook ervaring is opgedaan met pps in de zorgsector zijn Australië (Victoria), Canada, Japan en Zuid Afrika en Ierland.

U denkt misschien, leuk en aardig allemaal die voorbeelden uit het buitenland, maar de vergelijking met Nederland gaat niet op. De Nederlandse zorgsector zit heel anders in elkaar en dan nog maar niet te spreken over het feit dat er in Nederland geen sprake is van de mate van achterstallig onderhoud, zoals in het Verenigd Koninkrijk. Waarom zouden we pps dan in de Nederlandse zorgsector toepassen?

Dit is precies de vraag die aan de basis staat van dit onderzoek. Het is in ieder geval duidelijk dat de zorgsector in Nederland volop in beweging is. In de van oudsher dichtgereguleerde zorgsector begint een verkwikkende wind te waaien van deregulering en meer verantwoordelijkheid voor de zorgorganisatie. De overheid stimuleert deze verandering, waarbij een zorginstelling meer prikkels krijgt om beter in te spelen op de wensen van de patiënt (niet langer aanbod gereguleerd). Het veranderende overheidsbeleid, de positieve ervaringen in het buitenland en de opgedane ervaring bij andere publiek-private samenwerkingsprojecten in Nederland (o.a. de Hogesnelheidslijn, en een waterzuiveringsproject in de nutsector) zijn voor het Kenniscentrum PPS de aanleiding om onderzoek te verrichten naar de mogelijkheden van pps in de Nederlandse zorgsector.

PPS in de zorg: het full service concept

Pps is een samenwerkingsverband, waarbij een publieke partij en een private partij (het bedrijfsleven) op basis van een heldere taak en risicoverdeling gezamenlijk een project realiseren. Partijen kunnen hun onderlinge samenwerking op verschillende wijzen vormgeven (bijv. joint ventures, samenwerkingsovereenkomsten en Design Build Finance and Maintain contracten). De belangrijkste verschillen tussen pps-constructies hebben betrekking op de mate waarin risico's worden overgedragen en de wijze van aanbesteden.

Pps is niet nieuw in de zorgsector, echter wat er in dit onderzoek met pps bedoeld wordt is anders dan de pps die nu al in de praktijk wordt uitgevoerd.

In de zorgsector is de term pps verwarrend. Ziekenhuizen zijn immers ook private partijen (vaak stichtingen). Moeten we daarom spreken over privaat-private samenwerking in plaats van publiek-private samenwerking? Om uit deze Babylonische spraakverwarring te komen, leggen wij de nadruk in dit rapport op de inhoudelijke betekenis van het concept pps. Vandaar dat we de term pps vervangen door het begrip "full service concept".

Het full service concept voor de bouw van ziekenhuizen en andere zorginstellingen sluit aan bij een zogenaamde DBFM-contract (Design, Build, Finance en Maintain). Daarbij besteedt een zorginstelling het ontwerp, de bouw, de financiering, het beheer van het gebouw en de facilitaire diensten in één pakket aan op de markt. De instelling krijgt hierdoor in de toekomst te maken met één private partij, voor alle huisvestingsaangelegenheden inclusief facilitaire diensten. Deze ene partij is ook verantwoordelijk voor de afstemming tussen het ontwerp, de bouw, de financiering, het onderhoud en beheer van het gebouw en de facilitaire dienstverlening. Ruwweg ontstaat hiermee een taakverdeling tussen zorginstelling en private partij: de zorginstelling is verantwoordelijk voor klinische diensten, de private partij voor niet-klinische diensten. De verantwoordelijkheid voor de aansturing van de zorginstelling als zodanig (de regie) blijft in handen van de zorginstelling.

Voordelen van het full service concept

Zoals de ziekenhuisdirecteur tijdens de rondleiding al heeft aangegeven, is hij erg blij dat hij zich weer kan richten op zijn core business. Dit is een belangrijk element van het full service concept; het ziekenhuis en de private opdrachtnemer leggen zich beiden toe op hun kerncompetenties. Beide doen waar ze het beste in zijn. Dit moet dan ook overeenkomen met de taak en risicoverdeling zoals die wordt gemaakt tussen de partijen. Zonder uitputtend te zijn, staan hieronder de voordelen kort beschreven:

- **Efficiëntie:** De optimale afstemming tussen ontwerp, bouw, financiering, onderhoud en ondersteunende diensten levert efficiëntiewinsten op. Doordat één partij verantwoordelijk is

voor het hele traject, kan deze partij ook de afstemming beheersen. Bijvoorbeeld het gebruik van duurdere bouwmaterialen kan de jaarlijkse onderhoudskosten zodanig verlagen dat dit economisch voordelig is. Vanwege de heldere afspraken wie voor welk risico verantwoordelijk is en de kosten die samenhangen met het ongedaan maken van risico's die zich manifesteren, zullen partijen zoveel mogelijk proberen te voorkomen dat risico's zich daadwerkelijk voordoen.

- **De patiënt staat weer centraal:** Het ziekenhuis draagt niet-klinische diensten over aan een privaat bedrijf. Wanneer het taken betreft die tot dusverre werden verricht door artsen en/of verplegend personeel, kunnen deze weer meer aandacht besteden aan het verlenen van primaire zorg aan de patiënt. Een privaat bedrijf kan bijvoorbeeld verpleegsters die nu bedden opmaken, werk uit handen nemen door deze taak van hen over te nemen. Andere voorbeelden van over te dragen taken zijn: de schoonmaak, wasserij, maaltijdverstrekking en klinische afvalverwerking.
- **Langdurige zekerheid kosten:** DBFM-contracten zijn bij voorkeur langlopende contracten met als termijn de levensduur van het ziekenhuis (van zo'n 20 tot 40 jaar). Het ziekenhuis heeft hierdoor langdurige zekerheid over kosten voor huisvesting en ondersteunende diensten en het private consortium over een vaste stroom aan inkomsten.
- **Minder rompslomp aan niet-klinische diensten, één aanspreekpunt:** De private opdrachtnemer is verantwoordelijk voor de aansturing van de afzonderlijke ondersteunende diensten. Het ziekenhuis hoeft niet langer alle losse contracten (linnenwasserij, beveiliging, schoonmaak etc.) te regelen. Het ziekenhuis heeft één contract en één aanspreekpunt.
- **Tijdige oplevering ziekenhuis en leveren van afgesproken kwaliteit:** De private opdrachtnemer moet zelf de investering van het ziekenhuis financieren. Hij krijgt pas betaald als het ziekenhuis beschikbaar is. Hierdoor ervaart hij een grote prikkel om het ziekenhuis zo snel mogelijk beschikbaar te hebben. Is de kwaliteit van de facilitaire diensten lager dan afgesproken, dan betaalt het ziekenhuis de private opdrachtnemer ook minder.
- **Additionele functies en opbrengsten mogelijk:** Het is mogelijk om bidders te laten nadenken over toevoeging van extra functies aan een ziekenhuis, waardoor de opbrengsten toenemen. Bijvoorbeeld winkels, kinderopvang voor personeel, onderwijsvoorzieningen voor personeel, een supermarkt, etc. Ziekenhuizen hebben vaak wel een idee dat er iets commercieels ontplooid kan worden, zoals b.v. een klein kioskje neer zetten of een broodjeszaak, maar een private opdrachtnemer heeft meer ervaring met de mogelijkheden en de haalbaarheid van het ontwikkelen van extra functies.

Voldoende voordelen zo te zien, maar zitten er bij dit concept geen addertjes onder het gras? Aan elk concept, of het nu traditioneel of innovatief is, zitten wel schaduwkanten en dus ook aan het full service concept. Hierbij gaat het om:

- **Transactiekosten:** Het full service concept is nieuw, dit betekent dat bij de eerste projecten de transactiekosten (kosten adviseurs e.d.) relatief hoog zullen zijn. Dit heeft effect op de efficiëntie. Naarmate er meer ervaring is opgedaan en er standaarden beschikbaar zijn, zullen de transactiekosten dalen en zal de efficiëntie winst volledig behaald worden.

- **Flexibiliteit:** De zorgsector is dynamisch en ziekenhuizen zullen zich met regelmaat aan moeten passen. Een deel van deze veranderingen kan van invloed zijn op de inrichting van een ziekenhuis of op de exploitatie er van. Flexibiliteit en een langdurig DBFM-contract lijken deels te conflicteren. Om dit te voorkomen is het van belang om enige flexibiliteit in te bouwen in het full service concept. Daarvoor bestaan verschillende mogelijkheden. Ten eerste moet de opdrachtgever van tevoren goed nadenken over toekomstige wensen. Ten tweede kan in het contract opgenomen worden dat het opdrachtgevende ziekenhuis de gelegenheid heeft om eisen (bijvoorbeeld kwaliteitseisen) te herzien. Natuurlijk betekent dit een aanpassing, o.a. in financiële zin, van het contract, echter in de traditionele praktijk kosten veranderingen ook geld. Tot slot is het van belang om de private partij te prikkelen om een flexibel gebouw neer te zetten.

Full service concept: iedereen is er klaar voor!

Het is leuk en aardig allemaal dat in andere landen het full service concept een succes is, maar is de Nederlandse zorgsector er wel klaar voor en zijn er wel voldoende marktpartijen die een ziekenhuis via het full service concept willen realiseren?

Uit gesprekken met verschillende stakeholders komt naar voren dat er een grote interesse bestaat voor het full service concept en de schaduwkanten niet opwegen tegen de voordelen.

1. Het full service concept past bij huidige beleidsontwikkelingen in de zorg;
2. Bij zorginstellingen bestaat steeds meer belangstelling voor samenwerking met bedrijven voor de realisatie van huisvesting en het uitbesteden van niet-klinische diensten, de zogenaamde voorlopers;
3. Binnen- en buitenlandse marktpartijen hebben belangstelling en willen investeren in de Nederlandse zorgsector;

Ad 1. Full service concept past bij beleidsontwikkelingen

Om tegemoet te komen aan de problemen op het terrein van de gezondheidszorg heeft het (nieuwe) kabinet voorgesteld het zorgstelsel – de organisatie en financiering van de zorg – aan te passen. Enkele beleidsontwikkelingen die onderdeel uitmaken van deze aanpassingen zijn: deregulering van de zorgmarkten, het inbouwen van financiële prikkels voor verzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden, meer invloed van de vraagzijde op het zorgaanbod en decentralisatie van verantwoordelijkheden richting zorginstellingen. Het zo efficiënt mogelijk inzetten van de beschikbare (financiële) middelen speelt hierbij tevens een grote rol.

Pps sluit hier naadloos op aan. Eén van de voornaamste doelen van pps is het bewerkstelligen van efficiëntie (meer kwaliteit voor hetzelfde geld, dezelfde kwaliteit voor minder geld). Hiernaast wordt bij een pps-constructie taken uitbesteed die niet tot de core business van het ziekenhuis en daarmee van het personeel behoren. Door de afgesproken taakverdeling bij het full service

concept tussen het ziekenhuis en privaat consortium, wordt het personeel dat verantwoordelijk is voor het primaire proces, artsen en verpleegkundigen in een ziekenhuis, ontlast. Hierdoor vermindert vooral de werkdruk van het verplegend personeel. Dit kan weer een bijdrage leveren aan het verminderen van wachtlijsten en kan leiden tot een verhoging van de kwaliteit van de zorg. Een beheersing van de werkdruk, verminderen van wachtlijsten en verhogen van de kwaliteit van zorg behoren tot de voorgenomen beleidsdoelstellingen van het kabinet.

Helaas sluit het full service concept niet altijd één op één aan op de bestaande wet- en regelgeving in de zorg. Zo belemmert de strikte scheiding tussen het investerings- en exploitatiebudget van ziekenhuizen een optimale benutting van de voordelen van het concept.

Het nieuwe overheidsbeleid naar meer verantwoordelijkheid en vrijheid voor de zorginstellingen, wat onder andere tot uiting komt in de nieuw in te voeren Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ), past prima bij het full service concept. Onder de WEZ valt een deel van de bouw, huur en lease van zorginstellingen niet langer onder de reikwijdte van de bouwprocedure en hiervoor is de zorginstelling dan ook zelf verantwoordelijk. Bij zowel de WEZ als het full service concept staan niet langer de gedetailleerde en inputgerichte bouwmaatstaven centraal, maar wordt er op basis van prestatie eisen (waar moet het gevraagde aan voldoen) een programma van eisen opgesteld. Hiernaast is bij de WEZ het uitgangspunt dat ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor kosten overschrijdingen in de bouwfase. Het full service concept is ook een middel om budgetoverschrijdingen te voorkomen, doordat het ziekenhuis dit risico doorcontracteert naar de private opdrachtnemer.

Tot slot passen de efficiëntie die het full service concept tot gevolg heeft, bij de beleidsdoelstelling van het doelmatig besteden van de overheidsmiddelen en het beheersen van de kosten in de gezondheidszorg.

Ad 2. Voorlopers van het full service concept

Is het full service concept nu echt zo innovatief en futuristisch in vergelijking met de huidige bouwpraktijk? Nee, dat valt best mee. Als er naar de huidige bouwpraktijk wordt gekeken, valt namelijk op dat een aantal ziekenhuizen, maar ook andere zorginstellingen, in Nederland al op een innovatieve wijze vernieuwende huisvesting realiseren en/of voorzien in ondersteunende diensten. In toenemende mate besteden instellingen namelijk niet-klinische diensten als schoonmaak, de wasserij en catering uit. Een aantal zorginstellingen hebben de sterilisatie afdelingen samengevoegd en verzelfstandigd. Andere ziekenhuizen hebben ervaring met het realiseren van nieuwe huisvesting middels een Design and Build (DB) contract (ontwerp en bouw in één contract). Weer andere ziekenhuizen gaan nog verder en werken samen met een bedrijf dat in een dagkliniek de verantwoordelijkheid op het gebied van niet complexe operaties overneemt. Een aantal van deze initiatieven kunnen worden gezien als voorlopers van het full service concept.

Het ministerie van VWS heeft in het verleden ervaring opgedaan met innovatieve ziekenhuis concepten. Zo is eind jaren negentig een drietal ziekenhuizen in Apeldoorn, Amersfoort en Sittard/Geleen door het ministerie van VWS uitgedaagd af te wijken van de bestaande standaard concepten en zijn de ziekenhuizen gevraagd om voorstellen te doen voor “het ziekenhuis van de 21e eeuw”.

Ad 3. Marktpartijen

Het is goed om te weten dat het full service concept bij de beleidsontwikkelingen past en niet zo futuristisch is als vaak gedacht wordt, maar hoe zit het met de interesse voor het concept bij de potentiële opdrachtnemers?

Potentiële deelnemers aan een privaat consortium uit binnen- en buitenland zijn enthousiast om in de Nederlandse markt het full service concept toe te passen bij b.v. ziekenhuizen.

- Bouw- en bouwmanagementbedrijven zien de Nederlandse zorgmarkt als kansrijk vanwege het relatief stabiele politieke klimaat en als mogelijkheid om de efficiëntie in de sector te vergroten. Voor de bedrijven zelf speelt een langdurige zekerheid over toekomstige opbrengsten een belangrijke rol.
- Nederlandse leveranciers van medische apparatuur en (technische) installaties hebben veelal ervaring met de zogenaamde voorlopers van het full service concept. Zij zien meerwaarde in de betere mogelijkheden voor afstemming van het ontwerp van het gebouw en de installaties. Voor zichzelf zien deze bedrijven kansen om een nieuwe markt aan te boren en hun diensten uit te breiden.
- Banken worden met de huidige “zorgmarkt” en daarmee met de huidige wijze van opereren van zorginstellingen steeds huiveriger voor het verstrekken van financiering voor investeringen in de zorg. Ze wijzen op de behoefte aan vernieuwing, ondernemerschap en meer bedrijfsmatig opereren in de sector. Het full service concept kan hier een bijdrage aan leveren.

Kansrijke sectoren: ziekenhuizen en verpleeghuizen

Gezien de voorbeelden die aangehaald worden, gaat het rapport alleen in op de mogelijkheden van het full service concept bij ziekenhuizen, hoe zit het dan met de mogelijkheden van het full service concept in andere sectoren?

De aantrekkelijkheid van het full service concept voor een specifieke sector in de zorg, kan beoordeeld worden op basis van de volgende criteria:

- **Bouwbehoefte:** Naarmate de bouwbehoefte in aantallen zorginstellingen groter is, neemt de kans op herhaling van het toepassen van het full service concept toe
- **Investeringsomvang en exploitatie:** Hoe groter de investeringsomvang, hoe aantrekkelijker het project is voor de toepassing van het full service concept. Dit komt doordat een minimale investeringsomvang van ongeveer € 15 mln noodzakelijk is om de hogere transactiekosten, die optreden bij het full service concept, te compenseren. Deze transactiekosten dalen als er meer

projecten zijn uitgevoerd door de opgedane leerervaring. Kleinere projecten kunnen wel geclusterd als één project op de markt worden gezet. Naarmate de exploitatiecomponent groter is, neemt de mogelijkheid tot afstemming tussen investering en exploitatie toe.

- Complexiteit: Naarmate de complexiteit van het “productieproces” van een zorginstelling groter is, kan het aantrekkelijker zijn onderdelen van de bedrijfsvoering over te dragen aan een andere partij. Aan de andere kant kan het raadzaam zijn om eerst ervaring op te doen bij de wat minder complexe zorginstellingen.

Het volgende beeld ontstaat van de specifieke zorgsectoren:

- Verpleeghuizen zijn aantrekkelijke sectoren voor toepassing van het full service concept vanuit het perspectief van bouwbehoefte (groot aantal instellingen en toekomstige bouwbehoefte is groot) en vanwege de beperkte complexiteit.
- Verzorgingshuizen zijn niet aantrekkelijk. Het beleid in deze sector richt zich op het ‘scheiden van wonen en zorg’. De bouwbehoefte voor verzorgingshuizen (combinatie van wonen en zorg) is zeer klein. De filosofie is dat patiënten zelf de woonruimte voor zijn/haar rekening moet nemen en dat zij in de eigen woonruimte zorg op maat krijgen. Aangezien de regie voor wonen en de bijbehorende dienstverlening niet in handen van de zorginstelling ligt, maar in handen van de patiënten zelf, ligt het full service concept niet voor de hand.
- Ziekenhuizen zijn interessant vanwege de hoge investeringsomvang en de relatief grote exploitatie component.

Vliegende start: pilotprojecten

Zoals bovenstaand beschreven levert het full service concept een groot aantal voordelen op voor de zorginstellingen, de overheid, de patiënten en overige stakeholders. . In vele landen is dit al in de praktijk bewezen, in Nederland echter nog niet en wordt het full service concept als “theorie” beschouwd. Het is dan ook de hoogste tijd om een vliegende start te maken met de introductie van het full service concept in de zorgsector en de “theorie” te bewijzen. Hiervoor stelt het Kenniscentrum PPS voor om met betrokken stakeholders een aantal projecten te selecteren die kunnen dienen als pilot. Het doel van pilotprojecten is de toetsing van het full service concept in de praktijk, waardoor leerervaringen opgedaan kunnen worden.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek naar publiek-private samenwerking in de zorg

In diverse landen is ervaring opgedaan met publiek-private samenwerking (pps) bij de bouw van ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Sinds halverwege de jaren negentig zijn tientallen ziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk (VK) aanbesteed via pps. Vanaf 1997 zijn 85% van de grote bouwprojecten van ziekenhuizen, via pps tot stand gekomen². Aanleiding daarvoor was het achterstallige onderhoud bij de Engelse ziekenhuizen en het ontbreken van voldoende middelen om daar wat aan te doen. Pps bleek een manier om efficiënt om te gaan met de beschikbare middelen.

Andere landen waar inmiddels in navolging van het VK ervaring is opgedaan met pps bij de bouw van ziekenhuizen, zijn Australië (Victoria), Canada, Japan en Zuid Afrika. Ierland heeft plannen om op korte termijn te beginnen met een inhaalslag waar het gaat om investeringen in ziekenhuizen en kiest daarbij voor pps als uitvoeringsvariant.

De ziekenhuizen die door middel van pps zijn gerealiseerd laten een aantal interessante voordelen zien: een beter ziekenhuis met betere facilitaire diensten tegen relatief lagere kosten dan voorheen, ook tijdens de exploitatie; de bouw van ziekenhuizen wordt binnen de daarvoor geplande termijn opgeleverd, waarbij geen sprake is van meerkosten.

Nederlandse zorg

De Nederlandse gezondheidszorg heeft te maken met maatschappelijke veranderingen en technologische ontwikkelingen die resulteren in een grotere vraag naar zorg. Het door de overheid gereguleerd aanbod komt niet overeen met verschuivingen in de vraag. Een betere aansluiting tussen vraag en aanbod en flexibilisering van het aanbod is van belang. Tevens kampen zorginstellingen met verschillende problemen, zoals het werven van personeel, wachtlijsten etc.

Om tegemoet te komen aan de problemen op het terrein van de gezondheidszorg heeft het (nieuwe) kabinet voorgesteld het zorgstelsel – de organisatie en financiering van de zorg – aan te passen. Enkele beleidsontwikkelingen die onderdeel uitmaken van deze aanpassingen zijn: deregulering van de zorgmarkten, het inbouwen van financiële prikkels voor verzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden, meer invloed van de vraagzijde op het zorgaanbod en decentralisatie van verantwoordelijkheden richting zorginstellingen. Het zo efficiënt mogelijk inzetten van de beschikbare (financiële) middelen speelt hierbij tevens een grote rol.

² Jon Sussex, the economics of the private finance initiative in the NHS, april 2001.

Pps sluit hier naadloos op aan. Eén van de voornaamste doelen van pps is het bewerkstelligen van efficiëntie (meer kwaliteit voor hetzelfde geld, dezelfde kwaliteit voor minder geld). Hiernaast worden bij een pps constructie taken uitbesteed die niet tot de core business van het ziekenhuis en daarmee van het personeel behoren. Hierdoor vermindert vooral de werkdruk van het verplegend personeel. Dit kan weer kan leiden tot een verhoging van de kwaliteit van de zorg. Dit en de voordelen van pps zoals die zich hebben voorgedaan in bovengenoemde landen en ervaringen met pps in Nederland in andere sectoren (o.a. de hogesnelheidslijn, een waterzuiveringsproject in de nutsector) zijn voor het Kenniscentrum PPS aanleiding onderzoek te verrichten naar pps bij de realisatie van zorginstellingen in ons land.

1.2 PPS in de zorg: het full service concept

Definitie publiek-private samenwerking

Publiek-private samenwerking is een samenwerkingsverband, waarbij een publieke partij en een private partij (het bedrijfsleven) op basis van een heldere taak en risicoverdeling gezamenlijk een project realiseren. Een publieke partij kan de rijksoverheid, een lagere overheid, een publiekrechtelijke instelling en/of een partij zijn die het publieke belang vertegenwoordigt. Publieke en private partijen brengen hun kennis en kunde in; de private partij die met betrekking tot het zakelijk opereren en het zoeken naar efficiëntie, de publieke partij kennis en kunde gerelateerd aan bestuurlijke aspecten. Partijen behouden ieder hun eigen identiteit en verantwoordelijkheid.

Partijen kunnen hun onderlinge samenwerking op verschillende wijzen vormgeven (bijv. joint ventures, samenwerkingsovereenkomsten en Design Build Finance and Maintain contracten). De belangrijkste verschillen tussen pps-constructies hebben betrekking op de mate waarin risico's worden overgedragen en de wijze van aanbesteden.

Pps in de zorgsector: het full service concept

Voor ziekenhuizen en andere zorginstellingen blijkt de term pps verwarring te veroorzaken, omdat ziekenhuizen privaatrechtelijke instellingen (vaak stichtingen) zijn. Daarom is strikt genomen geen sprake van publiek-private samenwerking, maar van privaat-private samenwerking. Om deze verwarring te voorkomen wordt in dit rapport de nadruk gelegd op de inhoudelijke betekenis van het concept pps en de term pps vervangen door "full service concept".

Het full service concept voor de bouw van ziekenhuizen en andere zorginstellingen sluit aan bij een zogenaamde DBFM-contract (Design, Build, Finance en Maintain). Daarbij besteedt een zorginstelling het ontwerp, de bouw, de financiering, het beheer van het gebouw en de facilitaire diensten in één pakket aan op de markt. De instelling krijgt hierdoor in de toekomst te maken met één loket (één private partij) voor alle huisvestingsaangelegenheden inclusief facilitaire diensten. Deze ene partij is ook verantwoordelijk voor de afstemming tussen het ontwerp, de bouw, de financiering, het onderhoud, het beheer van het gebouw en facilitaire diensten.

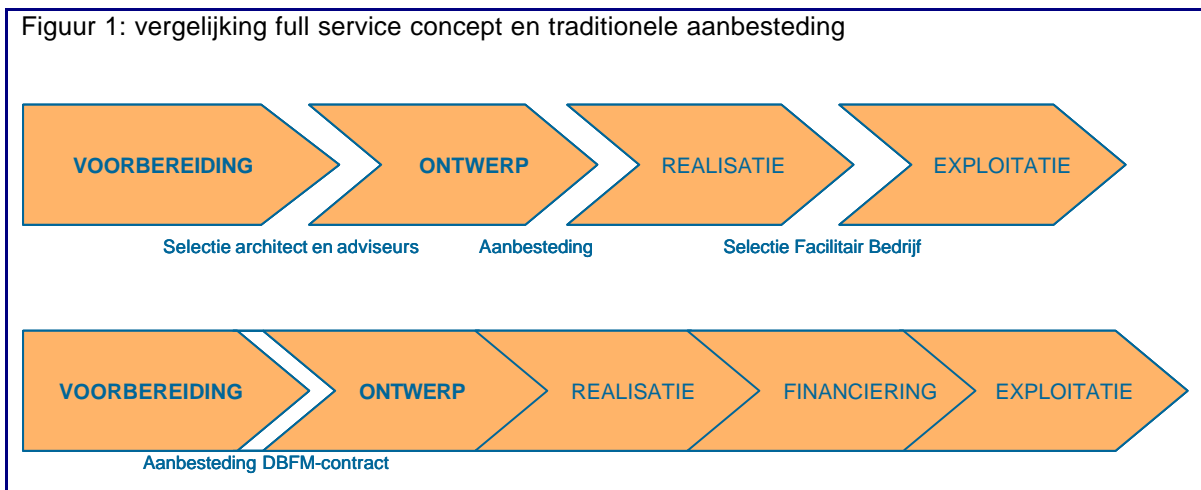
Als van te voren gekeken wordt naar de totaalkosten van bouw en onderhoud, zullen er andere afwegingen gemaakt worden en zullen de totaalkosten lager uitvallen. Als er bij de bouw van het ziekenhuis al rekening wordt gehouden met de toekomstige onderhoudskosten, dan kunnen er materialen gebruikt worden die minder onderhoud vergen. Indien deze afweging bij de bouw niet wordt gemaakt, dan kan in de loop der tijd blijken dat er enorme onderhoudskosten aan het gebouw verbonden zijn.

Ruwweg ontstaat hiermee een taakverdeling tussen zorginstelling en private partij: de zorginstelling is verantwoordelijk voor klinische diensten, de private partij voor niet-klinische diensten. De verantwoordelijkheid voor de aansturing van de zorginstelling als zodanig (de regie) blijft in handen van de zorginstelling.

PPS versus traditionele werkwijze

Bij een traditionele aanbesteding zet de zorginstelling elk onderdeel het ontwerp, de bouw, de financiering, het onderhoud en het beheer van het gebouw en de facilitaire diensten, afzonderlijk in de markt. Nadat het ontwerp klaar is, zoekt de instelling een bouwer om het ontwerp uit te voeren. Na afronding van de bouw zoekt de zorginstelling een partij voor het onderhoud. Bovendien zijn afzonderlijke private partijen verantwoordelijk voor het gebouw en de diverse ondersteunende diensten als schoonmaak, catering, postbezorging etc. Gedurende de exploitatie controleert de zorginstelling de afzonderlijke contracten en betaalt de afzonderlijke private partijen.

Figuur 1: vergelijking full service concept en traditionele aanbesteding



Bij de traditionele werkwijze is de opdrachtgever verantwoordelijk voor en draagt het risico van de afstemming tussen de verschillende onderdelen. Tevens zal de opdrachtgever voor elk onderdeel een contract met een andere partij aangaan. Bij het full service concept is de private opdrachtnemer verantwoordelijk voor en zal het risico van de afstemming tussen de onderdelen dragen. Tevens zal de opdrachtgever maar met één opdrachtnemer een contract aangaan.

1.3 Haalbaarheidsonderzoek

Doel haalbaarheidsonderzoek

Het doel van het haalbaarheidsonderzoek is de wenselijkheid van pps bij de bouw van ziekenhuizen en de wijze waarop een pps-constructie zich verhoudt tot wet- en regelgeving in de gezondheidszorg te bekijken. Daartoe geeft het rapport antwoord op de volgende vragen:

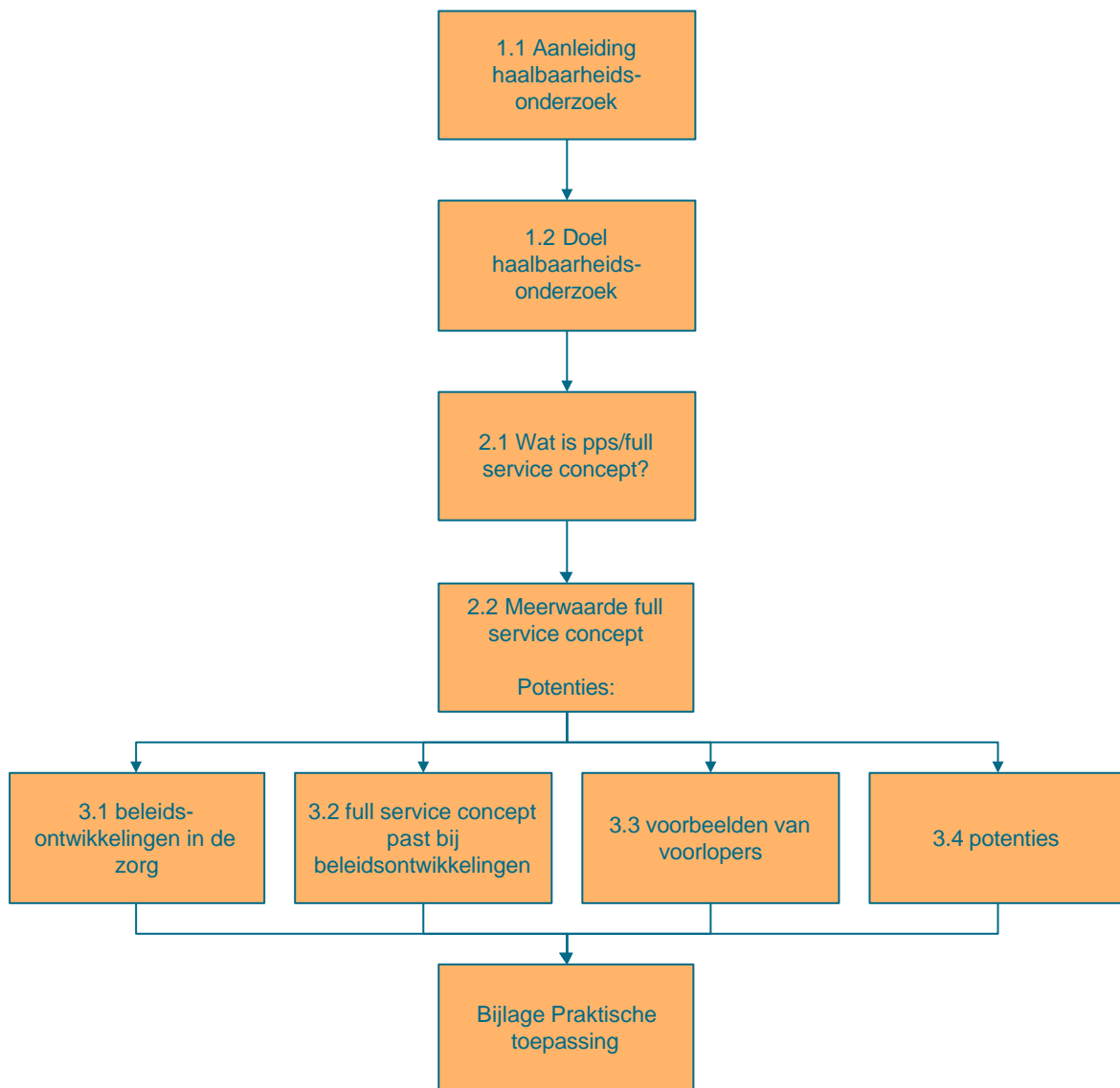
- a) Waarom pps in de zorg?
- b) Wat houdt pps in de zorg in?
- c) Wat zijn de voordelen van pps in de zorg?
- d) Is pps in de zorg mogelijk?
- e) Wat zijn de kansrijke sectoren voor pps in de zorg?
- f) Hoe werkt pps in de zorg?

Afbakening haalbaarheidsstudie

Dit rapport beschrijft de haalbaarheid van het full service concept voor zorginstellingen, maar gaat op onderdelen expliciet in op toepassing van het concept op ziekenhuizen. Dat wil niet zeggen dat het Kenniscentrum PPS uitsluitend (markt) kansen ziet voor ziekenhuizen. De achtergrond daarvan is dat ziekenhuizen de meest complexe zorginstellingen zijn. Wanneer het full service concept toepasbaar blijkt voor ziekenhuizen, is dit zeker het geval voor minder complexe zorginstellingen als verpleeghuizen, verzorgingshuizen, psychiatrische inrichtingen, etc. De mogelijkheden kunnen echter verschillen per type instelling. Daarom wordt in hoofdstuk 3 separaat aandacht besteed aan de visies van verschillende stakeholders op het full service concept.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 vindt u een verkenning van de werking van het full service concept en wordt de meerwaarde van het concept voor de zorgsector nader toegelicht. Daarna volgt in hoofdstuk 3 een beschrijving van beleidsontwikkelingen in de zorg, de wijze waarop het full service concept zich verhoudt tot deze ontwikkelingen, voorbeelden van een aantal zogenaamde voorlopers van het full service concept en een inschatting van de visies van verschillende stakeholders op het full service concept. In de bijlagen wordt dieper ingegaan op de praktische uitwerking van het full service concept bij ziekenhuizen. Tevens vindt u in de bijlage een overzicht van vragen en antwoorden.



2. Het full service concept

In hoofdstuk 1 is een omschrijving gegeven van het full service concept. Hieronder, in paragraaf 2.1, volgt een toelichting op de werking van het genoemde concept. Daartoe wordt het concept uiteengezet in afzonderlijke bouwstenen. In paragraaf 2.2 worden de voordelen geschetst en in paragraaf 2.3 worden de schaduwkanten van het full service concept besproken.

2.1 Bouwstenen full service concept

Het full service concept bestaat uit een aantal karakteristieken, hier bouwstenen genoemd, die gezamenlijk ten grondslag liggen aan de werking van het concept.

2.1.1 Scope

De scope is de afbakening van een project en bepaalt de grens tussen de elementen die binnen het project vallen en dus binnen één contract met één private partij en de elementen die buiten het project vallen. De opdrachtgever, bijvoorbeeld de directie van een ziekenhuis, stelt de scope van een project vast. Bij een DBFM-contract van een ziekenhuis, zoals beschreven in hoofdstuk 1, bestaat de scope in ieder geval uit het ontwerp, de bouw, de financiering, het onderhoud, het beheer van het gebouw en facilitaire diensten.

De vraag is welke facilitaire diensten onderdeel uitmaken van het full service concept. Hierop is geen eenduidig antwoord te geven. De scope van een project is afhankelijk van de visie en het beleid van het ziekenhuis. Het ene ziekenhuis neemt de catering voor patiënten op in de scope, het andere ziekenhuis niet. Het ene ziekenhuis zal ICT niet in de scope opnemen, het andere ziekenhuis wel. De scope van het project zal dus per project verschillen.

Bij de keuze of iets al dan niet in de scope van het project wordt opgenomen moet rekening gehouden worden met het feit dat de gekozen scope mogelijkheden voor innovatieve oplossingen en afstemming tussen de verschillende onderdelen van een project biedt. Hoe minder aspecten er in de scope opgenomen worden, hoe minder ruimte er voor innovatie en afstemming is.

Voorbeeld: **Scope**

- Wanneer de bouw van het ziekenhuis en de ICT binnen de scope vallen dan biedt dit private partijen de mogelijkheid om al in het ontwerp en de bouw rekening te houden met de specifieke benodigde voorzieningen voor de ICT die aangelegd moet worden. Dit zorgt voor integratie en een (vaak goedkopere) totaaloplossing.
- De omvang van de schoonmaakactiviteiten is afhankelijk van de inrichting van het gebouw en de materialen die in de bouw gebruikt worden. Door een goede afweging te maken tussen de inrichting van het gebouw, de kosten van materialen en de latere kosten die dit voor de schoonmaak met zich meebrengt zal er een optimale prijs/kwaliteitsverhouding tot stand komen.
- Wanneer de catering onderdeel uitmaakt van de scope, heeft de opdrachtnemer de mogelijkheid het ontwerp en de bouw van het gebouw optimaal af te stemmen op de organisatie van de catering.

Tot slot kan een ruime scope de private opdrachtnemer stimuleren om met voorstellen voor het genereren van extra opbrengsten te komen. In een ziekenhuis kan het daarbij bijvoorbeeld gaan om de exploitatie van winkel en/of horeca ruimte. Hiermee kan de betaalbaarheid van een integrale huisvestingsoplossing voor een ziekenhuis toenemen.

Het is de kunst om de scope zodanig vast te stellen (scopeoptimalisatie), zodat de doelstellingen van de ziekenhuisdirectie worden bereikt (bijv. efficiëntie en zich richten op de core business) en de private opdrachtnemer voldoende ruimte krijgt voor innovatie en afstemming. Dit leidt tot een maximale meerwaarde.

Betekent dit in de praktijk dat het uitvoeren van operaties onder de scope kan vallen en dat er straks private artsen operaties uitvoeren? Nee, dit zal zeker niet zo zijn. De filosofie is dat die taken, welke de opdrachtnemer het beste kan managen, aan de opdrachtnemer worden overgelaten. Dit zijn natuurlijk niet de taken die behoren tot het primaire productieproces in een ziekenhuis; de klinische diensten. Deze behoren tot de verantwoordelijkheid van artsen en verplegend personeel.

Wat kan dan wel overgelaten worden aan de opdrachtnemer? Ruwweg zijn taken in een ziekenhuis onder te verdelen in vier categorieën: klinische zorg, ondersteunende zorg, facilitaire diensten en huisvestingsdiensten (zie onderstaande tabel). Van links naar rechts nemen de mogelijkheden om taken over te dragen aan een private opdrachtnemer toe.

Klinische zorg	Ondersteunende zorg	Facilitaire diensten	Huisvestingsdiensten
<ul style="list-style-type: none"> - Polikliniek - Operaties - Medicijntoediening - Therapie - Echoscopieën - Verplegen onder behandeling - Spreekuur 	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratoria - Apotheek - CSA - Beeldvormende diagnostiek - Lichttherapie - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Schoonmaak - Magazijn - Mortuarium - Maaltijdverstrekking - ICT - Beveiliging - Medische apparatuur - Receptie - Hotel, kapper - Etc 	<ul style="list-style-type: none"> - ontwerp - bouw - financiering - grond - onderhoud - terrein infra - gebouw gebonden installaties - installaties - niet medische apparatuur, inventaris
Beheer ziekenhuis	Potentieel full service concept		Full service concept

De middelste 2 kolommen vormen een “grijs gebied”. Of taken vermeld in deze kolommen onderdeel uitmaken van het DBFM-contract hangt af van een specifiek project en de wensen van de ziekenhuisdirectie.

Overigens besteden ziekenhuizen al veel taken genoemd in de tabel uit via afzonderlijke contracten, denk onder andere aan de schoonmaak, maaltijdverstrekking, beveiliging, kapper (zie

hoofdstuk 3.3 Nederlandse voorlopers full service concept). Ook zijn er ziekenhuizen die gezamenlijk voorzieningen (b.v. een laboratorium) opzetten en soms verzelfstandigen.

Voorbeeld: ***New Community Hospital in Chester -le-Street in het VK: de scope***

De NHS Trust van North Durham Health Care (de opdrachtgever) heeft een zogenaamd pfi project aanbesteed, van 8.5 miljoen pond, dat betrekking heeft op het realiseren van één ziekenhuisvoorziening op één locatie in plaats van 4 locaties. De aanbesteding is afgerond. In mei 2003 wordt het ziekenhuis in gebruik genomen. Taken die de Trust gedurende 30 jaar heeft overgedragen aan een private opdrachtnemer zijn:

- beheer van het gebouw
- beheer van de grond
- schoonmaak
- catering
- wasserij
- postbezorging
- monitoring, auditing en archivering
- beveiliging
- parkeervoorziening
- water en waterafvoer
- huishoudelijke en klinische afvalverwerking
- energie voorziening en management er van
- IT en telefooncommunicatie

2.1.2 Outputspecificatie

Een outputspecificatie beschrijft de eisen die het ziekenhuis stelt aan het pakket aan diensten dat de private partij gaat leveren. Daarbij omschrijft de opdrachtgever de eisen in termen van output. Het is de verantwoordelijkheid van de opdrachtnemer om te bedenken hoe het de gevraagde output het beste kan leveren. Dat wil zeggen dat het ziekenhuis de “wat-vraag” formuleert en de opdrachtnemer verantwoordelijk is voor het “hoe” om deze vraag zo goed mogelijk op te lossen.

Voorbeeld: ***Inputsificatie vs. Outputsificatie***

Inputsificatie: Gangen in een ziekenhuis moeten minimaal 1.80 m. breed zijn, zodat twee bedden met patiënten elkaar kunnen passeren

Outputsificatie: Gangen in het ziekenhuis moet geschikt zijn om twee bedden met patiënten elkaar te laten passeren. Een innovatieve opdrachtnemer kan dan besluiten een gang 1.20 m breed te maken, met om de 15 m een passeerpunt dat 1.8 m breed is. Hierdoor kan er een besparing op de bouw - en schoonmaakkosten worden gerealiseerd.

De outputspecificatie voor een ziekenhuis bestaat op hoofdlijnen uit vier onderdelen:

- Totaalontwikkeling (scope van het project, doelstellingen, randvoorwaarden);
- Klinische eisen (aard van de diensten, operationeel beleid, activiteiten analyse, functionele samenhangen organisatie onderdelen, e.d.);
- Architectuur;

- Structurele en civiele constructie (wet- en regelgeving b.v. op gebied van veiligheid, gewenste ventilatie, liften, e.d.).

Evenals voor de scope van een project geldt, hebben private consortia meer mogelijkheden om innovatieve en creatieve oplossingen te presenteren, naarmate de ruimte in de outputspecificatie groter is. Een gedetailleerde beschrijving van inputs geeft private opdrachtnemers weinig ruimte voor nieuwe ideeën over oplossingen.

Toch kan het karakter van een outputspecificatie verschillen tussen typen huisvestingsprojecten. Ervaringen in het VK laten zien dat een outputspecificatie ondanks de outputgerichtheid voor een ziekenhuis doorgaans meer inputgericht is dan een school of gevangenis. Dit komt doordat een ziekenhuis aan stringenter eisen, meer wettelijke regels en voorwaarden moet voldoen dan een school of gevangenis.

Voorbeeld: **Outputspecificatie**

In een ziekenhuis is hygiëne van groot belang. In relatie tot de schoonmaak van operatiekamers kan het volgende in de outputspecificatie opgenomen worden:

Alle operatiekamers moeten voor en na een operatie nauwkeurig schoon zijn en voorzien in een veilige, hygiënische omgeving. Hierbij geldt dat in de operatiekamers de lucht samenstelling niet meer dan een x-aantal micro-organismen mag bevatten. In relatie tot elk onderdeel van vloeren tot en met wasbakken worden specifieke eisen gesteld (bijv. alle vloeren moeten conform de voorschriften van de fabrikant schoongemaakt worden).

Alle verzoeken voor acute schoonmaak moeten zo snel mogelijk gedaan worden, maar in ieder geval binnen 10 minuten en conform de specifieke eisen.

De opdrachtnemer moet zorgen dat zij alle middelen en het personeel beschikbaar hebben om aan de gestelde eisen te voldoen.

2.1.3 Risico-allocatie

Bij het full service concept staat risico-allocatie centraal. Het is een illusie om te denken dat een DBFM-contract invloed op de omvang van de risico's heeft. Dezelfde risico's als bij een traditionele werkwijze spelen een rol. Het gaat echter om de vraag: wie draagt welke risico's? Het antwoord is dat een risico bij die partij moet liggen die dit risico het beste kan beïnvloeden en beheersen, deze partij moet dan ook verantwoordelijkheid dragen voor dit risico. Alleen als een partij verantwoordelijk is voor een risico en de (financiële) consequenties draagt wanneer het risico zich voordoet, is de prikkel aanwezig om het risico te beheersen en de eventuele (financiële) schade zo beperkt mogelijk te houden.

Voorbeeld: **Risico-allocatie**

Als het ziekenhuis verantwoordelijk is voor het onderhoud en de opdrachtnemer voor het ontwerp en de bouw, dan is de kans aanwezig dat de opdrachtnemer bij het ontwerp en de bouw geen rekening houdt met de onderhoudskosten. Het risico van de onderhoudskosten ligt immers niet bij hem. Het ziekenhuis loopt het risico dat de onderhoudskosten hoger uitvallen dan van tevoren geschat, terwijl de mogelijkheid om dit te beheersen gerelateerd is aan het ontwerp en de bouw (materialen die gebruikt zijn). Idealiter zou het risico van onderhoudskosten ook bij de opdrachtnemer moeten liggen.

Per project verschilt welke risico's het ziekenhuis tegen een redelijke prijs kan overdragen aan een privaat consortium. Via onderhandelingen bepalen betrokken partijen de omvang en waardering van de afzonderlijke risico's en maken afspraken over verantwoordelijkheden.

Op hoofdlijnen draagt het private consortium de risico's die samenhangen met de interfaces tussen het ontwerp, de bouw, financiering, exploitatie en alle facilitaire diensten én de risico's gerelateerd aan het ontwerp, de bouw en bedrijfsvoering als zodanig. Het ziekenhuis is onder meer verantwoordelijk voor de bestuurlijke risico's en risico's die samenhangen met het primaire productieproces van het ziekenhuis: het verlenen van klinische diensten.

Bij een klassiek bouwproject draagt het ziekenhuis het grootste deel van de risico's. Voor een aantal risico's is echter niet duidelijk wie welke risico's draagt. Denk aan discussies over meerkosten tijdens de bouw, het niet op tijd beschikbaar zijn van het gebouw en de facilitaire diensten e.d..

Uit ervaring met DBFM-contracten in het VK is inmiddels duidelijk dat de risico's in de constructiefase het grootst zijn. Arthur Andersen heeft "Full Business Cases" van 29 projecten beoordeeld (waaronder ziekenhuisprojecten). Bij zes projecten blijkt dat bij de financiële waardering van risico's, constructie risico's zelfs meer dan 50% uitmaken van alle risico's. Risico's in de onderhoud- en beheersfase blijken tot dusverre een ondergeschikte rol te spelen.

Sommige private opdrachtnemers zijn beter in het beheersen van een risico dan andere private partijen. Zo zal een bouwbedrijf meer geschikt zijn om de risico's van de bouwfase te beheersen dan een cateraar. De opdrachtnemer met wie de opdrachtgever een DBFM contract sluit zal één partij zijn, welke bestaat uit meerdere verschillende bedrijven die de krachten gebundeld hebben in een zogenaamd consortium. Het ziekenhuis sluit het contract met dit consortium.

Voorbeeld: **Consortium van King's College Hospital UK**

Het consortium voor de PFI van de nieuwbouw van het King's College Hospital in de UK, bestaat uit een bouwbedrijf Costain, een bouwer/ beheerder Skanska, een facilitaire dienstverlener Sodexo en een investeerder Edison Capital.

2.1.4 Betalingsmechanisme: beschikbaarheidsvergoeding

De beste manier om te zorgen dat het consortium ook daadwerkelijk levert wat hij/zij belooft is om aan het niet nakoming van de afspraken financiële consequenties te verbinden. Dit is één van de belangrijkste pijlers van een DBFM-contract en wordt het betalingsmechanisme genoemd.

Bij een DBFM-contract zorgt het consortium daarom ook voor de financiering van de investering in het ziekenhuis (F in DBFM). Voor het beschikbaar stellen van het gebouw en het leveren van facilitaire diensten, ontvangt het consortium een periodieke vergoeding (de zogenaamde beschikbaarheidsvergoeding) van het ziekenhuis.

Doelstellingen van het betalingsmechanisme zijn:

- Voorzien in een realistische, maar uitdagende prikkel voor de private opdrachtnemer om de diensten (beschikbaarheid) (tijdig) te leveren conform de afgesproken kwaliteitseisen (kwaliteit van prestaties) ten einde de beschikbaarheidsvergoeding te ontvangen;
- Voorzien in een prikkel voor het consortium om de diensten te leveren conform de kwaliteitseisen die aansluiten op de outputspecificatie door een eventuele korting op de beschikbaarheidsvergoeding in te bouwen wanneer prestaties niet voldoen;
- Aansluiting van de verwachte prestaties van het consortium en outputs die de zorginstelling verwacht;
- Voorzien van een prikkel voor het consortium om problemen (snel) te verhelpen en daarmee een “penalty” te voorkomen;
- Voorzien in een prikkel voor het consortium om gedurende de contractperiode innovatieve oplossingen aan te dragen, efficiëntieopbrengsten te genereren en meerwaarde op te leveren.

De beschikbaarheidsvergoeding is afhankelijk van prestaties die het consortium levert. Voldoen de geleverde diensten aan de kwaliteitseisen, dan ontvangt het consortium zijn betaling. Omdat de financieringskosten in de ontwerp- en constructiefase relatief hoog zijn, zal het consortium een sterke prikkel voelen om het ziekenhuis op de afgesproken tijd en volgens de afgesproken kwaliteitseisen op te leveren. Het consortium ontvangt de eerste periodieke betaling pas na het beschikbaar komen van het gebouw en op het moment dat de afgesproken ondersteunende diensten geleverd worden. Voldoet de afgesproken totale dienst (dus huisvesting en ondersteunende diensten) niet aan de gestelde kwaliteitseisen, dan kan het ziekenhuis een strafkorting invoeren. Minder prestatie is minder betalen.

De filosofie achter het betalingsmechanisme is om te zorgen dat de gewenste dienst wordt geleverd. Dit staat voorop. Het is voor de opdrachtgever een onwenselijke situatie als er niet aan de afgesproken kwaliteitseisen wordt voldaan. De prikkels van het betalingsmechanisme zorgen er daarom voor dat deze situatie voor het consortium ook onwenselijk is. Wanneer de verloren inkomsten (niet ontvangen beschikbaarheidsvergoeding) voor het consortium bij het niet voldoen aan de kwaliteitseisen, hoger zijn dan de kosten om te zorgen dat er wel aan de kwaliteitseisen

wordt voldaan, dan zal het consortium ervoor zorgen dat er wel aan de kwaliteitseisen wordt voldaan. Bij het opstellen van het betalingsmechanisme is het dan ook van belang om de juiste prikkel in te brengen.

Er is echter nog een slot achter de deur, waardoor het consortium zal zorgen dat er aan de kwaliteitseisen wordt voldaan; de waakhond functie van de banken als financiers van het project. Deze zullen het consortium aanspreken als de betaling achterblijft door slecht presteren. In dat geval kan het consortium de aflossing en rente van de verstrekte lening door de banken niet terugbetalen. Wanneer sprake is van aanhoudend slechte prestaties hebben de banken, als verstrekkers van het vreemd vermogen aan het consortium, eerst nog het recht om de betreffende partij binnen het consortium te vervangen door een partij die de banken wel in staat achten om afgesproken prestaties met het ziekenhuis te leveren.

In het uiterste geval, wanneer de prestaties niet verbeteren, dan is ontbinding van het contract mogelijk. Gedane investeringen in bouwwerken en installaties e.d. vallen dan toe aan de zorginstelling. De zorginstelling kan bezien of hij het contract opnieuw wil aanbesteden of op een andere manier vormgeeft. Omdat de activa toevallen aan de zorginstelling, loopt deze dus nauwelijks financieel risico.

Om de geleverde prestaties te kunnen beoordelen is van belang dat het ziekenhuis definieert wat zij bedoelt met "beschikbaarheid" van de diensten en adequate parameters opstelt om beschikbaarheid en bijbehorende kwaliteitseisen te monitoren.

Hieronder volgt een voorbeeld van een onderdeel van het betalingsmechanisme: de tijd die het maximaal mag duren om een patiënt van bedkamer naar operatiekamer te brengen. In dit voorbeeld behoort het vervoer van patiënten tot de scope van het project en daarmee tot het full service contract.

Voorbeeld: **Vervoer van de patiënt door consortium van bedkamer naar de operatiekamer (gevoelig vb, ander vb?)**

Spoedgeval: Afgesproken in DBFM-contract dat patiënt binnen 5 minuten in de operatiekamer is.

Betaling:

= < 5 min	→ volledige betaling
= > 5 –8 min	→ 50% betaling
= > 8 min	→ 25% betaling

Geplande operatie: Afgesproken in contract dat patiënt binnen 5 minuten van de geplande tijd in de operatiekamer is.

Geplande tijd voor operatie van morgen is 15:00

Betaling:

= 14:55-15:05	→ volledige betaling
= 14:50-14:55 en 15:05-15:10	→ 80% betaling
= <14:50 en > 15:10	→75% betaling

Bij een spoedgeval moet het consortium de patiënt binnen 5 minuten naar de operatiekamer vervoeren. Als de opdrachtnemer meer dan 5 minuten, maar minder dan 8 minuten te laat is, dan krijgt het consortium slechts 50% betaald. Dit is een relatief grote boete, omdat het bij een spoedgeval van levensbelang is dat de patiënt zo snel mogelijk naar de operatiekamer wordt vervoerd. Bij een geplande operatie is het minder bezwaarlijk als de patiënt later in de operatiekamer arriveert. Daarom wordt het consortium 'slechts' 25% gekort als de patiënt later dan 10 minuten in de operatiekamer aankomt; de betaling is dan 75% van het oorspronkelijk in het contract opgenomen bedrag.

2.1.5 Financiering

Zoals al eerder aangegeven financiert niet het ziekenhuis, maar het consortium de investering van de bouw van het ziekenhuis met leningen van banken³. Regelmatig wordt gesteld dat een ziekenhuis goedkoper kan lenen dan een opdrachtnemer en dat toepassing van het full service daarom geen zin heeft. Dit is om de volgende drie redenen onjuist:

1. Financiering door consortium is niet veel duurder
2. Iets duurdere financiering wordt gecompenseerd door efficiëntie winsten
3. Een ziekenhuis kan alleen goedkoper financieren, omdat risico's niet berekend worden

Ad 1 Financiering door consortium is niet veel duurder

Sommige ziekenhuizen kunnen iets goedkoper lenen (b.v. via het Waarborgfonds⁴) dan het consortium. Hier staat tegenover dat een opdrachtnemer bij het full service concept relatief goedkoop kan lenen, doordat het consortium door de lange contractduur recht heeft op een constante stroom inkomsten gedurende de contractperiode. Hierdoor zal een bank die een lening verstrekt aan het consortium het risico dat het consortium niet aan zijn leningsverplichtingen kan voldoen relatief laag schatten. Dit heeft tot gevolg dat het consortium een relatief lage risicopremie (renteopslag) dient te betalen.

Ad 2 Iets duurdere financiering wordt gecompenseerd door efficiëntie winsten

Tegenover de iets hogere financieringskosten staat namelijk de efficiëntiewinst die via het full service concept bereikt wordt. Wanneer een ziekenhuis zelf financiert, valt de prikkelstructuur uit elkaar (zie paragraaf 3.1.4) en wordt er geen efficiëntiewinst bereikt. De efficiëntiewinst bij het full service concept zal de iets hogere financieringskosten compenseren en zorgt er voor dat het project als geheel meerwaarde biedt ten opzichte van een traditionele werkwijze.

³ De financiering van het consortium bestaat dikwijls ongeveer voor 90% uit (lang) vreemd vermogen en voor ongeveer 10% uit eigen vermogen. Het lange vreemd vermogen kan het consortium lenen van banken. Het eigen vermogen wordt door de aandeelhouders van het consortium ingebracht.

⁴ Het Waarborgfonds voor de Zorgsector geeft voor aangesloten ziekenhuizen (ongeveer 40% van het totale aantal ziekenhuizen) een garantie af. Hierdoor kan het ziekenhuis tussen de 40 en 80 basispunten (0,4% - 0,8%) goedkoper dan de marktrente lenen van de banken.

Ad 3 Een ziekenhuis kan alleen goedkoper financieren, omdat risico's niet berekend worden

Hier komt bij dat wanneer een ziekenhuis zelf de financiering van de bouw van een ziekenhuis voor haar rekening neemt, bepaalde risico's die het ziekenhuis loopt, niet expliciet worden meegerekend. Een opdrachtnemer zal alle risico's die hij overneemt van het ziekenhuis wel waarderen. Om een eerlijke vergelijking te kunnen maken tussen de kosten van de klassieke uitvoeringsvariant met het full service concept, zouden alle risico's in kaart moeten worden gebracht en worden gewaardeerd. Bij een dergelijke vergelijking zal blijken dat financiering door het ziekenhuis zelf (en via het Waarborgfonds) niet goedkoper is dan financiering door de private opdrachtnemer.

2.2 Meerwaarde full service concept

De meerwaarde van het full service concept voor de realisatie en bedrijfsvoering van een ziekenhuis kan worden uiteengehaald in diverse voordelen:

1. Efficiëntie

De optimale afstemming tussen ontwerp, bouw, financiering, onderhoud en facilitaire diensten levert efficiëntiewinsten op. Ook een optimale risicoverdeling levert een bijdrage aan deze efficiëntiewinsten. Vanwege de heldere afspraken wie voor welk risico verantwoordelijk is en de kosten die samenhangen met het ongedaan maken van risico's die zich manifesteren, zullen partijen zoveel mogelijk proberen te voorkomen dat risico's zich daadwerkelijk voordoen.

Bij het full service contract is niet het ziekenhuis, maar het private consortium langdurig verantwoordelijk voor het onderling afstemmen van het ontwerp, de bouw, financiering, het onderhoud en ondersteunende dienstverlening. Dit stimuleert het private consortium de genoemde onderdelen op elkaar af te stemmen. Zo kan consortium synergie bereiken tussen het ontwerp van het ziekenhuis en het onderhoud. Wanneer bij de bouw en het gebruik van materialen al rekening wordt gehouden met de toekomstige onderhoudskosten, dan zullen materialen worden gebruikt die minder onderhoud vragen. De totaalkosten van bouw en onderhoud zullen lager uitvallen. Een voorbeeld van een andere vorm van synergie die de opdrachtgever kan bereiken is die tussen het ontwerp en ondersteunende diensten. Denk daarbij aan het ontwerp en gebruik van materialen die rekening houden met het feit dat een ziekenhuis goed schoongemaakt moet kunnen worden.

Voorbeeld: ***Eerste Engelse pps-projecten ziekenhuizen al efficiëntie***

Uit onderzoek van the National Audit Office blijkt dat het eerste grote contract bij een ziekenhuis in Engeland, the new Dartford and Gravesham hospital een besparing van 5 miljoen pond heeft opgeleverd (3% van het totaalbedrag). Tevens zijn er kwalitatieve voordelen behaald: het ziekenhuis kon eerder in gebruik worden genomen, het ontwerp is innovatief en het management kan zich concentreren op het leveren van klinische diensten in plaats van onderhoud van het gebouw en ondersteunende diensten. Aangezien dit het eerste contract is bij ziekenhuizen, zijn de leerkosten relatief hoog. Bij volgende contracten in de toekomst zullen de besparingen hoger zijn.

NAO Press notice 39/99

Voorbeeld: **Calderdale Halifax Hospital: dezelfde zorg met minder bedden en minder personeel**

Voor het full service concept:	Na het full service concept:
850 bedden	615 bedden
3 locaties	1 locatie
40 werknemers facilitaire diensten	18 werknemers facilitaire diensten
9.000 pond opbrengsten per bed	12.000 pond opbrengsten per bed

Het opdrachtgevende ziekenhuis heeft de private partij in dit voorbeeld o.a. gevraagd om beschikbaarheid van zorgcapaciteit. De private partij kan hierin voorzien met minder bedden door aanpassing van de logistieke organisatie.

2. Langdurige zekerheid kosten

DBFM-contracten zijn bij voorkeur langlopende contracten, van zo'n 15 tot 40 jaar. De looptijd van het DBFM-contract voor het ziekenhuis in Darenth Park in het VK bedraagt zelfs 60 jaar. De lange contractduur biedt beide partijen, het ziekenhuis en het opdrachtnemende consortium, langdurige zekerheid. Het ziekenhuis weet gedurende een lange periode hoeveel haar huisvesting en ondersteunende diensten kosten. Het consortium heeft gedurende een lange periode een vaste stroom aan inkomsten, mits ze aan de gestelde eisen voldoen.

3. Patiënt staat centraal

Met het full service concept draagt het ziekenhuis taken over aan een privaat consortium. Daarbij gaat het om ondersteunende diensten (niet-klinische diensten) die behoren tot de scope van het DBFM-contract (zie ook paragraaf 3.1). Wanneer het taken betreft die tot dusverre werden verricht door artsen en/of verplegend personeel, betekent dit taakverlichting. Een privaat consortium kan bijvoorbeeld verpleegsters die nu bedden opmaken ontlasten door deze taak van hen over te nemen. Andere voorbeelden van over te dragen taken zijn: de schoonmaak, wasserij, maaltijdverstrekking en klinische afvalverwerking.

4. Minder managementtijd niet-klinische diensten: één aanspreekpunt

Met het full service concept is het private consortium verantwoordelijk voor de aansturing van de afzonderlijke ondersteunende diensten. Voor het ziekenhuis komt het managen van separate contracten voor afzonderlijke diensten (linnenwasserij, beveiliging, schoonmaakt, etc) die onderling kunnen overlappen of strijdig zijn te vervallen. Het ziekenhuis krijgt te maken met één contract en één aanspreekpunt. Wanneer sprake is van schade aan het gebouw, bijvoorbeeld een gebroken raam, is helder wie daarvoor verantwoordelijk en aanspreekbaar is en wanneer dit dient te zijn gerepareerd. Het management van het ziekenhuis kan zich daardoor beter concentreren op haar primaire taak: het leveren van klinische zorg.

Voorbeeld: **Een aanspreekpunt**

Wanneer door noodweer een ruit kapot is gewaaid en het dak is beschadigd van een ziekenhuis, waardoor de OK onderwater staat, zal het ziekenhuis naar een glasbedrijf, dakdekker en loodgieter bellen. Bij een DBFM contract hoeft een zorginstelling alle mankementen slechts in één keer te melden aan het aanspreekpunt van het consortium. Vervolgens zorgt het consortium voor het inschakelen van een glasbedrijf, dakbedekker en loodgieter. Dit behoort conform de afspraken in het contract over de kwaliteit van onderhoud en over de beschikbaarheid van de OK tot de taken van het consortium. Voor het vervangen van de kapotte ruit kan bijv. afgesproken worden dat dit binnen 4 uur moet gebeuren. Wanneer de private partij niet binnen 4 uur de ruit heeft gerepareerd, zal hij gekort worden op de periodieke betaling.

Het consortium is beter in staat afzonderlijke ondersteunende diensten aan te sturen. Omdat dit behoort tot de core business van de private onderneming heeft zij hiervoor de kennis en kunde in huis. Het overdragen van de verantwoordelijkheid voor en de afstemming tussen afzonderlijke ondersteunende diensten leidt zowel tot efficiëntie als tot verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening.

5. Meer keuzemogelijkheden totaaloplossing ziekenhuis

Zoals uiteengezet in paragraaf 2.2 formuleert het ziekenhuis de vraag naar huisvesting en ondersteunende diensten en beschrijft deze in de outputspecificatie. Het private consortium is verantwoordelijk voor het formuleren van oplossingen om zo goed mogelijk aan de vraag te voldoen. Via een Europese aanbestedingsprocedure worden verschillende bidders uitgenodigd om totaaloplossingen (voor ontwerp, bouw, financiering, onderhoud en ondersteunende diensten) te presenteren. De beste twee bidders gaan door naar een volgende ronde, waarin onderhandeld wordt over de aangedragen totaaloplossing. Uiteindelijk zal hieruit één bidder die de beste totaaloplossing biedt uitkomen. Met deze bidder zal het ziekenhuis het contract afsluiten.

De wijze van aanbesteden geeft het ziekenhuis dus de mogelijkheid verschillende totaaloplossingen met elkaar te vergelijken. Het ziekenhuis heeft in het begin de keuzemogelijkheid tussen bijvoorbeeld verschillende ontwerpen van verschillende architecten. Traditioneel gezien gaat het ziekenhuis met één ontwerp van één architect aan de slag. Het is dan maar de vraag of dit ontwerp de beste totaaloplossing biedt. Tevens is het zo dat bidders onder druk van de concurrentie met zo goed mogelijke totaaloplossingen komen.

6. Bouwen voor de toekomst

De lange duur van DBFM-contracten dwingt de opdrachtgever, het ziekenhuis, goed na te denken over de vraag naar huisvesting en ondersteunende diensten voor de lange termijn. De outputspecificatie is immers van toepassing op de gehele contractduur. Het private consortium is verantwoordelijk voor een (flexibele) lange termijn oplossing. Een oplossing die bijvoorbeeld ook rekening houdt met mogelijke toekomstige ontwikkelingen.

Voorbeeld: **Flexibel bouwen**

In Engelse ziekenhuizen wordt geprobeerd om flexibel te bouwen door ruimtes met eenzelfde functie (b.v. spreekkamers) zo veel mogelijk naast elkaar te bouwen. Mocht in de toekomst het gebruik van de functie afnemen (b.v. minder spreekkamers door een andere wijze van intake van patiënten), dan kunnen de vrijkomende ruimte eenvoudig worden omgebouwd tot behandelkamers, wachtruimtes etc.

7. Tijdige oplevering ziekenhuis en leveren van afgesproken kwaliteit

Doordat de private opdrachtnemer verantwoordelijk is voor de financiering van de investering en betaling via het betalingsmechanisme afhankelijk is van prestaties, ervaart hij prikkels om zo snel mogelijk de afgesproken diensten te leveren tegen de afgesproken kwaliteit. Met andere woorden, een privaat consortium krijgt pas betaald wanneer de zorginstelling klaar is voor gebruik. Daardoor zal hij de bouw zo snel mogelijk realiseren. Is oplevering te laat of voldoet de kwaliteit van de dienst niet aan de afspraken, dan ontvangt het private consortium zijn betaling ook later of krijgt wellicht – afhankelijk van de systematiek van het betalingsmechanisme – te maken met een strafkorting.

Voorbeeld: **Planning**

Ervaringen in het VK laten zien dat gebouwen doorgaans conform de afgesproken planning worden opgeleverd. "The time-keeping record of PFI schemes is excellent" (Sussex, 2001)

8. Additionele functies mogelijk

Het is mogelijk bidders te laten nadenken over toevoeging van extra functies aan een ziekenhuis, bijvoorbeeld winkels, kinderopvang voor personeel, onderwijsvoorzieningen voor personeel, voorzieningen voor de buurt, etc. Door ervaring met het verrichten van marktverkenningen (bestaat er behoefte voor een bepaalde functie, is het rendabel etc.) is het private consortium in staat om in te schatten welke extra voorzieningen haalbaar zijn en welke niet. Met deze functies kan het consortium extra financiële opbrengsten genereren die de kosten van huisvesting voor het ziekenhuis verlagen.

Voorbeeld: **St. Bartholomew's Hospital in West Smithfield: onderwijsvoorziening voor medische beroepen**

De opdrachtgever van een groot ziekenhuisproject in het VK (360 mln pond) vraagt het private consortium om naast het ontwerp en de bouw van een cardiologisch - en kankerziekenhuis en traumacentrum ondersteund door helikopters, de financiering er van, onderhoud en ondersteunende diensten, te voorzien in een onderwijsvoorziening voor medici, tandartsen, verpleegkundigen en andere medische beroepen.

9. Beter imago zorgsector

Het full service concept kan het imago van het ziekenhuis als werkgever op twee manieren verbeteren. Afgezien van de hierboven genoemde taakverlichting, kunnen innovatieve en creatieve huisvestingsoplossingen van een privaat consortium leiden tot een aangenamere werkomgeving. Het toevoegen van extra functies aan een ziekenhuis (bijvoorbeeld een hotel, kapper, supermarkt,

kinderdagverblijf e.d.) zal een positief effect op de uitstraling van een ziekenhuis hebben. Hierdoor wordt er beter in de behoeften van de patiënten, de bezoekers en het personeel voorzien. De extra functies kunnen ook gebruikt worden door buurtbewoners e.d.. Hierdoor zal er meer interactie met de omgeving zijn en wordt het ziekenhuis meer als een deel van de omgeving beschouwd.

Daarnaast kan een private en zakelijke bedrijfsvoering van ondersteunende diensten het imago van het ziekenhuis als werkgever verhogen. Aanvankelijk was ook een groot gedeelte van het personeel dat verantwoordelijk was voor ondersteunende diensten in de zorg tegen het concept. Personeel was bang om hun banen te verliezen. Na enige discussies in de politiek is toen besloten private consortia bij het aangaan van een DBFM-contract te verplichten personeel verantwoordelijk voor ondersteunende diensten, met bepaalde overgangsbepalingen (bijvoorbeeld ten aanzien van arbeidsvoorwaarden), over te nemen. Nu, enkele jaren later, blijkt personeel tevreden met de gang van zaken. Werknemers oefenden voorheen een beroep uit dat bijzaak vormde voor het ziekenhuis; nadien behoort hun werk tot de kerncompetentie van het bedrijf dat verantwoordelijk is voor het leveren van ondersteunende diensten. Ook blijken carrièreperspectieven verbeterd.

10. Hogere kwaliteit ziekenhuis voor hetzelfde geld of dezelfde kwaliteit voor minder geld

Het full service contract leidt tot een beter en toekomstbestendiger ziekenhuis dan bij een klassieke aanbesteding. In vergelijking met een klassiek project, kan met dezelfde omvang aan financiële middelen een kwalitatief beter ziekenhuis met een betere dienstverlening worden gerealiseerd of kan een vergelijkbare kwaliteit worden gerealiseerd voor minder financiële middelen. Enerzijds drukt de efficiëntie de prijs, anderzijds verhogen innovatieve en creatieve totaaloplossingen van het private consortium de kwaliteit van het pakket aan diensten.

De combinatie van inzet van kennis en kunde van een privaat consortium, de levenscyclusbenadering als gevolg van het langdurige en integrale contract, de wijze van aanbesteden, het betalingsmechanisme, de risicoverdeling en de eventuele toevoeging van additionele functies zorgen voor een betere prijs-kwaliteitverhouding.

Voorbeeld: **Calderdale Hospital: beter, moderner en efficiënter**

"Beter, moderner en efficiënter. Simpelweg onvergelijkbaar met bestaande ziekenhuizen in Engeland", aldus een Brits parlementslid, enthousiast bij een bezoek aan één van de eerste zorginstellingen die via pps tot stand is gekomen. Het Calderdale Hospital in Halifax, Yorkshire hoort in dat rijtje thuis. Opdrachtgever Calderdale Healthcare NHS Trust schreef, namens de Britse overheid, een aanbesteding uit voor het terugbrengen van drie bestaande ziekenhuizen op drie locaties naar één locatie, daarvoor noodzakelijke renovatie en nieuwbouw, exploitatie van het ziekenhuis en het verlenen van niet-klinische diensten.

Catalyst Healthcare werd het consortium dat het 101 miljoen pond omvattende en dertig jaar lopende contract wist binnen te halen. Bovis Lend Lease zorgt binnen het consortium voor ontwerp, bouw en management. ISS Mediclean levert een uitgebreid pakket aan niet-medische diensten, zoals wasserij, beveiliging, parkeervoorzieningen, telecommunicatie, afvalverwerking, etc. Linen Bank en Société Générale zorgden voor het grootste deel van de financiering.

Innovatief

614 ziekenhuisbedden, acht operatiekamers, ruime onderzoeksafdelingen en een nieuwe villa voor psychiatrische patiënten werden in 2001 opgeleverd. Binnen de specificaties van NHS is Catalyst Healthcare in staat gebleken een modern en innovatief ziekenhuiscomplex te realiseren. Toonaangevende ontwerpers hebben bij de vormgeving en inrichting van het ziekenhuis veel aandacht besteed aan kleuren, geuren, licht en geluid die het welzijn van patiënten kan bevorderen. Ook door patiënten zelf controle te geven over verlichting, verwarming en het gebruik van de tv wordt herstel gestimuleerd.

11. Kruisbestuiving naar publieke sector

Een interessante bevinding naar aanleiding van ervaringen in het VK laten zien dat introductie van het full service concept niet alleen leidt tot kwaliteitsverhoging van zorginstellingen die zijn gerealiseerd middels dit concept, maar ook van klassiek aanbestede investeringsprojecten. De klassieke investeringsprojecten zijn zich bewust geworden van de mogelijkheden en voordelen van het (integraal) uitbesteden en integreren van elementen. Deze bewustwording zorgt er voor dat ook bij klassieke investeringsprojecten van te voren nagedacht wordt over het uitbesteden en integreren van elementen. In de praktijk leidt dit bij klassieke investeringsprojecten tot: het uitbesteden van deelelementen, zoals schoonmaak en catering, en het aangaan van contracten, waarbij het consortium verantwoordelijk wordt voor het ontwerp en de bouw en de afstemming tussen deze elementen.

2.3 Schaduwkanten van het full service concept

Naast de vele voordelen heeft het full service concept ook een aantal schaduwkanten. Hierbij gaat het om de hoogte van de transactiekosten van het aanbesteden van een DBFM-contract en de flexibiliteit van het contract.

- **Transactiekosten**

Aangezien het full service concept nieuw is en nog nooit in Nederland in de zorgsector is toegepast, betekent dit dat er in vergelijking tot de traditionele werkwijze, er meer externe adviseurs (voor het opstellen van het contract en het betalingsmechanisme e.d.) ingezet moeten worden. De hoogte van de transactiekosten vooral samen met het vormgeven van de basis van het contract en het betalingsmechanisme.

Dit houdt in dat de transactiekosten van het contract relatief hoog zullen zijn, wat effect zal hebben op de efficiëntie. Naarmate er meer ervaring met dit concept wordt opgedaan en er standaarden beschikbaar zijn, zullen de transactiekosten dalen en zal de efficiëntie stijgen.

Dit betekent dat het niet verstandig is om het full service concept als eerste toe te passen op projecten met een beperkte investeringsomvang (< 15 miljoen Euro). Bij projecten met een hogere investeringsomvang zal er, ondanks de transactiekosten, sprake zijn van efficiëntie.

- Flexibiliteit

Zoals al eerder aangegeven is er bij het full service concept sprake van een langdurig DBFM-contract. Hierbij kan gedacht worden aan een periode van 30-60 jaar. Een zorginstelling, vooral een ziekenhuis, heeft voortdurend te maken met ontwikkelingen die van invloed zijn op het “productieproces”: verandering in de manier van het verlenen van zorg, investeringen in de nieuwste apparatuur, wijzigingen in de patiëntenpopulatie e.d. Een deel van deze veranderingen kan van invloed zijn op de inrichting van een ziekenhuis of op de exploitatie er van. De vraag is hoe dit zich verhoudt tot een langdurig DBFM-contract.

Van belang is enige flexibiliteit in te bouwen in het full service concept. Daarvoor bestaan verschillende mogelijkheden. Ten eerste wordt de opdrachtgever, omdat een DBFM-contract een lange duur kent, gedwongen bij het opstellen van de scope en outputspecificatie goed na te denken over toekomstige wensen. Dit is onder meer afhankelijk van de in de toekomst te verwachten toe- en of afname van het aantal patiënten en ontwikkelingen met betrekking tot de tijd die patiënten in een instelling verblijven. Contractueel zal vastliggen dat de opdrachtgevende instelling van een privaat consortium verwacht relatief kleine wijzigingen in de behoefte op te kunnen opvangen.

Ten tweede is aan te raden een aantal mijlpalen op te nemen in het contract. Mijlpalen kunnen samenhangen met momenten waarop de levensduur van afzonderlijke diensten afloopt. Op deze momenten krijgt het opdrachtgevende ziekenhuis de gelegenheid een afzonderlijke dienst te herzien. Zo is het voorstelbaar dat de beschikbaarheid van ICT binnen 10 jaar is afgeschreven. Wellicht bestaan tegen die tijd geheel nieuwe technologische mogelijkheden op ICT-gebied.

Mochten de eisen, bijvoorbeeld t.a.v. de kwaliteit, van de opdrachtgever zijn gewijzigd dan is het mogelijk het consortium een nieuwe bieding voor dit onderdeel te vragen. Natuurlijk betekent dit een aanpassing, o.a. in financiële zin, van het contract. Het is echter een illusie om te veronderstellen dat het stellen van andere/hogere eisen in de traditionele praktijk geen geld kosten. Om te zorgen dat deze nieuwe bieding marktconform is en de prijs die het consortium biedt niet te hoog is, is het mogelijk om in het contract een bepaling op te nemen over het verrichten van een benchmark. Dit houdt in dat de opdrachtgever de mogelijkheid heeft om aan een andere private partij te vragen wat de kosten van de nieuwe wensen zijn. Vervolgens zullen er procedure afspraken gemaakt worden wanneer blijkt dat de bieding van het consortium hoger is dan de benchmark.

Bij een eventuele uitbreiding van de zorginstelling, is het mogelijk om in het contract op te nemen dat er ook andere partijen benaderd zullen worden. Van belang is dat een zorginstelling die gedurende de contractduur uitbreiding behoeft, niet tot het huidige consortium is veroordeeld. In dat geval zou de onderhandelingspositie slecht zijn, wat de prijs niet ten goede komt.

Tot slot zal een flexibel gebouw bijdragen aan flexibiliteit in het full service concept. Vanwege de verantwoordelijk voor de exploitatie van een zorginstelling, zal het private consortium het risico van een (grootschalige) verbouwing willen voorkomen. Dit zal resulteren in een flexibel gebouw, dat wil zeggen een gebouw wat relatief eenvoudig en goedkoop anders is in te richten.

3. Potenties full service concept in de Nederlandse zorgsector

Nu duidelijk is wat het full service concept voor ziekenhuizen behelst en wat de meerwaarde is van het concept, gaat dit hoofdstuk in op de mogelijkheden voor toepassing ervan in de Nederlandse zorgsector. Daarbij wordt niet meer alleen aandacht besteed aan ziekenhuizen, maar ook aan andere zorginstellingen. In paragraaf 3.1 worden beleidsontwikkelingen in de zorg beschreven. Daarna volgt in paragraaf 3.2 een schets van de samenhang tussen beleidsvoornemens en het full service concept. Interessant is dat een aantal zorginstellingen al op een innovatieve wijze om gaat met investeringen in huisvesting, beheer en verantwoordelijkverdeling met betrekking tot ondersteunende diensten. In paragraaf 3.3 komen een aantal zogenaamde voorlopers van het full service concept aan de orde. Tot slot wordt in paragraaf 3.4 ingegaan op de mogelijkheden voor het ontwikkelen van een Nederlandse markt voor toepassing van het full service concept bij het realiseren en beheren van zorginstellingen.

3.1 Beleidsontwikkelingen Nederlandse zorgsector

Het vorige Kabinet heeft voor de gezondheidszorg de volgende beleidsopgaven voor de toekomst vastgesteld: het aanpakken van de hoge werkdruk en de problematiek van de wachtlijsten, kostenbeheersing en verbetering van de kwaliteit van het verlenen van zorg (meer specifiek: afstemmen van aanbod aan de vraag naar zorg). Ter vermindering van de wachtlijsten en werkdruk nemen de collectieve zorguitgaven over de periode 1994-2002 met gemiddeld 3,5% per jaar toe. Deze middelen hebben een uitbreiding van het personeel met 100.000 werknemers mogelijk gemaakt. Inmiddels heeft de inzet van extra middelen en personeel enig effect gesorteerd op de wachtlijsten.

Daarnaast bestaan, voornemens het zorgstelsel te wijzigen. Daarvoor bestaan verschillende redenen. Ten eerste is de rijksoverheid nu nog bij veel beslissingen op het gebied van de zorg betrokken, terwijl het rijk onvoldoende zicht heeft op de lokale behoeften aan zorg. Ten tweede hebben zorginstellingen onvoldoende handelingsruimte. Instellingen ondervinden bovendien onvoldoende prikkels om het aanbod van zorg af te stemmen op de vraag en doelmatig te handelen. Dat komt onder andere tot uitdrukking in de manier waarop investeringen in huisvesting van zorginstellingen verlopen. Betrokkenen bij investeringsprojecten in de zorg richten zich vooral op budgetmaximalisatie en het realiseren van een zo hoog mogelijke kwaliteit van het gebouw. Mede doordat aanbestedingsresultaten de laatste jaren vaak tegen vallen, dat wil zeggen dat biedingen hoger zijn dan verwacht, vindt regelmatig overschrijding van het investeringsbudget plaats. Ook lopen bouwtrajecten vaak uit, waardoor de huisvesting later wordt opgeleverd dan vooraf gepland. Andere redenen voor wijziging van het zorgstelsel zijn de beperkte mogelijkheden voor innovatie en onduidelijke verantwoordelijkverdeling tussen partijen in de zorg (vrager, aanbieder en verzekeraar).

Het nieuwe zorgstelsel dient tegemoet te komen aan de genoemde bezwaren van de huidige organisatie van de zorg. Dat betekent onder meer dat het nieuwe stelsel aanpassing vergt van de wijze van sturing in de zorg, waaronder een andere verantwoordelijkheidsverdeling van actoren. Concrete beleidsvoornemens zijn onder meer: deregulering van de zorgmarkten, het inbouwen van financiële prikkels, meer invloed van de vraagzijde op het zorgaanbod en decentralisatie van verantwoordelijkheden richting zorginstellingen. Vervanging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) door de Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ) is onder meer een illustratie van deze voornemens. De WEZ beschrijft wet- en regelgeving voor ziekenhuisvoorzieningen (zie ook bijlage II, paragraaf 1). Het doel van de wet is te komen tot een flexibel, gedereguleerd systeem van planning en bouw van zorginstellingen, waarbij de zorginstellingen (meer) verantwoordelijk krijgen voor investerings- en exploitatiebeslissingen. Naar verwachting wordt de nieuwe wet op 1 januari 2003 van kracht.

Met de invoering van de WEZ valt een deel van de bouw, huur en lease van zorginstellingen niet langer onder de reikwijdte van de bouwprocedure en hiervoor is de zorginstelling dan ook zelf verantwoordelijk (b.v. renovatie bouw). Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van VWS, zal dergelijke bouwprocedures niet meer toetsen. Wel blijft het CBZ verantwoordelijk voor de beoordeling van de investeringsaanvraag en toetsing van de kwaliteit voor de bouwprocedures die wel onder de WEZ vallen (zie bijlage II Relevante wet- en regelgeving, sub 3 bouwproces full service concept onder WEZ). De bouwprocedure die nog wel onder de WEZ valt, verandert op hoofdlijnen als volgt: het aantal toetsingsmomenten door het CBZ neemt af van 6 naar 3 (exploitatietoestemming, vergunning en eindverantwoording), het CBZ schrijft geen gedetailleerde en inputgerichte bouwmaatstaven meer voor maar stelt prestatie-eisen en ziekenhuizen mogen het investeringsbudget zoals vastgesteld in de vergunning, naderhand niet meer overschrijden.

3.2 Full service concept past bij beleidsontwikkelingen

Het full service concept correspondeert met de hiervoor geschetste beleidsontwikkelingen. Door een taakverdeling tussen zorginstelling en privaat consortium, kan personeel dat verantwoordelijk is voor het primaire proces, artsen en verpleegkundigen in een ziekenhuis, worden ontlast. Dat heeft een vermindering van de werkdruk tot gevolg en kan daarmee een bijdrage leveren aan het verminderen van de wachtlijsten. Ook heeft een ontlasting van artsen en verpleegkundigen een verhoging van de kwaliteit van het verlenen van primaire zorg tot gevolg. Een beheersing van de werkdruk, het verminderen van wachtlijsten en het verhogen van kwaliteit van het verlenen van zorg behoren tot de beleidsdoelstellingen van het Kabinet.

Bovendien heeft het full service concept efficiëntie tot gevolg. Conform dit concept vraagt een opdrachtgevend ziekenhuis via een Europees aanbestedingsproces om biedingen die het ontwerp, bouw, financiering, onderhoud en ondersteunende diensten combineren. Dit resulteert in een DBFM-contract waarbij sprake is van een optimale taak- en risicoverdeling tussen ziekenhuis en

privaat consortium. Gedurende de looptijd van het contract, zo'n 25 à 30 jaar, betaalt het ziekenhuis een beschikbaarheidvergoeding. Door de prikkels die uitgaan van een openbare aanbesteding van een geïntegreerde opdracht, de optimale taak- en risicoverdeling en het betalingsmechanisme dat onderdeel uitmaakt van het contract, kan het ziekenhuis profiteren van efficiëntiewinsten. Het streven naar efficiëntie past bij de beleidsdoelstelling gericht op het beheersen van kosten in de gezondheidszorg.

De wijze waarop een aanbesteding bij het full service concept verloopt (zie bijlage I Aanbestedingsproces), komt bovendien tegemoet aan bestaande aandachtspunten binnen het aanbestedings- en bouwtraject: overschrijding van het investeringsbudget en het niet halen van de planning.

Ook kan het full service concept een bijdrage leveren aan het verbeteren van het imago van een zorginstelling als werkgever. Zoals genoemd kunnen artsen en verpleegkundigen zich beter toeleggen op het leveren van klinische diensten. Het private consortium dat op efficiënte wijze zorgt voor diensten ondersteunen het verlenen van zorg zo goed mogelijk. Daar komt bij dat personeel in een aantrekkelijke omgeving komt te werken. Dit kan de motivatie en productiviteit verhogen. Voor personeel verantwoordelijk voor ondersteunende diensten kan het werken onder het management van een privaat consortium aantrekkelijk zijn. Het leveren van ondersteunde diensten behoort bij het private consortium immers tot de kerncompetentie van het bedrijf. Dat maakt dat genoemd personeel minder dan in de zorginstellingen aan de zijlijn staan. Ervaring in zowel het VK, als in Nederland, leert bovendien dat carrièreperspectieven toenemen.

Tot slot sluit de benadering van de WEZ goed aan bij het full service concept. De WEZ beoogt meer vrijheid voor zorginstellingen te introduceren om de investering (voor o.a. de huisvesting) en exploitatie aan te passen aan de zorgvraag van de patiënt. Het full service concept richt zich op het creëren van een gefaciliteerde zorginstelling waarin artsen en verpleegkundigen gedurende de gehele levenscyclus zo goed mogelijk zorg kunnen verlenen. Beide benaderingen corresponderen met elkaar. Bij de WEZ hanteert het CBZ prestatie-eisen; bij het full service concept stelt de opdrachtgever een outputspecificatie op. Prestatie-eisen en outputspecificatie hanteren hetzelfde uitgangspunt, namelijk specificatie in termen van prestaties c.q. output. Uitgangspunt van de WEZ is budgettair bouwen. Het full service concept is een middel om budgetoverschrijdingen te voorkomen. Met het concept bestaat bovendien langdurige zekerheid over de levenscycluskosten.

3.3 Nederlandse voorlopers full service concept

Is het full service concept nu echt zo futuristisch in vergelijking met de huidige bouwpraktijk? Nee, dat valt best mee. Als er naar de huidige bouwpraktijk wordt gekeken, valt namelijk op dat een aantal ziekenhuizen, maar ook andere zorginstellingen, in Nederland al op een innovatieve wijze (ver)nieuwe huisvesting realiseren en/of voorzien in ondersteunende diensten.

Zo heeft minister Borst eind jaren negentig 3 ziekenhuizen in Apeldoorn, Amersfoort en Sittard/Geleen (zie het onderstaande voorbeeld “Maasland ziekenhuis”) uitgedaagd af te wijken van bestaande standaard concepten en voorstellen te doen voor “het ziekenhuis van de 21e eeuw”.

In toenemende mate besteden instellingen niet-klinische diensten als schoonmaak, wasserij, catering uit. Een aantal zorginstellingen experimenteert met het gezamenlijk met andere instellingen uitplaatsen van het laboratorium. Een ziekenhuis overweegt het uitplaatsen en gezamenlijk met andere ziekenhuizen opzetten van een centrum voor nierdialyse. Een ander ziekenhuis overweegt om de gehele logistiek van het ziekenhuis uit te besteden. Een aantal ziekenhuizen heeft ervaring met het realiseren van nieuwe huisvesting via een Design Build contract (ontwerp en bouw in één contract). Andere ziekenhuizen gaan nog verder en werken samen met een bedrijf dat in een dagkliniek de verantwoordelijkheid op het gebied van de operatie overneemt.

Een aantal van deze initiatieven (uitbesteden, Design Build Contracten) kan worden gezien als voorloper van het full service concept.

Hieronder volgt een aantal voorbeelden van zogenaamde voorlopers van het full service concept:

Voorbeeld: ***Melchior ziekenhuizen: Design & Construct contract leidt tot suboptimale exploitatie***

Hoewel een minder geslaagd voorbeeld, zijn er interessante lessen te leren van de bouw van de Melchior ziekenhuizen. Bouwbedrijf Melchior heeft in het verleden een aantal ziekenhuizen gerealiseerd op basis van een Design & Construct contract. Dat betekent dat Melchior verantwoordelijk was voor de ontwerp van het gebouw en de bouw er van. Integratie van uitsluitend ontwerp en bouw heeft geleid tot optimalisatie van de investering zonder rekening te houden met het onderhoud van de betreffende ziekenhuizen. De instellingen hebben later dan ook te maken gekregen met hoge verbouwings- en renovatiekosten.

Voorbeeld: ***Maasland ziekenhuis (ook wel Orbis ziekenhuis) in Sittard: vergaande betrokkenheid van Siemens***

Het Orbis ziekenhuis is een samenwerking aangegaan met Siemens Nederland N.V voor de nieuwbouw van het Maaslandziekenhuis ‘nieuwe stijl’. Siemens infra is adviseur voor de bouw van het ziekenhuis, de ICT en de medische apparatuur. Hiernaast willen Orbis en Siemens Nederland N.V., in aanvulling op het ziekenhuis, op innovatieve en creatieve wijze een zorgboulevard realiseren.

Het is de bedoeling dat (keten)zorgaanbieders zich op de zorgboulevard gaan vestigen. In het zorgconcept passen huurders zoals: apothekers, opticiens, fysiotherapeuten enz. Daarnaast komen er voorzieningen die ook met het ziekenhuis gedeeld worden, zoals parkeergarages, een restaurant, boodschappendienst, beveiligingsdienst, kantoorruimte etc.

Voor het beheer van de zorgboulevard (vestigingsbeleid, nutsvoorzieningen, parkeerfaciliteiten, gebouwen en terreinen, beveiligingen, ICT-infrastructuur) wordt gedacht aan een parkmanagementorganisatie. Het facilitair bedrijf van Orbis zal in ieder geval deel uit maken van de parkmanagementorganisatie. Hiernaast is het mogelijk dat Siemens en een aan te trekken belegger aan de parkmanagementorganisatie deel zullen nemen. Het is de bedoeling dat Orbis ook een deel van de opbrengsten uit deze organisatie krijgt. Orbis zal, als conceptbewaker, door participatie in de parkmanagementorganisatie medezeggenschap hebben in het vestigingsbeleid van de zorgboulevard.

Voorbeeld: **Gelderse Vallei in Ede –Wageningen: *privaat consortium is verantwoordelijk voor onderhoud en levert technische diensten***

Bij de Gelderse Vallei is met de opdrachtnemers (o.a. HBG) die het ziekenhuis bouwen tijdens de bouw overleg geweest om ook het onderhoud van het gebouw en installaties uit te voeren.

Hiertoe heeft het ziekenhuis met drie private partijen een apart facilitair bedrijf (FGV) opgericht. FGV is verantwoordelijk voor de uitvoering van het gebouw –en installatiegebonden onderhoud en de medische apparatuur. Het ziekenhuis heeft met FGV een prestatiecontract opgesteld. In dit facilitair bedrijf zijn de werknemers van de interne technische dienst van het ziekenhuis gedetacheerd, zodat de technische dienst verder geprofessionaliseerd kan worden. FGV kan deze werknemers ook inzetten in andere ziekenhuizen zodat optimaal gebruik kan worden gemaakt van de capaciteit en vaardigheden van de werknemers. De werknemers blijven in dienst van het ziekenhuis, maar worden aangestuurd door FGV. Door natuurlijk verloop wordt steeds meer personeel van de opdrachtnemers ingezet.

3.4 Visie van stakeholders op het full service concept

Uit gesprekken met verschillende stakeholders komt naar voren dat er een grote interesse bestaat voor het full service concept.

Zorginstellingen zijn, als een voornaamste stakeholder, geïnteresseerd in het full service concept: “De instellingen zijn klaar voor toepassing van vernieuwende concepten.”

Zij zien de volgende voordelen:

- Eén aanspreekpunt voor alles wat met huisvesting heeft te maken;
- Meer kwaliteit voor hetzelfde geld dankzij o.a. de levenscyclusbenadering;
- Tijdige oplevering van de bouw;
- Langdurige zekerheid met betrekking tot financiële uitgaven huisvesting en ondersteunende diensten;
- Meer ruimte voor innovatieve oplossingen.

Potentiële deelnemers aan een privaat consortium uit binnen- en buitenland zien marktmogelijkheden voor toepassing van het full service concept voor realisatie, onderhoud, beheer en ondersteuning van zorginstellingen. Daarbij gaat het om bouw- en bouwmanagementbedrijven met ervaring met het concept opgedaan in andere landen, banken die internationaal opereren, maar ook om Nederlandse installatiebedrijven die geen ervaring hebben met het concept. Internationaal opererende bouw- en bouwmanagementbedrijven zien de Nederlandse zorgmarkt als kansrijk vanwege het relatief stabiele politieke klimaat, de gezonde economie, maar ook de mogelijkheden om de efficiëntie in de sector te vergroten. Voor de bedrijven zelf speelt een langdurige zekerheid over toekomstige opbrengsten een belangrijke rol.

Nederlandse leveranciers van medische apparatuur hebben veelal ervaring met de zogenaamde voorlopers van het full service concept. Zij zien meerwaarde in de betere mogelijkheden voor afstemming van het ontwerp van het gebouw en de installaties. Voor zichzelf zien deze bedrijven kansen om een nieuwe markt aan te boren en hun diensten uit te breiden. Banken worden met de

huidige “zorgmarkt” en daarmee met de huidige wijze van opereren van zorginstellingen steeds terughoudender wat betreft het verstrekken van financiering voor investeringen in de zorg. Ze wijzen op de behoefte aan vernieuwing, ondernemerschap en meer bedrijfsmatig opereren in de sector. Het full service concept kan hier een bijdrage aan leveren.

3.5 Kansrijke zorgsectoren

De aantrekkelijkheid van het full service concept, per specifieke sector, kan beoordeeld worden op basis van de volgende criteria:

1. Bouwbehoefte
2. Investeringsomvang en omvang exploitatie
3. Complexiteit.

Ad 1: Bouwbehoefte

Een voorwaarde voor het ontwikkelen van een Nederlandse markt voor het full service concept bij zorginstellingen is het vrijkomen van voldoende geschikte investeringsprojecten. Daar komt bij dat sectoren waarvoor aanzienlijke bouwvolumes gelden, aantrekkelijk zijn voor de toepassing van het full service concept, omdat hiermee meer kans bestaat op herhaling. Dat maakt het investeren in een nieuw concept aantrekkelijk.

Kijkend naar de bouwbehoefte naar sector, blijkt de behoefte in aantallen instellingen voor verpleeg- en verzorgingshuizen het grootst. Deze bouwbehoefte is zowel kwalitatief als kwantitatief van aard. Verbeteringen zijn noodzakelijk bij instellingen die zijn verouderd. Daarnaast is uitbreiding van het aantal bedden nodig als gevolg van de toenemende vergrijzing.

In financiële termen is de bouwbehoefte bij ziekenhuizen groter. Ziekenhuizen zijn naar verhouding kapitaalintensiever dan verpleeg- en verzorgingstehuizen. Wel is een trend waarneembaar waarbij de omvang van ziekenhuizen afneemt. Bij ziekenhuizen ligt de nadruk meer en meer op het geven van behandelingen; het aantal bedden daalt. Desondanks is de investering in een nieuw ziekenhuis of de renovatie van een bestaand ziekenhuis gemiddeld groter dan de investering in of renovatie van een verpleeg- of verzorgingstehuis.

Aantallen zorginstellingen (2002)

Ziekenhuizen	119
Verpleeghuizen	338
Verzorgingstehuizen	1.394*
Gehandicapte zorg (diverse type)	1.059
Geestelijke gezondheidszorg (diverse type)	586

* Verzorgingstehuizen cijfer uit 1997

Bron: Jaarbeeld Zorg 2001, ministerie van VWS

Bouwbehoefte zorginstellingen naar omvang van de investering bij nieuwbouw en naar exploitatiegevolgen (2000 – 2011, in mln euro's)

Type zorginstelling	investering	exploitatiegevolgen
ziekenhuizen	6.473	751
verpleeg- en verzorgingstehuizen	11.362	2.214
gehandicapte zorg	2.288	384
geestelijke gezondheidszorg	2.108	292

Bron:

- CBZ onderzoekbouwbehoefte 2000-2012, Actueel beleid Gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingstehuizen

- CBZ onderzoekbouwbehoefte 2000-2012, Onderzoek bouwbehoefte 2000-2012 geestelijke gezondheidszorg/ziekenhuizen: actueel beleid

Ad 2: Omvang van de investering en exploitatie

Ook de minimale investeringsomvang en de omvang van de exploitatie (onderhoud, beheer en dienstverlening) bepalen of investeringsprojecten geschikt zijn voor toepassing van het full service concept. Een minimale omvang van investeringsprojecten van zeg € 15 mln. is relevant in verband met transactiekosten. Zeker de eerste investeringsprojecten die worden gerealiseerd via het full service concept hebben te maken met relatief hoge transactiekosten (zie ook paragraaf 3.3).

Dit betekent dat naarmate een project omvangrijker is, het percentage transactiekosten over de totale investeringsomvang afneemt. Daarom is, om onevenredig hoge transactiekosten te voorkomen, een minimale investeringsomvang vereist. Uitgaande van de genoemde minimale investeringsomvang zijn ziekenhuizen interessanter dan verpleeg- en verzorgingstehuizen. Het is echter mogelijk om een aantal kleinere projecten (b.v. kleine verpleeghuizen) als één geclusterd project in de markt te zetten, zodat de gestelde minimale omvang van het project gehaald wordt.

Vanwege de levenscyclusbenadering van het full service concept, is de exploitatie component (onderhoud, beheer en dienstverlening) van belang. Voor ziekenhuizen is de omvang van financiële middelen gemoeid met de exploitatie gemiddeld aanzienlijk groter dan voor verpleeg- en verzorgingstehuizen. Dat neemt niet weg dat deze component ook voor de laatste twee genoemde categorieën zorginstellingen substantieel is.

Ad 3: Complexiteit

Naarmate de complexiteit van het “productieproces” van een zorginstelling groter is, kan het aantrekkelijker zijn onderdelen van de bedrijfsvoering over te dragen aan een andere partij. De complexiteit van een ziekenhuis is groter dan van een verpleeg- en verzorgingstehuis. Een ziekenhuis heeft een hogere mate van complexiteit door het grotere aantal functies en activiteiten en de verscheidenheid daarin, daar staat tegenover dat het wellicht is aan te raden eerst ervaring op te doen met de toepassing van het full service concept bij de wat minder complexe verpleeg- en verzorgingstehuizen.

Uit voorgaande analyse van de kansrijkheid van toepassing van het full service concept naar type zorginstelling resulteert het volgende beeld:

- Verpleeg- en verzorgingsinstellingen zijn aantrekkelijke sectoren voor toepassing van het full service concept vanuit perspectief “kans op herhaling” en er sprake is van een relatief beperkte complexiteit;
- Verzorgingshuizen zijn niet aantrekkelijk. Het beleid in deze sector richt zich op het ‘scheiden van wonen en zorg’. De bouwbehoefte voor verzorgingshuizen (combinatie van wonen en zorg) is zeer klein. De filosofie is dat patiënten zelf de woonruimte voor zijn/haar rekening moet nemen en dat zij in de eigen woonruimte zorg op maat krijgen. Aangezien de regie voor wonen en de bijbehorende dienstverlening niet in handen van de zorginstelling ligt, maar in handen van de patiënten zelf, ligt het full service concept niet voor de hand.
- Ziekenhuizen zijn interessant vanwege de investeringsomvang en het feit dat de huisvestings- en facilitaire diensten een relatief groot deel van de investeringsomvang uitmaken.

3.6 Full service concept versus wet- en regelgeving

Helaas sluit het full service concept niet altijd één op één aan op de bestaande wet- en regelgeving in de zorg. Hierdoor kunnen de voordelen van het full service concept niet volledig behaald worden (zie de bijlage II voor een nadere uitwerking van de bestaande wet en regelgeving). Het gaat om de volgende drie onvolkomenheden.

1. Verschuiving binnen investeringsbudget
2. Scheiding investerings- en exploitatiebudget
3. Toetsing bouwproces

Ad 1: Verschuiving binnen investeringsbudget

De beperkte mogelijkheden om te schuiven tussen verschillende categorieën, die ten aanzien van het investeringsbudget worden gehanteerd, vormt een belemmering voor de toepassing van het full service concept. Voor een optimale toepassing van het full service concept zou het mogelijk moeten zijn om onbeperkt te mogen schuiven tussen de verschillende categorieën.

Ad 2: Scheiding investerings- en exploitatiebudget

Door het ontbreken van een relatie tussen het investeringsbudget en het exploitatiebudget bestaat er geen prikkel de kosten gedurende de levensduur van ziekenhuis te minimaliseren. Aangezien deze prikkel één van de bouwstenen van het full service concept is, belemmert de strikte scheiding tussen financiering van investering en exploitatie een optimale toepassing van het full service concept.

Ad 3: Toetsing bouwproces

Het aantal toetsmomenten onder de WZV bemoeilijkt de toepassing van pps. Dit aangezien het pps-proces anders in elkaar zit (het schetsontwerp wordt bijvoorbeeld pas opgesteld nadat de aanbesteding gestart is).

Een aanzienlijk deel van de onvolkomenheden in de wet- en regelgeving zullen met de invoering van de WEZ (zie paragraaf 4.2) verdwijnen. Zo wordt onder de WEZ het aantal toetsmomenten verminderd en wordt het aantal bouwprocedures waarvoor externe toetsing vereist⁵ is, eveneens verminderd.

3.7 Hoe verder: pilotprojecten

Uit het bovenstaande komt naar voren dat toepassing van het full service concept voor ziekenhuizen, maar ook voor verpleeghuizen en verzorgingstehuizen, voordelen oplevert en (onder de WEZ) haalbaar is. In de onderliggende hoofdstukken van dit rapport treft u daar een toelichting op aan. In vervolg op dit rapport stelt het Kenniscentrum PPS voor een aantal projecten te selecteren die kunnen dienen als pilot voor de toepassing van het full service concept. Doel van deze pilotprojecten is toetsing van het concept in de praktijk en het ontwikkelen van praktijkkennis. Wij stellen voor om in overleg met relevante stakeholders een aantal geschikte pilotprojecten te selecteren.

In de bijlagen staat een praktische uitwerking van de werking van het full service concept aangegeven.

⁵ De toetsing vindt plaats door het CBZ.

BIJLAGE: Toepassing full service concept in de zorgsector

Nu duidelijk is wat het full service concept inhoudt, wat de voordelen zijn en de potenties voor de toepassing in de Nederlandse zorgsector, volgt in de bijlagen een beschrijving van de concrete toepassing van het concept.

BIJLAGE I: Aanbestedingsproces

De inrichting van het voorbereidings- en aanbestedingsproces is gebaseerd op de ervaringen met aanbestedingen van DBFM-contracten in Nederland in andere sectoren (2 contracten voor de Hogesnelheidslijn, de wegen A59 en N31 en Afvalwaterzuiveringsinstallatie Delfland) en ervaringen in andere landen, waaronder vooral het VK. Het proces voldoet aan Europese regelgeving voor aanbestedingen, meer specifiek: de onderhandelingsprocedure met voorafgaande bekendmaking conform de EU-richtlijn Werken. Daarnaast wordt bij de inrichting van het voorbereidings- en aanbestedingsproces rekening gehouden met relevante wet- en regelgeving op het terrein van de gezondheidszorg. De beschrijving richt zich op zorginstellingen met goede potentie voor toepassing van het full service concept: ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingsinstellingen.

Aanbestedingsproces volgens full service concept

Het voorbereidings- en aanbestedingstraject bestaat uit 5 hoofdfasen:

- I. voorbereidingsfase
- II. consultatiefase
- III. biedingsfase
- IV. onderhandelingsfase
- V. contractfase

I. Voorbereidingsfase

Stap 1: Nut en noodzaak

In het algemeen dient voorafgaand aan een investeringsbeslissing nut en noodzaak expliciet te worden aangetoond. Nieuwbouw of renovatie van een zorginstelling dient plaats te vinden op basis van een analyse van doelstellingen en eventuele voorwaarden, inclusief een budgettaire randvoorwaarde ("affordability"). In wezen staat deze stap los van de wijze van aanbesteding; ook bij traditionele aanbesteding is een analyse van nut en noodzaak van belang.

Stap 2: Opties huisvesting

Nadat nut en noodzaak zijn aangetoond, dient een beoordeling plaats te vinden van afzonderlijke mogelijkheden om te voldoen aan de doelstellingen van de voorgenomen investering. Dit moet resulteren in een inventarisatie van haalbare opties. Deze opties bepalen de reikwijdte van het project ("scope").

Opties die conflicteren met de strategische doelstellingen van de zorginstelling met bouwplannen en/of het overheidsbeleid komen te vervallen. Ook opties die onbetaalbaar zijn, vallen buiten de projectbegrenzing. "Affordability should always be borne in mind!"

Stap 3: Business case en referentieproject

Nadat uit de beoordeling van opties blijkt, dat de beoogde investering noodzakelijk is en er budget beschikbaar is, kan een verkenning van start gaan naar een DBFM-contract. Het is aan te raden een haalbaarheidsanalyse naar de genoemde contractvorm op te stellen met behulp van een outputspecificatie (zie ook hoofdstuk 2) een zogenaamde Outline Business Case.

Doelstelling van een Outline Business Case is het expliciet aantonen dat een DBFM-contract in financiële termen aantrekkelijker is voor de voorgenomen nieuwbouw of renovatie, dan een traditioneel contract. Het opstellen van een Outline Business Case kan op twee manieren, namelijk via een referentieproject of door gebruik van de publiek private comparator (PPC). De PPC is een financiële vergelijking tussen de traditionele aanpak van het project en de uitvoering van het project via het full service concept. Het brengt de kosten, risico's en opbrengsten van een traditioneel contract en pps in een vroeg stadium globaal in beeld. Het geeft inzicht in de mogelijke financiële meerwaarde van een uitvoering via het full service concept in vergelijking tot de traditionele aanpak. Voor een huisvestingsproject ligt het voor de hand een Outline Business Case op te stellen door toepassing van de PPC.

De PPC⁶ is inzetbaar voorafgaand aan besluitvorming over de aanbestedingsroute. Wanneer uit stap 3, de outputspecificatie en Outline Business Case, blijkt dat een project niet betaalbaar is, keer dan terug naar stap 2. Wellicht zijn de verkeerde varianten vastgesteld. Bedenk of de scope van het project te eng of te breed is omschreven.

Om na te gaan of de juiste scope voor een voorgenomen investeringsproject is gekozen, is het mogelijk, vooruitlopend op de formele aanbestedingsprocedure, de markt te consulteren. Uit ervaringen met andere projecten blijkt dat zowel publieke als private partijen marktconsultatie nuttig vinden. Tegelijkertijd dienen opdrachtgevers het instrument zorgvuldig toe te passen. Zo kunnen private partijen niet in een vroegtijdig stadium volledige openheid van zaken bieden en mag de publieke partij de competitie binnen het aanbestedingstraject niet verstoren⁷.

Stap 4: Vooraankondiging aanbesteding

Het formele aanbestedingsproces kan nu van start gaan. Dat begint met een vooraankondiging in het Supplement op het Officiële Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen (OJEC). Daarin maakt de aanbestedende partij het voornemen tot het doen van een aanschaffing bekend. Doel daarvan is het wekken van interesse in het ziekenhuisproject bij binnen- en buitenlandse marktpartijen. De vooraankondiging schept geen verplichting tot aanbesteding. Een aankondiging markeert de start van daadwerkelijke aanbesteding (zie stap 6).

⁶ Meer informatie over de PPC is te vinden in de handleiding Publiek Private Comparator van het Kenniscentrum PPS.

⁷ Meer informatie over marktconsultatie is te vinden in de brochure marktconsultatie: verkenning en aanbevelingen (maart 2000) van het Kenniscentrum PPS.

De start van het aanbestedingsproces vraagt om het optuigen van een adequate projectorganisatie. Dit betekent onder andere het benoemen van een projectmanager die bij voorkeur in dienst is van de zorginstelling. Het aanbestedingsteam dient te beschikken over competenties en vaardigheden die aansluiten bij de biedende consortia.

De projectorganisatie begint in deze stap ook met het opstellen van de Public Sector Comparator. Dit is een instrument dat je inzicht geeft in de mogelijke financiële meerwaarde van een pps-aanbesteding door de pps-uitvoering te vergelijken met een publieke aanpak. Het geeft inzicht in de totale kosten, opbrengsten en risico's over de totale projectduur bij publieke uitvoering. De uitkomst gebruik je als benchmark. Met deze benchmark kun je een vergelijking maken met de private biedingen. De vergelijking laat dan zien of de private bieding bij een pps-uitvoering wel of niet financieel voordeliger is dan de publieke uitvoering, zoals berekend met de PSC-benchmark. De PSC⁸ hoeft niet af te zijn voor de volgende fase. Wel dient de PSC gereed te zijn voordat in stap 9 de biedingen binnenkomen.

Stap 5: Strategie aanbestedingsproces

Op basis van de voorgaande stappen dient het aanbestedingsteam een strategie te ontwikkelen voor het aanbestedingsproces. De hiervoor genoemde procesplanning maakt daar onderdeel van uit. Voor iedere fase in het aanbestedingstraject dienen doel en verwacht resultaat helder te zijn, zodat voor alle betrokken partijen, ook de bidders, duidelijk is wat van hen wordt verwacht.

II. Consultatiefase

Stap 6: Aankondiging (OJEC)

De formele aanbesteding gaat daadwerkelijk van start met de plaatsing van een aankondiging in het Supplement op het Officiële Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen (OJEC). Daarin maakt de aanbestedende partij definitief het voornemen tot het doen van een aanschaffing bekend.

Stap 7: Pré-kwalificatie

Doel van pré-kwalificatie is te komen tot een selectie van een aantal partijen (op de long list) die in staat is adequate huisvesting en bijbehorende dienstverlening te leveren (short list). Partijen die interesse tonen (long list), ontvangen na de sluitingsdatum informatie over het investeringsproject in de vorm van een pré-kwalificatiedocument.

Het verstrekken van goede documentatie voor de inschrijvers, en later bidders, is uiterst belangrijk. De kwaliteit van de informatie die het aanbestedingsteam verstrekt, bepaalt voor een groot deel de kwaliteit van de uiteindelijke biedingen. Wanneer sprake is van een grote hoeveelheid informatie, is het de overweging waard een "data room" in te richten. Hierin kunnen alle inschrijvende partijen informatie vinden die niet strikt noodzakelijk is, maar ondersteunend is en/of strikt vertrouwelijke

⁸ Meer informatie over de PSC is te vinden in de handleiding Publieke Sector Comparator van het Kenniscentrum PPS.

informatie die partijen mogen inzien maar niet kopiëren. Het is ook mogelijk pas in de biedingfase een “data room” in te richten.

Na ontvangst van het pré-kwalificatiedocument kunnen geïnteresseerde partijen inschatten of zij de expertise en middelen in huis hebben om het huisvestingsproject naar behoren te realiseren. Is dit niet het geval en willen zij meedingen naar de opdracht, dan vormen zij in dit stadium een consortium dat wel beschikt over de benodigde expertise en middelen. Marktpartijen reageren vervolgens op het pré-kwalificatiedocument door relevante gegevens over zichzelf te verstrekken en daarmee aan te geven dat zij interesse hebben in de aanbesteding.

Het aanbestedingsteam toetst de competenties van de bidders die hebben gereageerd op basis van het pré-kwalificatiedocument. Uiteindelijk resulteert dit, op basis van objectieve criteria conform het pré-kwalificatiedocument, in een selectie van potentiële bidders die voldoen aan de minimum eisen met betrekking tot financiële draagkracht en technische capaciteiten. Om het gehele aanbestedingsproces zuiver te houden, vindt een dergelijke toetsing alleen in deze stap plaats. Een nieuwe beoordeling van soliditeit en technische capaciteiten later in het traject is alleen mogelijk wanneer nieuwe informatie daartoe aanleiding geeft.

Omdat het uitwerken van een volledige bieding op zichzelf relatief tijdrovend en lastig is, is het aan te raden een beperkt aantal potentiële bidders te selecteren. In het algemeen omvat deze drie maximaal, vier bidders. Het gekozen aantal moet echter groot genoeg zijn om te waarborgen dat sprake is van mededinging.

Stap 8: Uitnodiging tot uitleg (Invitation to Consult)

Via individuele gesprekken informeert het aanbestedingsteam de geselecteerde inschrijvers over de achtergronden van de huisvestings- en facilitaire diensten en de werking van het conceptcontract, waar onder de risicoverdeling en de outputspecificatie. Voorwaarde is dat deze gesprekken vertrouwelijk zijn, tenzij zij leiden tot een wijziging van vereisten aan gevraagde diensten (zorginstelling en ondersteunende diensten die onderdeel uitmaken van de scope); deze informatie zou beschikbaar moeten zijn voor alle bidders. Het gaat er om dat de opdrachtgever zorgt voor een “level playing field”: geen van de partijen mag een informatievoorsprong hebben.

Het aanbestedingsteam verwerkt de bevindingen van de gevoerde gesprekken in het conceptcontract, de conceptinstructies voor de biedingsfase en bijbehorende documenten. Het is aan te raden in deze stap een definitief programma van eisen op te stellen op basis van geactualiseerde beoordeling van het huisvestingsproject en aanscherping van de outputspecificatie en Business Case.

III. Biedingsfase

Stap 9: Uitnodiging tot bieden (Invitation to Tender)

Geïnteresseerde bidders ontvangen de biedingdocumenten om hun biedingen op te stellen. Het is aan de bidders voorstellen te maken voor levering van de gevraagde diensten met een aantrekkelijke prijs-kwaliteitverhouding. Het aanbestedingsteam dient criteria, op basis waarvan zij biedingen wil beoordelen, inmiddels gereed te hebben. Na ontvangst van de biedingen selecteert het aanbestedingsteam de meest kansrijke aanbiedingen en stelt een ranglijst op.

IV. Onderhandelingsfase

Stap 10: Uitnodiging tot onderhandelen (Invitation to Negotiate)

Doelstelling van onderhandelingen is te komen tot afspraken over commerciële contractvoorwaarden en bijbehorende levering van huisvestingsdiensten (output). Het aanbestedingsteam stuurt de twee inschrijvers met de beste biedingen een uitnodiging tot onderhandelen. Eventueel kunnen biedende partijen in de gelegenheid worden gesteld in een gesprek met vragen om verheldering te komen. Zij het dat daarvoor, om mededinging te waarborgen, dezelfde voorwaarden gelden als eerder genoemd. De twee bidders komen daarop met een nieuwe bieding waarover onderhandelingen plaatsvinden.

Stap 11: Definitieve bieding (Best and Final Offer, BAFO)

Na afloop van de onderhandelingen vraagt het aanbestedingsteam de bidders een laatste en definitieve bieding te formuleren, een "Best and Final Offer". Op basis van de twee definitieve biedingen, zullen het aanbestedingsteam en de bidders de onderhandelingen heropenen. Wanneer partijen de voorgaande stappen zorgvuldig hebben doorlopen, zullen onderhandelingen zich concentreren op de laatste details. Indien nodig is het mogelijk beide bidders opnieuw te vragen een nieuwe bieding te formuleren. Dat hangt evenwel van de specifieke situatie af.

Overigens is het ook niet ongebruikelijk biedende partijen uit te nodigen tot het doen van meer dan één bod. Op deze wijze hebben bidders de mogelijkheid meerdere innovatieve oplossingen voor te leggen. Voordeel voor de aanbestedende zorginstelling is dat het mogelijk is bidders te vragen een standaard bieding (referentiebieding) uit te brengen die uitgaat van een standaard risicoverdeling en vastomlijnde voorwaarden. Dit vergemakkelijkt het onderling vergelijken van biedingen. Naast een standaard bieding kunnen bidders in staat worden gesteld een afwijkende bieding te doen.

Stap 12: Voorkeursbieder (Preferred bidder)

In deze stap komt de opdrachtgever tot een finale beoordeling van de voorkeursbieder. Het aanwijzen van de voorkeursbieder markeert het einde van de competitieve fase van de aanbestedingsprocedure. Is een voorkeursbieder eenmaal geselecteerd, dan zal de prijs niet meer dalen. De aanbestedende zorginstelling zal er daarom voor moeten zorgen dat er weinig, liefst geen, mogelijkheden zijn om zaken waarover overeenstemming bestond, opnieuw ter discussie te

stellen. Onderhandelingen met de voorkeursbieder moeten beperkt worden tot de laatste details in het contract en bijbehorende documenten. Om toch enige competitieve druk op het onderhandelingsproces te houden, is het mogelijk een reserve bieder aan te wijzen. Echter, naarmate onderhandelingen verder zijn gevorderd, zal deze steeds minder de bereidheid hebben tot eventuele onderhandelingen toe te treden.

Stap 13: DBFM-contract (commercial close)

Wanneer de voorgaande stappen zorgvuldig zijn doorlopen, is de voorkeursbieder met zijn onderaannemers, het op hoofdlijnen eens met de commerciële condities van de voorgenomen transactie. Financiers en advocaten van hoofd- en onderaannemer zijn dan al betrokken geweest bij het opstellen van onderdelen voor het contract. Financiers hebben zich al gebogen over de risico's, ook over eventuele ongebruikelijke risico's. Het gaat er nu met name om dat projectdocumentatie volledig is, formuleringen in het contract op detailniveau juist zijn en de financiële bijlagen kloppen.

Stap 14: Definitieve financiële afspraken (financial close)

In praktijk zal het definitief maken van het contract parallel verlopen aan het maken van definitieve financiële afspraken (financial close). Is het contract eenmaal ondertekend door de overheid en het private consortium, dan is het plaatsen van een advertentie waarin de toekenning van het contract staat vermeld, in het OJEC gebruikelijk.

V. Contractfase

Stap 15: Contract Management

Na de toekenning van het contract breekt een nieuwe fase aan: het aanbestedingsproces gaat over naar de fase van contract management. De structuur van het contract is de basis voor de wijze waarop de zorginstelling is gebonden aan het private consortium. Overigens is wel aan te raden te zorgen voor enige continuïteit in de relatie tussen aanbestedingsteam en contract managers.

BIJLAGE II: Wet- en regelgeving in de zorg

In deze bijlage volgt een beschrijving van wet- en regelgeving die van belang is voor het beantwoorden van de vraag of toepassing van het full service concept, conform wet- en regelgeving, mogelijk is. In paragraaf 1 en 2 wordt ingegaan op respectievelijk de wijze waarop een investeringsbudget voor een ziekenhuis tot stand komt, de besteding er van en vervolgens de expliciete scheiding van investering en exploitatie. In paragraaf 3 wordt kort een toelichting gegeven op het proces dat samenhangt met een klassieke aanbesteding volgens bestaande wet- en regelgeving

1. Berekening en besteding budget ziekenhuis

Het College Bouw geeft jaarlijks de zogenaamde Bouwkostennota uit. De Bouwkostennota beschrijft de normen waarop investerings- en exploitatiebudgetten van zorginstellingen worden gebaseerd. De omvang van een ziekenhuis en de investeringskosten worden als volgt bepaald:

Basis is het aantal adherente (regio) inwoners van een ziekenhuis;

- Op basis van 2,8 bedden per 1.000 adherente inwoners worden de budgetten bepaald;
- Per bed is ruimte gereserveerd van 95 m² per bed;
- Het nieuwbouw budget is € 2.211,-/m² (excl. Grondkosten, Inventaris en Startkosten "GIS").

Het budget wordt op basis van 2,8 bedden per 1.000 adherente inwoners bepaald. Vanwege beleidsdoelstellingen, mag een ziekenhuis in de praktijk echter maar 2,0 bedden per 1.000 adherente inwoners hebben.

Voorbeeld: *Investering voor nieuwbouw ziekenhuis*

Er bestaan bouwplannen voor een ziekenhuis in een regio met 200.000 adherente inwoners. Dit levert 560 bedden op (2,8 bedden * 200.000 / 1.000 inwoners). Het ziekenhuis krijgt een bruto vloeroppervlakte van 53.200 m² (95 m² * 560 bedden). Het investeringsbedrag is € 118 miljoen (2.211 * 53.200 m²) exclusief GIS). Het daadwerkelijke aantal bedden dat het ziekenhuis mag hebben is 400 bedden (2,0 bedden * 200.000 / 1.000 inwoners).

De besteding van het investeringsbudget is gebaseerd op normen zoals vastgelegd in de Bouwkostennota van het CBZ. De norm heeft betrekking op het aantal m² per bed vermenigvuldigd met een bedrag per m². De categorie schrijft het bedrag voor dat een ziekenhuis aan die activiteit mag besteden.

Tabel uitsplitsing m² prijs bij investeringsbudget (Euro)

0.0	Grondkosten	p.m.
1.1	Bouwkundige voorzieningen	903
1.2	Werktuigkundige voorzieningen	346
1.3	Elektrotechnische voorzieningen	259
1.4	Vaste inrichting	121
1.5	Terreinvoorzieningen	50
1.0	Bouwkosten	1.679
2.0	Bijkomende kosten	39
3.0	Inventaris	p.m.
4.0	Directiekosten	235 (14%)
5.0	Rente tijdens de bouw	159 (6,5%)
6.1	Programma en bestekwijzigingen	39 (2%)
6.2	Loon & prijsstijgingen	61 (2,5%)
7.0	Startkosten	p.m.
	Totale investeringskosten	2.211

De opbouw in categorieën van de m² prijs bij het bouwen van een ziekenhuis is relatief hard. De opbouw is tot stand gekomen op basis van ervaringscijfers. Verschuivingen tussen categorieën is maar zeer beperkt mogelijk. Dit limiteert ook de mogelijkheid om te komen tot integrale huisvestingsoplossingen, dat wil zeggen één pakket aan diensten van het ontwerp van het gebouw tot aan de realisatie er van en de exploitatie van niet-klinische diensten. Zo zal een innovatief ontwerp dat lage onderhoudskosten met zich mee brengt, doorgaans duurder zijn dan een 'standaard' ontwerp, waar bovengenoemde normen op zijn gebaseerd.

2. Scheiding investering en exploitatie

In het huidige zorgstelsel, beschreven in de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG), is sprake van een strikte scheiding tussen enerzijds de financiering van de investering bij de bouw van een ziekenhuis en anderzijds de financiering van de exploitatie van een ziekenhuis.

a) Investeringsbudget voor de bouw (zie ook bijlage II, paragraaf 1)

Wanneer de investering uiteindelijk lager uitvalt dan het toegekende budget, dan mag het ziekenhuis de kostenbesparing niet besteden. Dit bedrag valt weg. Dit verleidt ziekenhuizen in praktijk het toegekende budget daadwerkelijk te besteden.

b) Exploitatie

Een ziekenhuis stelt jaarlijks een exploitatie begroting op. De zorgverzekeraar betaalt het exploitatiebudget aan het ziekenhuis. Het deel van het exploitatiebudget dat een ziekenhuis minder besteedt mag zij doorschuiven naar het exploitatiebudget voor het volgende jaar. Deze besparingen zijn echter niet vrij besteedbaar doordat het exploitatie budget is onderverdeeld in categorieën.

Door het ontbreken van een relatie tussen het investeringsbudget en het budget voor de exploitatie, bestaat geen prikkel de kosten gedurende de levensduur van ziekenhuis te minimaliseren.

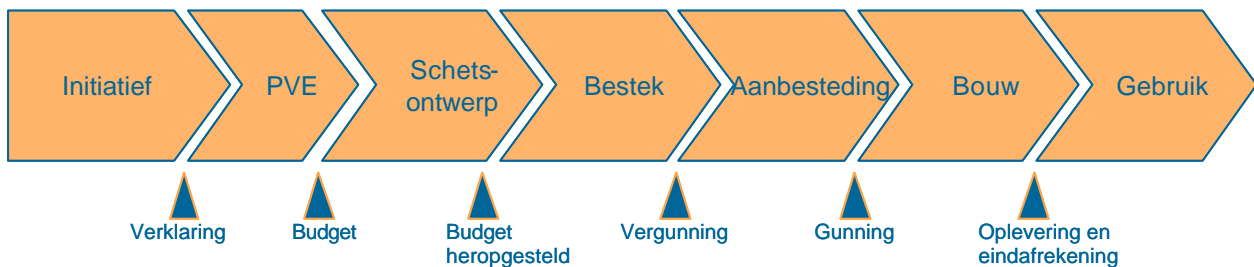
Eén van de aantrekkelijke kanten van het full service concept is juist de incentive die een privaat consortium heeft om projectonderdelen (ontwerp, bouw, financiering, onderhoud, beheer en niet-klinische diensten) zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen en zo te komen tot efficiënte en innovatieve oplossingen.

Overigens is aan te raden ziekenhuizen bij toepassing van het full service concept zelf en op hun eigen wijze te laten profiteren van de financiële voordelen die dit oplevert. Dat stimuleert instellingen te streven naar zo efficiënt mogelijke oplossingen.

3. Bouwproces volgens klassieke aanbesteding onder WZV

Een traditioneel bouw of renovatie proces van een ziekenhuis duurt een aantal jaren. In de huidige Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) bestaan twee verschillende procedures die het aantal toetsingsmomenten bepalen: de normale procedure en de ingekorte procedure. De ingekorte procedure slaat de beoordelingsfase in de bouwfase over (fase bestek), wat tijdwinst oplevert. De onderstaande figuur geeft de toetsingsmomenten in de bouwfase van een ziekenhuis weer:

Tabel: Toetsingsmomenten Bouwfase van een ziekenhuis



- Initiatief: Het initiatief gaat uit van het ziekenhuis. Het ziekenhuis dient de aanvraag in bij VWS inclusief een voorlopig budget. VWS wint advies in van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), de provincie als hoeder van de regionale prioriteitenlijst en bij een dominante regionale zorgverzekeraar. VWS verstrekt vervolgens de verklaring.
- Programma van eisen (PVE). Bij complexe projecten wordt deze fase verplicht gesteld door het CBZ. Het ziekenhuis stelt het PVE op. Het CBZ beoordeelt het PVE.
- Het ziekenhuis stelt het schetsontwerp op. Dit is het moment dat het ziekenhuis zal proberen om het budget te verhogen. Indien de ingekorte procedure wordt gebruikt, geeft het CBZ de vergunning na het schetsontwerp af. De toetsing van de bestekfase wordt dan overgeslagen.
- Het ziekenhuis stelt het bestek op. Het CBZ geeft de vergunning af om te gaan bouwen.
- De volgende fase is het aanbestedingsproces. Er dienen minstens 5 inschrijvers op het bestek te zijn. Overigens bestaat discussie over het al dan niet aanbestedingsplichtig zijn van ziekenhuizen conform de Europese Richtlijnen. In dit rapport gaan wij ervan uit dat ziekenhuizen aanbestedingsplichtig zijn. Voordat het ziekenhuis een bouwer de opdracht mag gunnen, moet het ziekenhuis eerst toestemming krijgen van het CBZ, dat het aanbestedingsresultaat goedkeurt.

- f) Als tijdens de bouwfase meerwerk moet worden uitgevoerd dat groter is dan € 4.538 (f 10.000), mag het ziekenhuis hier pas opdracht voor geven, nadat het CBZ toestemming heeft gegeven.
- g) Na het voltooien van de bouw, dient het ziekenhuis de eindafrekening, goedgekeurd door een accountant, in bij het CBZ. De eindafrekening bestaat uit de kapitaalslasten gebaseerd op het investeringsbedrag. De zorgverzekeraar vergoedt deze lasten aan het ziekenhuis via de exploitatie betaling.

Indien tijdens het proces, bijvoorbeeld in het schetsontwerp, een aantal functies van het ziekenhuis verandert (bijvoorbeeld uitbreiding met een sterilisatie afdeling), moet het ziekenhuis de voorliggende fase (initiatief, pve, schetsontwerp) in het proces opnieuw doorlopen. Het budget kan na het schetsontwerp alleen nog aangepast worden, wanneer sprake is van functie-uitbreidingen.

Budgettair bouwen

Budgettair bouwen wil zeggen dat ziekenhuizen het investeringsbudget zoals vastgesteld in de vergunning door het CBZ, naderhand niet mogen overschrijden. Financiële mee- of tegenvallers zijn voor risico en rekening van het ziekenhuis. Het aanbestedingsresultaat hoeft niet door het CBZ te worden beoordeeld. Het is mogelijk budgettair bouwen te combineren met zowel de normale procedure alsook met de ingekorte procedure. De tijdswinst is echter beperkt.

In praktijk passen ziekenhuizen budgettair bouwen nauwelijks toe omdat zij zich dan in een vroeg stadium vastleggen. Risico's van budget over- of overschrijding komen immers voor rekening van het ziekenhuis (met uitzondering van onvoorziene en onvermijdelijke kostenstijgingen).

Hieronder volgt een casus met een beschrijving van de wijze waarop het voorbereidings- en bouwproces, vanaf de initiatieffase tot aan uitvoering, van het ziekenhuis momenteel verloopt.

Voorbeeld: **Bouw traditioneel ziekenhuis**

a) Initiatieffase

Het project start met het bepalen van de gewenste omvang van het ziekenhuis. Het ziekenhuis legt dit en de onderbouwing daarvan vast in een zogenaamd Structuurplan. Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat de gewenste investering €68 miljoen bedraagt.

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) maakt het project, na enig onderhandelen, af op €54 miljoen. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis gaat hiermee akkoord vanwege de (opportunistische) gedachte dat zich vast nog wel een mogelijkheid zal aandienen om dit bedrag op te hogen.

b) Programma van eisen en ontwerp

Twee jaar zijn adviseurs bezig om de bedrijfsprocessen te analyseren en te vertalen in functionele en ruimtelijke eisen en hierover met de gebruikers consensus te krijgen. Het programma van eisen wordt ter goedkeuring voorgelegd aan VWS en het CBZ. Deze geven aan pas over goedkeuring te willen praten als het ziekenhuis bereid is een noodlijdend klein ziekenhuis in de periferie over te willen nemen. Dit is de eerste kans voor de Raad van Bestuur om het investeringsbudget op te hogen en het Structuurplan uit te bereiden. De totale kosten lopen op naar €82 miljoen.

Zes jaar na de start van de haalbaarheidsstudie wordt het programma van eisen in een ontwerp vertaald. Vervolgens besluit het ziekenhuis om bij het ministerie een centrum voor open hart chirurgie aan te vragen, waarvoor extra budget benodigd is van circa €7 miljoen. Dit betekent dat ca. 30 % van het plan opnieuw moet worden getekend.

c) Bestek

Aan het eind van de besteksfase besluit het ministerie van VWS tot een normverruiming voor alle ziekenhuizen. Hierdoor wordt een inmiddels opgelopen overschrijding van het toegekende budget met circa €5 miljoen alsnog afgedekt.

d) Aanbesteding

Negen jaar na de start van de haalbaarheidsstudie wordt het project conform budget aanbesteed. De Raad van Bestuur heeft de behoefte om de identiteit van de organisatie in het gebouw nader tot uitdrukking te brengen en geeft de architect de ruimte om de detaillering van het ontwerp nog eens grondig door te exerceren.

e) Bouw

Aan de vooravond van de start van de bouw staat nog 30 % van de plattegronden ter discussie. De renovatie- en nieuwbouw duurt 36 maanden. Tijdens de bouw wordt het ontwerp op onderdelen nog een keer fors aangepast, met alle (meer) kosten van dien. Of het bouwbudget zal tussentijds nog verhoogd worden om deze kosten te dekken en/of de meerkosten moeten door het ziekenhuis zelf worden betaald.

4. Bouwproces onder de Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ)

Het is de verwachting dat onder de Wet Exploitatie Zorginstellingen het aantal toetsmomenten tijdens het bouwproces zal afnemen en bovendien zal een deel van de bouw, huur en lease niet meer onder de reikwijdte van de bouwprocedure vallen. Hoewel het tweede paarse kabinet voornemens was de WEZ per 1 januari 2003 in werking te laten treden, is nog niet op alle onderdelen helder wat de wet concreet betekent. Het is waarschijnlijk dat het aantal bouwprocedures waarvoor externe toetsing vereist is, wordt verminderd. Ziekenhuizen worden vrij om renovatie bouw onder eigen verantwoordelijkheid uit te voeren. Hiernaast gaat het aantal toetsingsmomenten bij een investeringsproject door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen terug van 6 naar 3. Het gaat hierbij om de volgende toetsmomenten:

a. Exploitatietoestemming

Iedere rechtspersoon die zorg verleent en een instelling exploiteert heeft daarvoor een exploitatievergunning nodig. Deze wordt in beginsel afgegeven door het College zorgverzekeringen. Wanneer bouwplannen bestaan voor een zorginstelling, is toestemming van de minister van VWS noodzakelijk.

Het CBZ adviseert de minister van VWS over de aanvraag van een exploitatietoestemming. Het CBZ beoordeelt de aanvraag op grond van: toepassing van het beleidskader (past de aanvraag in het totaalprogramma), geraamde kosten (niet zozeer de investeringskosten maar de jaarlijkse exploitatie die voortvloeit uit de investering), prestatie-eisen en bekostigingsbeleidsregels op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Het CBZ geeft ook zijn oordeel over andere, mogelijk betere alternatieven om zorginhoudelijk hetzelfde doel te bereiken. Het afgeven van exploitatietoestemming van de minister betekent dat het budget is vastgesteld en de initiatiefnemer aan de procedure voor de bouw kan beginnen. Deze bestaat uit twee onderdelen (zie b en c).

b. Vergunning verlening door het CBZ

Het CBZ verleent een vergunning indien de beoogde bouw overeenkomt met de verleende exploitatietoestemming (inhoudelijk en financieel) en wordt voldaan aan de prestatie-eisen. In de regel zal uitwerking van de bouwplannen op het niveau van het definitieve ontwerp vereist zijn.

c. Goedkeuring eindverantwoording

Na oplevering van de bouw dient elke zorginstelling een eindverantwoording op te stellen. Het CBZ toetst of de eindverantwoording overeenkomt met wat waarvoor vergunning is verleend.

BIJLAGE III: Vragen en antwoorden

Hieronder volgt een overzicht van veel gestelde vragen over pps in het algemeen en specifiek in relatie tot de zorgsector en antwoorden op deze vragen (pps = full service concept=DBFM-contract, private partij = opdrachtnemer).

1. Meerwaarde full service concept

a) Profiteert het ziekenhuis volledig van de efficiëntievoordelen van het full service concept?

- In de huidige wet- en regelgeving (WZV) komen deze besparingen ten goede aan het exploitatiebudget. De besparingen zijn dus niet vrij te besteden. De verwachting is dat het ziekenhuis deze besparingen onder de toekomstige wet- en regelgeving (zie bijlage III) wel vrij mag besteden.
- Om zorginstellingen te prikkelen efficiëntieverhogende maatregelen te nemen, bijvoorbeeld toepassing van het full service concept, is van belang dat besparingen niet (volledig) door de (rijks) overheid worden afgeroomd. De toegenomen efficiency kan de patiënt (burger) op termijn ten goede komen door een lagere prijs van de zorgproducten.

b) In de VK wordt gesteld dat pps leidt tot kostenbesparingen, beter management van risico's en/of meerwaarde in termen van kwaliteit. Is het wel mogelijk om conclusies te trekken n.a.v. de lopende pps-projecten in het VK aangezien de eerste contracten pas 4 jaar geleden gesloten zijn?

- In het VK zijn sinds 1997 ca. 6 pps-ziekenhuizen operationeel. Nog eens 23 pps-projecten in de zorgsector zijn al gegund. Hiernaast bevinden zich nog veel meer pps-projecten in de zorgsector in de aanbestedingsfase.
- In het VK is de pps markt inmiddels volwassen geworden. Bij publieke en private partijen in het VK is veel praktijkervaring beschikbaar. Nederlandse partijen, zowel de overheid als marktpartijen, kunnen profiteren van de Engelse lessen, hun procesbeschrijvingen en standaardcontracten. Het is niet de bedoeling dit klakkeloos over te nemen in Nederland, maar deze ervaringen kunnen wel helpen om het full service concept in Nederland goed te implementeren.
- Hoewel de meeste projecten in het VK dateren van de laatste vier jaar, wil dit niet zeggen dat onvoldoende praktijkkennis aanwezig is om inzicht te hebben in de valkuilen. Natuurlijk hebben de meeste pps-projecten een looptijd die langer is dan 15 jaar. Daar staat tegenover dat het aanbestedingstraject bij DBFM-contracten een belangrijke fase is. Deze fase is al bij een groot aantal projecten in het Verenigd Koninkrijk doorlopen.
- Bovendien zijn constructie risico's relatief het grootst. Constructie risico's maken expliciet onderdeel uit van een DBFM-contract en doen zich voor in het begin van een pps-project, tijdens de bouwfase. In het Verenigd Koninkrijk hebben 6 ziekenhuizen deze fase al afgerond.
- Ondanks dat pps pas enkele jaren in projecten wordt toegepast, kan al geconcludeerd worden dat pps kan leiden tot kostenbesparingen. Dit is mogelijk omdat bij een pps-project de kosten over de gehele contractperiode vooraf worden berekend en vervolgens vergeleken met ervaringscijfers van traditioneel uitgevoerde projecten.

c) Hoe kan een zorginstelling bepalen of het full service concept meerwaarde oplevert ten opzichte van de huidige (traditionele) uitvoeringswijze?

- Het Kenniscentrum PPS heeft een tweetal vergelijkingsinstrumenten ontwikkeld die de zorginstelling in staat stellen te bepalen of de voorgestane full service aanpak meerwaarde oplevert ten opzichte van de traditionele aanpak.
- Voordat een pps-traject wordt ingezet, kan met behulp van de Public Private Comparator (PPC) berekend worden of er sprake is van (financiële) voordelen. Zo wordt voorkomen dat tijd en middelen worden verspild aan een full service aanpak die niet tot voordelen voor de zorginstelling leidt.
- Aan het einde van het aanbestedingsproces, vóór de ondertekening van het contract, kan met de Public Sector Comparator (PSC) worden gecontroleerd of de concrete private bieding inderdaad een betere prijs-kwaliteitverhouding oplevert dan het traditionele alternatief. Mocht dit niet zo zijn dan zal de zorginstelling alsnog opteren voor de traditionele(re) aanpak.

d) Ziekenhuizen besteden al een deel van de facilitaire dienstverlening uit, zoals b.v. schoonmaak, bewaking etc. Wat is dan de meerwaarde van het full service concept?

- Bij een traditionele aanpak wijkt de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en risico's af van de full service benadering. Bij een traditioneel contract is de zorginstelling verantwoordelijk voor de interfaces tussen de verschillende onderdelen (het ontwerp, de bouw, het onderhoud en beheer en facilitaire diensten). Bij het full service concept ligt de verantwoordelijkheid voor interfaces tussen de verschillende onderdelen bij één consortium. Dit levert efficiëntiewinsten op.
- Het voordeel voor een zorginstelling is dat zij zich kan richten op de core business; bij een ziekenhuis: het leveren van primaire zorg. De zorginstelling heeft één aanspreekpunt voor alles wat er mis is met het gebouw en de facilitaire diensten. Zie paragraaf 2.2.

e) Waarom zou een zorginstelling een consortium betrekken bij zaken waar de zorginstelling verstand van heeft (b.v. inrichting van een nieuw ziekenhuis)?

- Samenwerken is het devies! Een zorginstelling heeft kennis van zaken in relatie tot de eisen waar het gebouw aan moet voldoen, maar is niet diegene die zich specialiseren (zoals een bedrijf) in het bouwen van een ziekenhuis of het uitvoeren van facilitaire diensten. Efficiëntie wordt juist bereikt door het inschakelen van één consortium dat verantwoordelijk is voor het gehele proces (ontwerp, bouw, beheer en onderhoud) overziet en uitvoert.

2. Outputspecificatie

a) Is het opstellen van een outputspecificatie moeilijk?

- Een outputspecificatie is een belangrijk onderdeel van de documenten op basis waarvan de zorginstelling een project aanbesteedt.
- De moeilijkheidsgraad van het opstellen van en outputspecificatie komt overeen met het opstellen met een programma van eisen. Wel vraagt een outputspecificatie om een andere wijze van denken: in output in plaats van in input. Dit zal in het begin best lastig zijn.

- Het Kenniscentrum PPS kan een ondersteunende rol spelen bij het opstellen van een outputspecificatie. Hiernaast kunnen adviseurs, net zoals in een traditioneel bouwproces, helpen.
 - Daarnaast bestaan er in het VK ook voorbeelden van outputspecificaties (b.v. een handleiding van de National Health service: Public Private Partnerships in the NHS, January 2001).
- b) Heeft de zorginstelling met full service concept invloed op het ontwerp (werk van de architect)?
- Ja, maar op een andere manier dan bij de traditionele werkwijze. Via de outputspecificatie geeft de zorginstelling als eisen weer waar het gebouw aan moet voldoen. Het ontwerp moet aan deze eisen voldoen. Tijdens de aanbestedingsprocedure zal het ontwerp (steeds op een gedetailleerder niveau) door de bidders verstrekt moeten worden en door de zorginstelling beoordeeld worden.
 - Allereerst is het bij de pré-kwalificatie mogelijk om de potentiële bidders te vragen om een voorstel voor de aanpak van het ontwerp in te dienen. Dit om te begrijpen hoe bidders van plan zijn het ontwerp te integreren in de levenscyclusbenadering voor het onderhoud, beheer en facilitaire diensten. Deze voorstellen worden ook meegenomen in de beoordeling.
 - Voorafgaand aan het uitvragen van de biedingen aan de geselecteerde bidders zal er een *consultatie* van de bidders plaatsvinden. De opdrachtgever stelt de concept aanbestedingsstukken (o.a. outputspecificatie en contract) op en bespreekt deze met de bidders. Ervaring laat zien dat de consultatie ten goede komt aan de helderheid van de stukken en daarmee ook een positief effect zal hebben op de kwaliteit van het ontwerp.
 - Gezien het belang van het ontwerp van het gebouw, is het mogelijk om tussen de consultatiefase en de biedingfase een extra selectiefase in te lassen. In deze fase worden de geselecteerde bidders gevraagd een voorontwerp aan te leveren.
 - Tijdens de fase van de bieding en de finale bieding zullen de bidders een ontwerp moeten inleveren. De mate waarin het ontwerp aan de eisen van de opdrachtgever voldoet speelt een rol bij de beoordeling.
 - Tijdens de onderhandelingen is het als zorginstelling mogelijk om nog over het ontwerp te onderhandelen. Dit moet natuurlijk wel volgens de aanbestedingsregels gebeuren.

3. Taken, risico's en eigendom

- a) Betekent het full service concept dat het consortium het ziekenhuis gaat "runnen" inclusief de zorgverlening? Ofwel is privatisering hetzelfde als het full service concept?
- Nee, de zorgverlener blijft verantwoordelijk voor de primaire zorg. Alleen de taken die niet onder de core business van de zorgverlener vallen komen voor uitbesteding, en dus uitvoering door een consortium, in aanmerking.
 - Het full service concept en privatisering zijn niet hetzelfde. Bij privatisering gaan alle taken over naar een privaat consortium. Bij full service concept blijft het ziekenhuis verantwoordelijk voor de primaire zorg. Zie hoofdstuk 2.1., waar een lijst is opgenomen van services die al dan niet in de full service concept opgenomen kunnen worden. Services die niet in een full service concept opgenomen worden, worden niet overgedragen aan de private partij.

- Bij privatiseren wordt het eigendom van de grond en gebouw geleverd aan het consortium. Bij het full service concept blijft het eigendom in beginsel bij de zorginstelling. Dit is ook afhankelijk van de vraag wat er aan einde van de looptijd van het contract met het gebouw moet gebeuren. Als de verwachting is dat er over circa 30 jaar nog steeds behoefte is aan een zorginstelling op dezelfde locatie kan het eigendom beter bij de zorginstelling blijven.
- Het full service concept legt de risico's bij die partij neer die ze het best kan beheersen. Zijn taken en bijbehorende risico's beheersbaar voor een consortium, dan zal hij daarvoor een marktconforme prijs in rekening brengen en ligt overdracht van de betreffende risico's aan het consortium in de rede. Hogere bouwkosten en te late oplevering zijn bijvoorbeeld bij uitstek risico's die zijn beter door een consortium gemanaged kunnen worden. Daar staat tegenover dat er ook risico's zijn die bij uitstek zijn voorbehouden aan de zorginstelling, zoals de anders dan voorziene demografische ontwikkelingen (langer leven van mensen). Wil men laatstgenoemde risico's tóch overdragen aan een private partij dan zal hij daarvoor een zeer hoge prijs in rekening brengen, immers: het risico is voor hem niet beheersbaar.

b) Wat gebeurt er met het eigendom van een gebouw na afloop van het full service conceptcontract? M.a.w. wat gebeurt er met het restwaarderisico?

- De zorginstelling kan kiezen hoe ze om wil gaan met het eigendom van een gebouw voor, na en tijdens het contract.
- Wanneer een gebouw eigendom is van de zorginstelling en het gebouw ook na de looptijd van een langdurig DBFM-contract een functie voor de zorginstelling zal behouden, zal de zorginstelling het gebouw na afloop van het contract in eigendom willen hebben. Dan ligt het niet voor de hand het eigendom ten behoeve van het full service concept aan de opdrachtnemer over te dragen.

4. Marktconforme prijsafspraken

Consortiums willen zoveel mogelijk winst maken door te proberen het ziekenhuis zoveel mogelijk in rekening te brengen. Een ziekenhuis streeft naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van de huisvesting en ondersteunende diensten, waarbij de prijs zo laag mogelijk moet zijn. Botsen deze belangen? Hoe kunnen deze belangen gelijkgeschakeld worden en hoe kan een ziekenhuis zich er van verzekeren dat de prijs die in rekening wordt gebracht marktconform is?

- Om ervoor te zorgen dat het winststreven van het consortium synchroon is aan de kwaliteitseisen van het ziekenhuis, wordt de vergoeding van het consortium gekoppeld aan de kwaliteit van de geleverde diensten. Dit zal het consortium maximaal prikkelen om de afgesproken kwaliteit te leveren.
- Door het DBFM-contract in concurrentie (openbaar) aan te besteden verzekert de zorginstelling zich van een marktconforme prijs van de diensten.
- Mocht het private consortium gedurende de contractduur niet de gewenste kwaliteit leveren, dan kan de opdrachtnemer een strafkorting op de beschikbaarheidsvergoeding invoeren.

- Mocht het private consortium zich langere tijd niet houden aan de afspraken in het contract, zal de bank ingrijpen. Bij het structureel niet nakomen van afspraken van een partij die onderdeel uitmaakt van een consortium, zal de bank deze partij vervangen door een andere.
- In het contract kan een bepaling opgenomen worden dat de zorginstelling bij wanprestatie een step-in right heeft. Dit betekent dat het contract ontbonden wordt en dat het gebouw, zonder dat het via de beschikbaarheidsvergoeding volledig is betaald, in handen van de zorginstelling komt.

5. Financiering

- a) Welke zekerheden zal een consortium vragen in relatie tot het risico dat een zorginstelling failliet gaat of moet sluiten?
- Het consortium financiert de investering bij het full service concept voor en krijgt gedurende de contractperiode o.a. de investering terugbetaald van de zorginstelling. Het consortium zal een inschatting maken hoe groot de kans is dat het ziekenhuis failliet gaat en dat de overheid niet bereid is om het ziekenhuis overeind te houden. Tot dusverre lijkt deze kans relatief klein als je het vergelijkt met "normale" bedrijven. Wel zijn er aanwijzingen dat banken het risicoprofiel van ziekenhuizen in de toekomst zullen bijstellen.

6. De markt

Is er op in de markt voldoende kennis beschikbaar is om deel te nemen aan het full service concept in de zorgsector? Hebben private partijen, zoals bouwers wel zin om zo'n lang termijn contract af te sluiten? Willen bouwers niet alleen bouwen en dan hun geld krijgen in plaats dat ze betaald krijgen over b.v. 30 jaar?

- Verschillende binnen- en buitenlandse marktpartijen hebben aangegeven graag de Nederlandse pps-markt in de zorgsector te betreden. De grote bouwers, zoals Bovis Lend Lease, Strukton, HBG e.d. beschikken over veel praktijkervaring met pps in Engeland. Bovendien hebben leveranciers van technische installaties en medische apparatuur ook interesse getoond.
- O.a. als gevolg van de invoering van pps is in het VK is een type bouwbedrijf ontstaan. Bouwbedrijven zijn zich meer gaan toeleggen op het leveren van diensten, als bijvoorbeeld het aanbieden van facilitaire diensten en het regelen en beheren van een pps-contracten. Op deze wijze bleken bedrijven in staat hun traditioneel lage marges (op de bouw) te verhogen en meerwaarde toe te voegen.

7. Het zorgstelsel

- a) Wie wordt bij full service concept verantwoordelijk voor het verkrijgen van vergunningen: de zorginstelling of de private partij (b.v. in het kader van de WEZ)? Op dit moment is een vergunning nodig voor de bouw en de exploitatie van een zorginstelling.
- Het initiatief tot het bouwen (op andere locatie) en renoveren (op dezelfde locatie) ligt bij een zorginstelling. De zorginstelling is degene op wiens naam de exploitatie vergunning staat. Onder de WEZ zal de zorginstelling bij nieuwbouw de vergunning bij het CBZ aanvragen. Het

lijkt raadzaam dat de zorginstelling de outputspecificatie voorlegt aan het CBZ, zodat wellicht niet meer nodig is dat het CBZ de uiteindelijke oplossing (w.o. het ontwerp) van een consortium hoeft goed te keuren. Voor meer informatie over de mogelijke werking van de toetsmomenten door het CBZ, zie Bijlage III .

b) In Nederland bestaat veel gedetailleerde wet- en regelgeving op het gebied van de zorgsector. Vormt dit geen belemmering om te kunnen profiteren van de voordelen van het full service concept?

- Regels samenhangend met investerings- en exploitatiebudgetten lijken een optimale toepassing van het full service concept inderdaad te belemmeren. Mogelijk bestaan er meer belemmeringen in wet- en regelgeving waar stakeholders (nog) niet op zijn bedacht.
- Het Kenniscentrum PPS stelt voor naast bestaande wet- en regelgeving experimenteerruimte te creëren voor enkele pilotprojecten. Dit geeft het ministerie van VWS de mogelijkheid om bij eventuele belemmeringen te kiezen voor maatwerkoplossingen. Op deze wijze is het mogelijk het full service concept toe te passen en optimaal te profiteren van de voordelen.
- Overigens past het full service concept bij beleidsontwikkelingen in de zorg: onder andere naar meer eigen verantwoordelijkheid van de zorginstellingen, doelmatig handelen van partijen in de zorg (zorginstellingen, verzekeraars en patiënten) en invoering van de Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ) (zie ook hoofdstuk 4, paragraaf 1).

c) Stel dat wetgeving verandert. Wat betekent dit voor een langlopend full service contract?

- De kans op wetswijziging is een risico. Partijen kunnen dit risico betrekken bij hun afspraken over de verdeling van risico's.
- Doorgaans hangt het van het type wetswijziging af of dit risico voor rekening komt van een publieke of private partij. Een wetswijziging die gevolgen heeft voor alle sectoren en ondernemers geldt als ondernemersrisico. Een wetswijziging die specifiek gevolgen heeft voor het consortium dat verantwoordelijk is voor huisvesting kan worden gezien als een "publiek" risico dat onder de verantwoordelijkheid van de zorginstelling valt.

8. Bouw

Is de bouw van een zorginstelling niet te complex voor toepassing van het full service concept?

Levert dit niet te veel risico's op die tot uitdrukking komen in tijd en geld?

- Nieuwbouw of renovatie van huisvesting in combinatie met een vernieuwing van facilitaire dienstverlening is inderdaad niet eenvoudig. Deze complexiteit staat los van het type contract (traditioneel of DBFM).
- Het full service concept maakt het mogelijk kennis van een privaat consortium in te zetten om te komen tot oplossingen voor problemen, bijvoorbeeld met betrekking tot de transitie (alternatieve huisvesting tijdens grootschalige renovatie) of het minimaliseren van de overlast voor patiënten en werknemers . Zo kan aan het consortium worden gevraagd te komen met transitieoplossingen. Samenwerken leidt tot meerwaarde!

9. Werknemers van facilitaire diensten

a) Wat gebeurt er met het personeel dat nu voorziet in facilitaire diensten?

- Het is mogelijk dat het private consortium dat verantwoordelijk wordt voor de facilitaire dienstverlening het personeel overneemt. Dat wil dus zeggen dat het huidige personeel gaat werken in dienst van en onder het management van het consortium. Een andere oplossing is dat het personeel in dienst blijft bij het ziekenhuis en aangestuurd wordt door het private consortium. Zie voor een andere oplossing het voorbeeld van het Gelderse vallei ziekenhuis in hoofdstuk 4 paragraaf 3.

b) Hoe worden de arbeidsvoorwaarden en werkcondities beschermd wanneer het personeel van de zorginstelling overgaat naar de private partij?

- De zorginstelling kan maatregelen nemen om het personeel te beschermen. Dit kan door de voorwaarde aan het full service concept te verbinden dat het personeel onder dezelfde arbeidsvoorwaarden moet kunnen blijven werken.
- Overigens laten ervaringen in het VK zien dat personeel dat is overgegaan naar een privaat consortium achteraf uitermate tevreden is om twee redenen: facilitaire diensten zijn niet meer nevensgeschikt bij de werkgever (voorheen de zorginstelling), maar behoort tot de kerncompetentie van het private consortium en carrièreperspectieven verbeteren.

10. Aanbesteding

a) Hoe ziet het aanbestedingsproces van het full service concept er uit?

- Zie Bijlage I Aanbestedingsproces

b) Wat zijn de (extra) kosten verbonden aan een full service concept-aanbestedingstraject?

- Deze kosten zijn sterk gerelateerd aan de mate waarin extern advies voor het project nodig is. Dit is (o.a) afhankelijk van de volgende factoren:
 - Omvang en complexiteit project;
 - Kennis en ervaring in-house;
 - Beschikbaarheid van standaarddocumentatie.
- De eerste full service projecten zullen te maken hebben met meer leerkosten (o.a. advieskosten) dan de vervolprojecten. Naarmate de leerervaring toeneemt, dalen deze kosten.

11. Flexibiliteit

a) Met een full service conceptcontract verbindt de zorginstelling zich voor een langere periode aan een privaat consortium. Wat als het beleid en/of demografische ontwikkelingen aanleiding geven voor een (structurele) wijziging ten aanzien van de voorhanden zijnde huisvesting in de zorg?

- Zie paragraaf 2.3.

b) Is het, gezien het feit dat de zorgsector voortdurend in beweging is, mogelijk om veranderingen in een langdurig DBFM contract aan te brengen?

- Ja. Zie paragraaf 2.3.

12. Overige aspecten

a) De gebruikers van het ziekenhuis zoals de artsen zijn erg invloedrijk. Deze gebruikers worden dan ook actief betrokken bij de (renovatie) bouw van een ziekenhuis. Kunnen de gebruikers bij het full service concept ook invloed uitoefenen op hun werkomgeving?

- Juist gebruikers zouden bij het full service concept moeten aangeven hoe de output eisen eruit zien, ofwel wat de essentiële eisen zijn van hun werkomgeving. Verder kunnen gebruikers op dezelfde wijze als bij de traditionele bouwprojecten worden betrokken bij de full service aanpak.

b) Een zorginstelling is niet BTW-plichtig. Wanneer een ziekenhuis zelf een dienst uitvoert (bijvoorbeeld schoonmaak) dan hoeft hierover geen BTW afgedragen te worden. Is het full service concept wel mogelijk gezien deze problematiek?

- Dit speelt bij alle uitbesteding van diensten voor ziekenhuizen, dus niet alleen bij PPS. Wanneer een ziekenhuis diensten uitbesteedt zal de partij die de dienst levert over de geleverde dienst BTW in rekening brengen bij het ziekenhuis. De betaalde BTW krijgt het ziekenhuis in principe niet gecompenseerd. Het lijkt voor een ziekenhuis dan ook ongunstig om diensten uit te besteden. Toch worden in de huidige praktijk al veel diensten uitbesteed door ziekenhuizen. Het BTW-nadeel weegt dus niet altijd op tegen de voordelen van het uitbesteden van diensten (toeleggen op kerntaak, kostenbesparing door efficiëntie).
- Het BTW probleem speelt ook bij andere sectoren (o.a. scholen) en blijft een aandachtspunt. Juist in een pilot-project moet hier aandacht aan worden besteed.

c) Zijn ziekenhuisbesturen in staat om een project via het full service concept te realiseren? Voor een ziekenhuisbestuur is een bouwproces vaak een eenmalige gebeurtenis, waardoor de benodigde kennis met betrekking tot het bouwproces soms ontbreekt.

- Een bouwproject voor een ziekenhuis is altijd een complexe aangelegenheid. Dit is niet anders bij het full service concept. In een traditionele aanpak zal een ziekenhuis ook veel benodigde kennis extern aan trekken.

d) Er worden steeds vergelijkingen met full service concept in Engeland getrokken, maar de Engelse zorgsector zit anders in elkaar dan de Nederlandse zorgsector en de motieven die in Engeland gelden voor het inzetten van full service concept als middel gelden voor Nederland niet. Is het full service concept in de Engelse zorgsector wel te vergelijken met full service concept in de Nederlandse zorgsector?

- Hoewel de Engelse zorgsector anders is, kunnen er toch lessen worden getrokken uit Engeland. Denk daarbij aan hun procesbeschrijvingen, standaardcontracten e.d. Dit voorkomt een aantal valkuilen en zal een succesvolle implementatie van het full service concept bespoedigen.