

Zorg voor samenwerking

Samenwerking bij de ontwikkeling van zorgparken



Colofon

Titel rapport: Zorg voor samenwerking
 Samenwerking bij de ontwikkeling van zorgparken

Plaats en datum: Utrecht, 30 december 2009

Omvang: 116 pagina's

Status: Definitief

Auteur: B. (Bram) van Ooijen
 Studie Civil Engineering and Management
 Universiteit Twente
 b.vanooijen@alumnus.utwente.nl

Afstudeercommissie: Dr. H. (Hans) Voordijk (Universiteit Twente)
 Prof. Dr. G.P.M.R. (Geert) Dewulf (Universiteit Twente)
 Drs. M. W. (Marcel) van Beveren (NPC)

Universiteit Twente
Faculteit Construerende Technische Wetenschappen
Postbus 217
7500 AE Enschede
Tel: 053 489 91 11
www.utwente.nl

UNIVERSITEIT TWENTE.

NPC
Postbus 2202
3500 GE Utrecht
Tel: 088 671 21 46
www.npc.eu



Samenvatting

Aanleiding voor onderzoek

In de wereld van ziekenhuizen wordt veel gesproken over zorgparken: gebieden rond ziekenhuizen met andere zorggerelateerde en niet-zorggerelateerde voorzieningen. Het aantal ziekenhuizen dat daadwerkelijk een zorgpark ontwikkelt, is echter zeer beperkt. Ziekenhuizen blijken grote moeite te hebben met het inrichten van de juiste samenwerking met andere partijen, zoals een projectontwikkelaar en gemeente. Het is voor hen onduidelijk hoe men tot een goede verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's komt, en tot welke meerwaarde dit leidt.

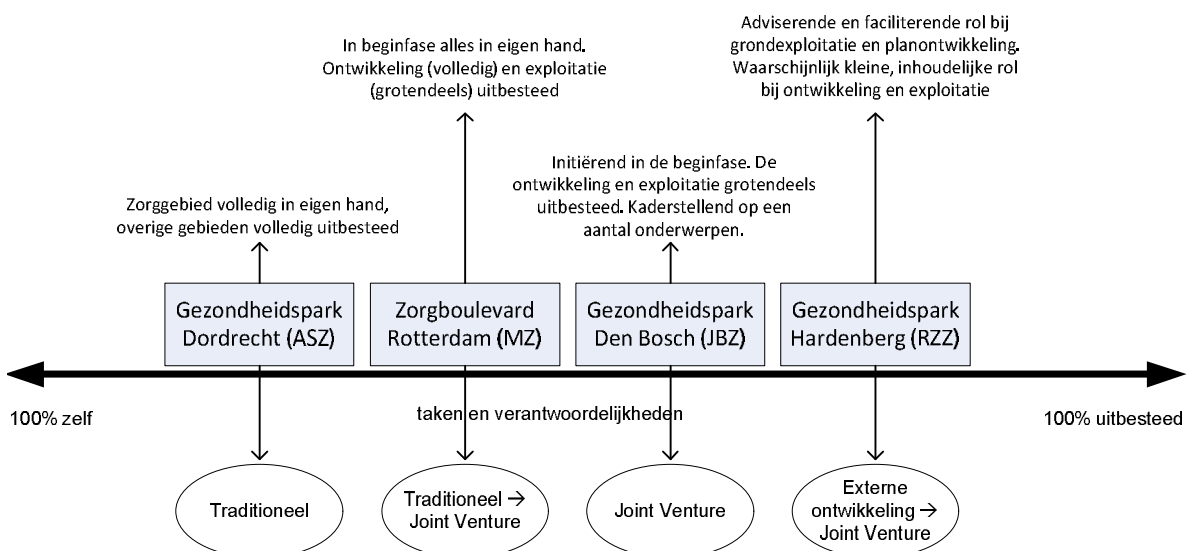
Onderzoeksopzet

Het doel van het onderzoek is om aanbevelingen te doen aan ziekenhuisbesturen over de meerwaarde van mogelijke samenwerkingsvormen bij de totstandkoming van een zorgpark. Dit helpt hen bij de besluitvorming over het ontwikkelen van een zorgpark en bij het inrichten van een goede samenwerking met andere partijen.

Een literatuuronderzoek is uitgevoerd naar het concept zorgpark en naar samenwerking bij gebiedsontwikkeling. Vervolgens is een casusonderzoek gedaan bij vier in ontwikkeling zijnde zorgparken in Nederland: Zorgboulevard Rotterdam, Gezondheidspark Dordrecht, Gezondheidspark Den Bosch en Gezondheidspark Hardenberg. Hier zijn interviews gehouden met de projectdirecteuren en zijn projectdocumenten bestudeerd. Hieruit is inzicht verkregen in de wijze waarop ziekenhuizen hun samenwerking hebben ingericht. Op basis van het casusonderzoek is een beslismodel ontwikkeld voor ziekenhuisbesturen dat hen ondersteunt bij het maken van een keuze voor een samenwerkingsvorm bij de ontwikkeling van een zorgpark.

Conclusies

De vier onderzochte ziekenhuizen werken alle op verschillende wijze samen met andere partijen bij de ontwikkeling van hun zorgpark. Dit is in onderstaand figuur weergegeven.



De belangrijkste stakeholders bij de ontwikkeling van een zorgpark zijn het ziekenhuis, een ontwikkelaar (of een consortium van ontwikkelende partijen) en de gemeente.

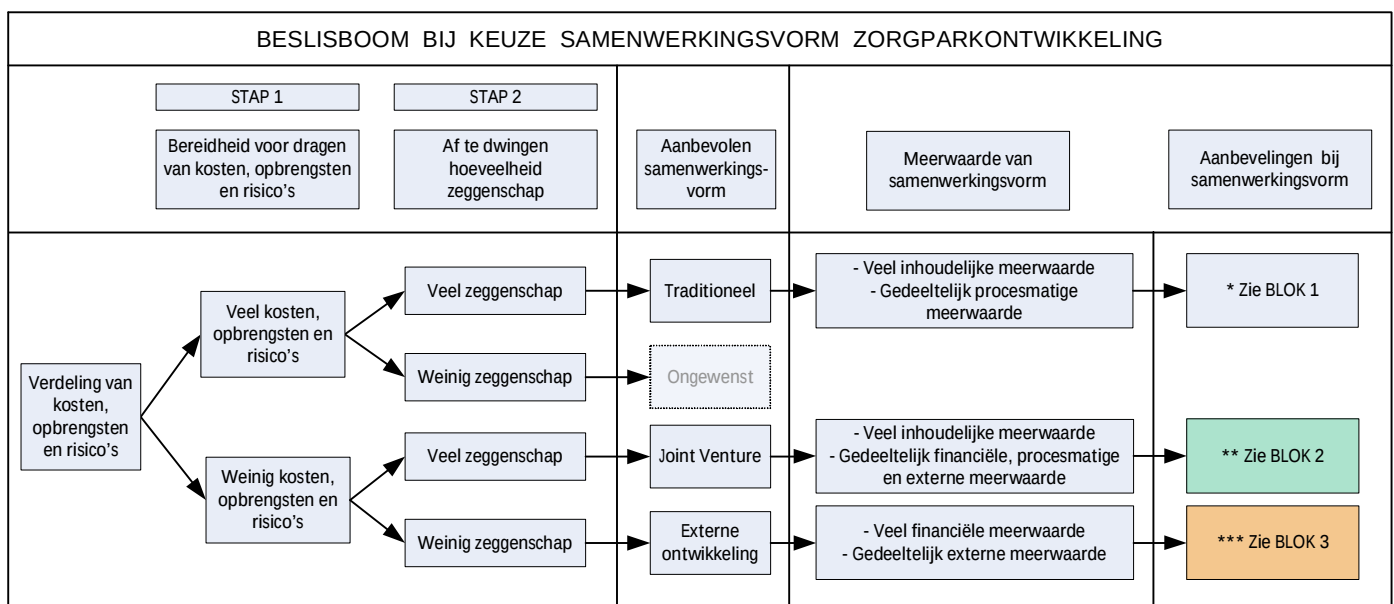
De belangrijkste factoren die de toegepaste samenwerkingsvorm bepalen, zijn de gewenste verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's. Op deze aspecten heeft een

ziekenhuis zelf veel invloed en dient het een strategische keuze te maken. Zeggenschap is met name belangrijk in het begin van het proces, op het gebied van functies, huurders en de inrichting van het openbaar gebied. De verdeling van kosten en opbrengsten is belangrijk wanneer een ziekenhuis geen of beperkte financiële middelen heeft, of ter beschikking wil stellen, voor het zorgpark. De verdeling van risico's is belangrijk, omdat eventuele nadelige risico's in de ontwikkeling en beheer van het zorgpark niet ten laste mogen komen van de financiering van het primaire proces van zorgverlening van het ziekenhuis.

De literatuur onderscheidt vier typen meerwaarden die een samenwerkingsvorm kan hebben voor een ziekenhuis: inhoudelijke, financiële, procesmatige en externe meerwaarde. Ondanks de toepassing van verschillende samenwerkingsvormen, bereiken alle ziekenhuizen financiële en inhoudelijke meerwaarde (uitgezonderd het Röpcke-Zweers ziekenhuis, dat geen inhoudelijke meerwaarde bereikt). Financiële meerwaarde voor ziekenhuizen uit zich in de beperkt benodigde inbreng van financiële middelen en het beperkt dragen van risico's. Inhoudelijke meerwaarde uit zich in een samenhangend en haalbaar ruimtelijk plan, waarbij zorg en niet-zorgfuncties op elkaar zijn afgestemd en meerwaarde bieden aan de dienstverlening van het ziekenhuis.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat het verband tussen de gekozen samenwerkingsvorm en de meerwaarde hiervan, niet gemakkelijk blijkt aan te tonen. In verschillende fasen van het proces worden vaak verschillende samenwerkingsvormen gebruikt en daarnaast zijn er (naast de toegepaste samenwerkingsvorm) nog veel meer factoren die de uiteindelijke meerwaarde bepalen. Wel kunnen enkele conclusies getrokken worden. Samenwerkingsvormen waarbij kosten en opbrengsten en risico's voor een groot deel zijn overgedragen aan andere partijen, leiden tot een grotere financiële meerwaarde. Samenwerkingsvormen waarbij het ziekenhuis vanaf het begin van het proces intensief samenwerkt met andere partijen, geven de hoogste inhoudelijke meerwaarde. Samenwerkingsvormen waarbij de gemeente actief is betrokken in de ontwikkeling, leidt tot meer externe meerwaarde.

Er is niet één beste samenwerkingsvorm voor de totstandkoming van een zorgpark. Hierop zijn te veel situatie- en lokatiespecifieke aspecten van invloed. Een beslismodel is ontwikkeld om ziekenhuisbesturen richting te geven in het bepalen van de voor hen juiste samenwerkingsvorm. Deze is weergegeven in onderstaand figuur.



Aanbevelingen

Aan ziekenhuisbesturen wordt aanbevolen om het beslismodel te gebruiken bij het maken van de keuze voor een samenwerkingsvorm. Belangrijk hierbij is om de gewenste verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's te bepalen. Voornamelijk over de verdeling van zeggenschap dient een ziekenhuis een weloverwogen keuze te maken. Tevens wordt aanbevolen om de verantwoordelijkheid voor het dragen van risico's zoveel mogelijk te beperken. Een vroege betrokkenheid en commitment van verschillende partijen binnen het ziekenhuis en van gemeente, ontwikkelaar en toekomstige huurders, vergoten de haalbaarheid van het project.

Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om dit onderzoek over een aantal jaren, wanneer verschillende zorgparken in beheer zijn, opnieuw uit te voeren. Op dat moment is er meer inzicht in de effecten van de toegepaste samenwerking en kunnen er meer betrouwbare resultaten worden verkregen. Verdere toetsing en uitbreiding van het beslismodel wordt tevens aanbevolen. Meer inzicht vanuit het perspectief van gemeenten en ontwikkelaars kan tevens onderwerp van vervolgonderzoek zijn. Verder onderzoek naar geleerde lessen bij de ontwikkeling van ziekenhuizen en vergelijkbare lokaties, wordt tot slot aanbevolen.

Voorwoord

Met deze scriptie rond ik mijn studie Civiele Techniek & Management aan de Universiteit Twente af. Dit onderzoek heb ik mogen uitvoeren bij NPC in Utrecht.

Toen mijn ouders mij een aantal jaren geleden vroegen wat ik, met de studie die ik had gekozen, later eigenlijk voor beroep zou gaan uitoefenen, zei ik dat ik projectleider zou worden. De spin in het web van verschillende partijen en belangen, die er voor moet zorgen dat de samenwerking tussen deze partijen de beoogde resultaten oplevert. Dit onderzoek sluit hier geheel bij aan. Het richt zich op de samenwerking tussen ziekenhuis en andere partijen bij de totstandkoming van een zorgpark. Het geeft ziekenhuisbesturen een handvat bij het inrichten van een goede samenwerking met andere partijen.

Toch was het niet gemakkelijk om dit onderzoek te beginnen. De zorgwereld kende ik niet en zorgparken bleken een geheel nieuw fenomeen te zijn. Over zorgparken was in zeer beperkte mate literatuur beschikbaar en de precieze problemen bij de ontwikkeling er van, bleken onduidelijk. Talloze interviews met experts en ziekenhuizen hebben mij alsnog inzicht in deze nieuwe problematiek gegeven. Toen de afbakening van het onderzoek eenmaal helder geformuleerd was, heb ik het onderzoek vlot kunnen voltooien.

Er zijn verschillende personen die ik wil bedanken voor hun bijdrage aan de totstandkoming van deze scriptie. Allereerst wil ik NPC bedanken. Zij hebben mij de mogelijkheid geboden om naar dit onderwerp onderzoek te doen. Ik heb met erg veel plezier met jullie gewerkt. Ik heb NPC ervaren als een professioneel bureau met zeer diverse werkgebieden en een open, informele sfeer. Naast het afstudeeronderzoek, hebben de vele workshops en lezingen me nieuwe inzichten gegeven. Bovenal wil ik Marcel bedanken voor zijn begeleiding. Marcel, jij hebt me veel geleerd over de zorgwereld. Je hebt me veel vrijheid gegeven in de vormgeving van mijn onderzoek en hebt bijgedragen aan de verhoging van de praktijkwaarde van mijn onderzoek. Ik vind het jammer dat ik door de beperkte tijd niet de vergelijking met gebiedsontwikkeling in de spoorwereld heb kunnen maken. Laat dit een onderwerp voor vervolgstudie zijn.

De begeleiders op de Universiteit Twente wil ik tevens erg bedanken. Geert en Hans, jullie hebben mij de lessen van wetenschappelijk onderzoek geleerd. Op de juiste onderdelen en momenten hebben jullie mij de goede vragen gesteld. Jullie bijsturing, met name in de fase van afbakenen, heeft mij erg geholpen. Heel erg bedankt hiervoor.

De geïnterviewde ziekenhuismedewerkers en experts wil ik tevens bedanken voor de interviews. Jullie lessen en ervaringen vormen de basis van de resultaten van dit onderzoek. Ik denk dat ik jullie, en jullie collega's bij andere ziekenhuizen, met dit onderzoek interessante inzichten heb gegeven.

Ook wil ik Irene bedanken voor haar hulp in de beginfase van mijn afstudeerperiode. Je bent er altijd voor me geweest. Tot slot wil ik mijn ouders enorm bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun in mijn studie- en studententijd. Ook op de momenten dat ik mijn studie opzij zette voor een jaartje besturen, ondernemen of buitenlandse reizen. Deze scriptie betekent tevens het einde van mijn studententijd. Het is een fantastische tijd geweest waarin ik ontzettend veel heb meegemaakt en geleerd en waaraan ik vrienden voor het leven overhoud. Bedankt allemaal!

Bram

Inhoudsopgave

1. Inleiding	11
2. Onderzoeksopzet	13
2.1 Probleemstelling	13
2.2 Doelstelling	14
2.3 Onderzoeksvragen.....	14
2.4 Relevantie	14
2.5 Onderzoeksstrategie.....	15
2.6 Scope	18
3. Theoretisch kader.....	19
3.1 Zorgparken.....	19
3.1.1 Functies in een zorgpark.....	20
3.1.2 Motieven voor de ontwikkeling van een zorgpark.....	21
3.1.3 Onderscheid tussen zorgpark en zorgboulevard.....	21
3.2 Stakeholders bij zorgparken.....	22
3.3 Meerwaarde van zorgpark voor stakeholders	25
3.4 Samenwerkingsvormen bij gebiedsontwikkeling	27
3.4.1 Gebiedsontwikkeling.....	27
3.4.2 Partijen bij gebiedsontwikkeling	27
3.4.3 Fasering van gebiedsontwikkeling	27
3.4.4 Samenwerkingsvormen.....	27
3.5 Meerwaarde van samenwerkingsvormen bij gebiedsontwikkeling	30
3.6 Keuze voor samenwerkingsvorm	32
3.6.1 Factoren die de keuze voor een samenwerkingsvorm beïnvloeden.....	32
3.7 Conceptueel raamwerk.....	36
3.7.1 Toegepaste samenwerking.....	36
3.7.2 Effecten van samenwerking.....	37
4. Casusonderzoek	39
4.1 Casusonderzoek Zorgboulevard Maasstad ziekenhuis Rotterdam	40
4.1.1 Projectkenmerken.....	40
4.1.2 Actoren.....	42
4.1.3 Gebruikte samenwerkingsvorm.....	43
4.1.4 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's.....	44
4.1.5 Meerwaarde van samenwerkingsvorm.....	44
4.1.6 Tevredenheid over samenwerkingsvorm	45
4.1.7 Conclusie	46
4.2 Casusonderzoek Gezondheidspark Dordrecht	47
4.2.1 Projectkenmerken.....	47
4.2.2 Belangrijke actoren	49
4.2.3 Gebruikte samenwerkingsvorm.....	49
4.2.4 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's.....	50
4.2.5 Meerwaarde van samenwerkingsvorm.....	50
4.2.6 Tevredenheid over samenwerkingsvorm	51
4.2.7 Conclusies.....	52
4.3 Casusonderzoek Gezondheidspark Den Bosch.....	53
4.3.1 Projectkenmerken.....	53
4.3.2 Belangrijke actoren	55
4.3.3 Gebruikte samenwerkingsvorm.....	55
4.3.4 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's.....	57

4.3.5 Meerwaarde van samenwerkingsvorm	57
4.3.6 Tevredenheid over samenwerkingsvorm	58
4.3.7 Conclusie	59
4.4 Casusonderzoek Gezondheidspark Hardenberg	60
4.4.1 Projectkenmerken	60
4.4.2 Belangrijke actoren	62
4.2.3 Gebruikte samenwerkingsvorm	62
4.4.4 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's	63
4.4.5 Meerwaarde van samenwerkingsvorm	63
4.4.6 Tevredenheid over samenwerkingsvorm	63
4.4.7 Conclusie	64
5. Cross-case analyse	65
5.1 Overzicht casussen	65
5.2 Belangrijke actoren	66
5.3 Gebruikte samenwerkingsvorm	67
5.4 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's	69
5.5 Meerwaarde van de samenwerkingsvorm	72
5.6 Tevredenheid over de gebruikte samenwerkingsvorm	75
6. Keuze voor samenwerkingsvorm	77
6.1 Bepalende factoren bij keuze voor samenwerkingsvorm	77
6.1.1 Ziekenhuizen moeten strategische keuze maken	78
6.1.2 Ziekenhuizen moeten inspelen op situationele eigenschappen	79
6.2 Beslismodel bij de keuze voor de juiste samenwerkingsvorm	80
7. Conclusies en aanbevelingen	83
7.1 Conclusies	83
7.2 Aanbevelingen voor de praktijk	88
7.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek	90
7.4 Reflectie	92
Referenties	95
Bijlagen	97

1. Inleiding

De toenemende marktwerking in de zorg heeft grote gevolgen voor de organisatie en financiering van het vastgoed van ziekenhuizen. Bouw en beheer van vastgoed zijn sinds enkele jaren onderdeel van de bedrijfsvoering van ziekenhuizen zelf. Zij staan voor de uitdaging een integrale visie op hun vastgoed te ontwikkelen. Niet alleen het naar behoren functioneren van de gebouwen zelf, maar juist ook een goede inrichting van de gehele ziekenhuislocatie in haar omgeving, is hierbij noodzakelijk. Een andere belangrijke ontwikkeling in de zorg, is de verschuiving van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg. De patiënt komt centraler te staan en is veel pro-actiever en veeleisender dan voorheen. Voor ziekenhuizen is het daarom belangrijk om patiënten een totaalpakket aan zorg te kunnen bieden. Enerzijds om patiënten te kunnen blijven binden en anderzijds om concurrerend te zijn met andere ziekenhuizen.

Bovenstaande ontwikkelingen hebben onder andere geleid tot de ontwikkeling van zorgboulevards en zorgparken bij verschillende ziekenhuizen in Nederland. Voorbeelden zijn het Medicare Center in Hengelo en de zorgboulevard bij het in ontwikkeling zijnde Maasstad ziekenhuis in Rotterdam. Hier zijn zorggerelateerde en niet-zorggerelateerde functies toegevoegd aan de ziekenhuislocatie. Hier moet men denken aan de plaatsing van een huisartspraktijk, apotheek en GGD (zorggerelateerd) en een fitnessstudio, supermarkt, sportpark en woningen (niet-zorggerelateerd) rond het ziekenhuis (o.a. De Graaf, 2008).

Er werd verwacht dat er vele zorgparken zouden worden ontwikkeld, maar het aantal initiatieven is nog erg beperkt. Zo blijkt uit vooronderzoek dat het voor ziekenhuizen onduidelijk is wat de effecten en meerwaarden van een zorgpark exact zijn. Belangrijker nog is dat ziekenhuizen grote moeite hebben om een goede samenwerking in te richten met andere partijen, zoals een ontwikkelaar en gemeente, voor de ontwikkeling en het beheer van een zorgpark. Dit onderzoek verschaft bestuurders van ziekenhuizen meer inzicht in samenwerking, samenwerkingsvormen en de meerwaarde hiervan bij de totstandkoming van een zorgpark.

Het onderzoek is uitgevoerd bij advies- en projectmanagementbureau NPC in Utrecht. NPC is actief in de ontwikkeling van publieke ruimte. NPC heeft integrale expertise op het gebied van logistiek&mobiliteit, veiligheid en de beleving daarvan, huisvesting en vastgoed. NPC past deze kennis toe in stations, ziekenhuizen en luchthavens. NPC is tevens betrokken bij adviestrajecten op het gebied van zorgboulevards en zorgparken. Er is vraag vanuit ziekenhuizen om advies bij ruimtelijke vraagstukken rond de ziekenhuislocatie, onder andere in relatie tot retailontwikkeling en zorgparken. Inzicht in de wijze waarop doelgericht samengewerkt dient te worden met andere partijen bij de totstandkoming van een zorgpark, draagt bij aan de dienstverlening van NPC bij ziekenhuizen.

In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksopzet gepresenteerd. Hier worden de probleemstelling en het doel verder belicht en wordt beschreven op welke wijze dit onderzoek is ingericht. Hoofdstuk 3 vervolgt met een literatuurstudie naar zorgparken en samenwerkingsvormen bij gebiedsontwikkeling. Hoofdstuk 4 geeft een beschrijving van het casusonderzoek onder vier zorgparken in Nederland. Hiertoe zijn interviews gehouden met projectleiders van zorgparkprojecten en zijn samenwerkingsovereenkomsten en andere documenten bestudeerd. De casussen worden met elkaar vergeleken in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 wordt een beslissingsondersteunende checklist en beslismodel gepresenteerd, wat ziekenhuizen helpt in het bepalen van de juiste samenwerkingsvorm. Hoofdstuk 7 bevat de conclusies, aanbevelingen en discussie.

2. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek uiteengezet. Achtereenvolgens worden de probleemstelling (paragraaf 2.1), doelstelling (paragraaf 2.2), onderzoeksvragen (paragraaf 2.3), relevantie (paragraaf 2.4), onderzoeksstrategie (paragraaf 2.5), onderzoeksopzet (paragraaf 2.6) en de scope van het onderzoek (paragraaf 2.7) besproken.

2.1 Probleemstelling

De ontwikkeling van zorgboulevards en zorgparken wordt enerzijds door veel ziekenhuisdirecties omarmd, anderzijds komen echte initiatieven maar lastig van de grond (De Graaf, 2008). Nieuwe regelgeving maakt steeds meer mogelijk en er zijn voor ziekenhuizen in theorie veel voordelen bij het hebben van een zorgpark, zoals het kunnen bieden van uitgebreidere zorg en het bieden van een aantrekkelijke omgeving rond het ziekenhuis. Ook andere actoren, zowel vanuit de gebruikerszijde (huurders en bezoekers) als de ontwikkelzijde (ontwikkelaars en beleggers), zien serieuze kansen voor de ontwikkeling van zorgparken. Toch blijft het aantal initiatieven zeer beperkt.

De literatuur geeft weinig inzicht in de redenen voor deze beperkte ontwikkeling van zorgparken. Het is onduidelijk tegen welke problemen ziekenhuisbesturen aanlopen bij de afweging om over te gaan tot de ontwikkeling van een zorgpark. Redenen hiervoor zijn dat het een relatief nieuwe ontwikkeling betreft en er zeer beperkt onderzoek is gedaan op dit gebied. In vooronderzoek zijn daarom verkennende interviews met ziekenhuismedewerkers en experts binnen de zorg en gebiedsontwikkeling gehouden (zie bijlage 1), die hebben geleid tot meer inzicht in de problemen van ziekenhuisbesturen op dit gebied. Hieruit blijkt dat de ontwikkeling van een zorgpark door een ziekenhuis stuit op de volgende problemen:

- geen kennis, ervaring en netwerk in gebiedsontwikkeling (vastgoedontwikkeling, vastgoedbeheer, projectmanagement, samenwerkingsmodellen, kosten, financiering, risicomanagement en contractmanagement);
- de noodzaak tot het betrekken van externe partijen voor de ontwikkeling van commerciële activiteiten en de inbreng van financiële middelen;
- complexe opgave (o.a. multi-functie en multi-actor uitdagingen);
- behoudende en risicomijdende cultuur binnen zorgbesturen;
- onduidelijkheid over de daadwerkelijke meerwaarde van een zorgpark voor de verschillende stakeholders.

De ontwikkeling van een zorgpark, een grootschalige gebiedsontwikkeling met vele actoren en belangen, is voor ziekenhuizen nieuw. De samenwerking met andere partijen, zoals een ontwikkelaar en gemeente, is essentieel en stelt ziekenhuizen voor vragen over de inrichting van deze samenwerking. Welke partijen betrek je er bij? Wat zijn hun rollen? En hoe ga je om met de verdeling van zeggenschap en risico's?

Het is voor ziekenhuizen daarom van belang om meer inzicht te krijgen in de mogelijke samenwerkingsvormen voor de totstandkoming van een zorgpark. Hoe kan de samenwerking ingericht worden en wat is hierbij de meerwaarde voor henzelf en de andere stakeholders? Het dragen van risico's, (mede-)financiering en kennisinbreng op het gebied van gebiedsontwikkeling, zijn voor ziekenhuisbesturen belangrijke aspecten, die ook bepalend zijn voor de samenwerking (o.a. De Graaf, 2009).

De literatuur geeft geen duidelijkheid over de gebruikte samenwerkingsvormen bij de ontwikkeling van zorgparken. Redenen waarom men kiest voor een bepaalde samenwerkingsvorm en welke factoren hierbij een rol spelen zijn onbekend. De effecten van de keuze voor een bepaalde samenwerkingsvorm en de meerwaarde die dit biedt voor de betrokken partijen, is niet inzichtelijk.

De probleemstelling luidt:

Ziekenhuizen hebben geen inzicht in de relatie tussen een samenwerkingsvorm en de meerwaarde die deze voor hen heeft, bij de totstandkoming van een zorgpark.

2.2 Doelstelling

Veel ziekenhuizen denken na over de ontwikkeling van een zorgpark. De samenwerking met andere partijen hierbij, is essentieel. Voor ziekenhuisbesturen is inzicht in de mogelijke samenwerkingsvormen en de meerwaarde van de verschillende opties belangrijk. Het helpt hen bij de besluitvorming over het ontwikkelen van een zorgpark en bij het inrichten van een goede samenwerking met andere partijen.

De doelstelling luidt:

Het doen van aanbevelingen aan ziekenhuisbesturen over de meerwaarde van mogelijke samenwerkingsvormen bij de totstandkoming van een zorgpark.

2.3 Onderzoeksvragen

Om de doelstelling te behalen, zijn onderzoeksvragen geformuleerd.

De hoofdonderzoeksvraag luidt:

Welke meerwaarden hebben mogelijke samenwerkingsvormen bij de totstandkoming van een zorgpark?

Deze vraag is onderverdeeld in de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is een zorgpark?
2. Wie zijn de belangrijkste stakeholders bij de ontwikkeling van een zorgpark?
3. Welke samenwerkingsvormen onderscheidt de literatuur bij gebiedsontwikkeling?
4. Wat zijn de meerwaarden van de verschillende samenwerkingsvormen volgens de literatuur?
5. Wat zijn de gebruikte samenwerkingsvormen bij de ontwikkeling van zorgparken?
6. Welke factoren zijn van invloed op de samenwerkingsvorm die ziekenhuizen toepassen bij de ontwikkeling van een zorgpark?
7. Wat is de meerwaarde van verschillende samenwerkingsvormen bij de ontwikkeling van zorgparken?

2.4 Relevantie

Dit onderzoek geeft inzicht in samenwerking bij zorgparkontwikkeling. Ziekenhuisbesturen staan voor grote uitdagingen nu regelgeving en bekostiging van de zorg sterk verandert. Issues op het gebied van huisvesting, dienstenaanbod en concurrentie met andere zorgpartijen, zijn voor ziekenhuizen steeds relevanter geworden met het oog op het eigen voortbestaan. De ontwikkeling van zorgparken op een aantal locaties in Nederland, is iets dat aansluit op bovenstaande issues. Ziekenhuisbesturen laten zich enerzijds positief uit over zorgparken, maar zijn hier anderzijds

onzeker over. Het is gebleken dat ziekenhuizen weinig kennis, ervaring en netwerk hebben om een dergelijke gebiedsontwikkeling in eigen hand te nemen. Veel ziekenhuizen zouden dit ook niet geheel zelf *willen* doen. Om die redenen is het belangrijk om intensief te gaan samenwerken met andere partijen. Het is dan belangrijk voor ziekenhuizen om inzicht te hebben in de mogelijke inrichting van een samenwerking met andere partijen en de meerwaarde die verschillende samenwerkingsvormen hebben. Onderhavig onderzoek verschaft hierin inzichten. Hiermee kunnen ziekenhuisbesturen een betere afweging maken over de voor hen meest geschikte samenwerkingsvorm bij de ontwikkeling van een zorgpark.

Binnen de bestaande literatuur is er het een en ander geschreven over het concept 'zorgpark'. Hierbij richt men zich echter op de definitie, de verschijningsvormen, de bepaling van gewenste functies en andere 'productgeoriënteerde' aspecten. De manier waarop een ziekenhuis zou kunnen komen tot een dergelijke ontwikkeling is in de literatuur nog niet eerder beschreven.

In wetenschappelijke zin draagt dit onderzoek bij aan de kennis over zorgparken en vastgoed- en gebiedsontwikkeling rond ziekenhuizen in het algemeen. Dit onderzoek brengt tevens wetenschappelijke inzichten over samenwerking bij gebiedsontwikkeling (vaak vanuit het perspectief van een gemeente bij de ontwikkeling van bedrijventerreinen, woonwijken, binnensteden, etc.) naar ziekenhuisomgevingen.

De inzichten uit dit onderzoek worden door NPC gebruikt in hun advies- en projectmanagement werkzaamheden binnen zorginstellingen.

2.5 Onderzoeksstrategie

Er zijn verschillende strategieën voor het doen van onderzoek. Deze strategieën onderscheiden zich door een keuze voor breedte of diepgang, kwantificering of kwalificering en empirisch of bureauonderzoek. Verschuuren en Doorwaard (1995) benoemen een vijftal onderzoeksstrategieën: survey, experiment, casusonderzoek, gefundeerde theoriebenadering (grounded theory) en bureauonderzoek.

In dit onderzoek wordt gekozen om een literatuurstudie en een casusonderzoek uit te voeren. Met een literatuuronderzoek kan op snelle wijze inzicht in de al beschikbare kennis op het gebied van zorgparken, gebiedsontwikkeling en samenwerkingsvormen verkregen worden. Dit kan tevens als basis dienen voor de opzet van het casusonderzoek. Een casusonderzoek kenmerkt zich door (Verschuuren en Doorewaard, 1995):

- een klein aantal onderzoekseenheden
- een arbeidsintensieve benadering
- meer diepte dan breedte
- een selectieve ofwel strategische steekproef
- kwalitatieve gegevens en kwalitatieve onderzoeksmethoden
- een open waarneming op locatie

De opzet van het onderzoek heeft een aantal kenmerken die de keuze voor een casusonderzoek tot een geschikte onderzoeksstrategie maken.

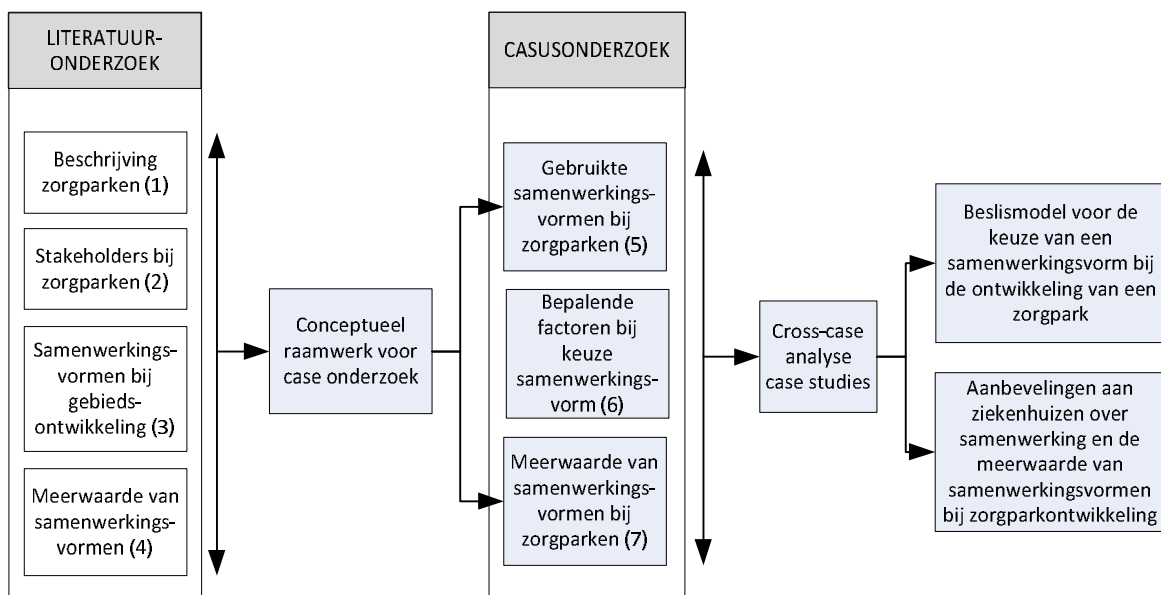
- De ontwikkeling van een zorgpark en de keuze voor een samenwerkingsvorm zijn complexe processen. Om hier inzicht in te krijgen is het van belang om te achterhalen waarom ze zich zó en niet anders afspelen. Motieven en overwegingen voor bepaalde keuzen en verbanden tussen verschillende zaken en finesses hierin, kunnen door een casusonderzoek goed in kaart worden gebracht (Yin, 1994). Door de veelheid aan variabelen en de onduidelijkheid over oorzaak-gevolg relaties, is diepgang hierbij belangrijker dan breedte.
- Bij het bestuderen van samenwerkingsvormen en de invulling hiervan, komen complexe, sociale, tijdelijke en sterk contextafhankelijke variabelen voor. Een casusonderzoek is een geschikte manier om hier inzichten in te verkrijgen (Yin, 1994).

- Er is slechts een aantal zorgparken in Nederland in ontwikkeling. Dit maakt het aantal onderzoeksobjecten zeer beperkt.
- Er is nog erg weinig bekend over zorgparken, laat staan over samenwerkingsvormen hierbij. Voorstructurering van het onderzoek is hierdoor moeilijker. Het voordeel van een casusonderzoek is dat de onderzoeker minder voorstructurering nodig heeft en veel wendbaarder is gedurende het onderzoek. De mogelijkheden voor exploratief onderzoek zijn hiermee groter.

Door een gedetailleerde waarneming van de casussen, het voeren van face-to-face gesprekken met betrokkenen en het bestuderen van projectdocumenten, kan een diepgaand, integraal beeld verkregen worden van samenwerkingen bij zorgparken. Hiermee kunnen belangrijke aanbevelingen worden gegeven aan ziekenhuisbesturen.

Het onderzoeksmodel is weergegeven in Figuur 1 en wordt vervolgens verder toegelicht. Hierin is een literatuuronderzoek en casusonderzoek opgenomen. Dit leidt tot een beslismodel en aanbevelingen voor de inrichting van een passende samenwerking bij de ontwikkeling van een zorgpark. Hiermee wordt aan de doelstelling van het onderzoek voldaan.

De nummers in dit figuur geven aan op welke onderzoeksvraag elk van de onderzoeksonderdelen antwoord geeft.



Figuur 1 Onderzoeksopzet

Literatuuronderzoek

Allereerst wordt een literatuuronderzoek uitgevoerd dat zich toespitst op een tweetal zaken. Het eerste onderdeel geeft een beschrijving van het concept 'zorgparken'. Dit betreft onderwerpen als de definitie, functies, motieven, betrokken stakeholders en meerwaarde bij de ontwikkeling van zorgparken. Het tweede deel van de literatuurstudie geeft een beschrijving van samenwerking bij gebiedsontwikkeling. Binnen deze beschrijving worden onderwerpen besproken als de fasering, samenwerkingsvormen, de meerwaarden van verschillende samenwerkingsvormen, en factoren die een belangrijke relatie hebben met de samenwerkingsvorm. De ontwikkeling van een zorgpark kan tot gebiedsontwikkeling gerekend worden. Wegens gebrek aan specifieke literatuur over samenwerkingsvormen bij zorgparken of andersoortige gebiedsontwikkeling rond ziekenhuizen, wordt algemene literatuur van samenwerkingsvormen en gebiedsontwikkeling bestudeerd. Het literatuuronderzoek sluit af met een conceptueel raamwerk. Hierin wordt de theorie

gecombineerd en samengevat tot een raamwerk dat als basis dient voor het verdere casusonderzoek.

Omdat de beschikbare literatuur niet op alle vlakken toereikend is om antwoord te geven op de onderzoeksvragen, zijn tevens open interviews gehouden met experts binnen de zorg en medewerkers van een aantal ziekenhuizen. Een overzicht van deze interviews is weergegeven in bijlage 1. Wanneer dit het geval is, is dit in het rapport aangegeven. Hierin is met name ingegaan op de grote problemen bij de ontwikkeling van zorgparken, om zodoende de probleemstelling goed te kunnen definiëren.

De literatuurstudie geeft een antwoord op de eerste vier onderzoeksvragen en is beschreven in hoofdstuk 3.

Casusonderzoek

In het casusonderzoek wordt inzicht verkregen in de reeds geleerde lessen bij de in ontwikkeling zijnde zorgparken in Nederland. Dit is erg waardevol voor ziekenhuizen die een dergelijke samenwerking nog moeten inrichten. Het casusonderzoek beschrijft de gebruikte samenwerkingsvormen bij de ontwikkeling van zorgparken, de belangrijke factoren die tot de keuze voor deze samenwerkingsvorm hebben geleid en de meerwaarde van de samenwerkingsvormen.

Het is belangrijk om een vergelijkend casusonderzoek uit te voeren bij meerdere casussen, omdat uit de probleemanalyse is gebleken dat de contextfactoren per zorgpark sterk van invloed zijn op de keuzes van een ziekenhuis over de inrichting van een samenwerking en de meerwaarde hiervan. De resultaten uit een enkelvoudig casusonderzoek zouden beperkter algemeen toepasbaar zijn. Binnen het vergelijkend casusonderzoek wordt gekozen voor de hiërarchische methode. Hiermee worden de casussen afzonderlijk bestudeerd en worden verschillen en overeenkomsten in onderzoeksresultaten met elkaar vergeleken.

Ondanks dat talloze ziekenhuizen veel voordelen zien in de ontwikkeling van een zorgpark, zijn op slechts zes locaties samenwerkingsovereenkomsten getekend en wordt er daadwerkelijk ontwikkeld. Er bestaan nog geen zorgparken die reeds in beheer zijn. Ook zijn er geen voorbeelden bekend van buitenlandse zorgparkprojecten. Voor dit onderzoek zijn vier casussen geselecteerd. Het Medicare Center in Hengelo en het zorgpark Leiderdorp worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Voor toelichting hierop, zie de 'scope', verderop in dit hoofdstuk. De zorgparken die in het casusonderzoek bestudeerd worden, zijn de Zorgboulevard Rotterdam bij het Maasstad ziekenhuis, het Gezondheidspark Dordrecht bij het Albert Schweizer ziekenhuis, het Gezondheidspark bij het Jeroen Bosch ziekenhuis en het Gezondheidspark Hardenberg bij het Röpcke-Zweers ziekenhuis.

Voor het verkrijgen van resultaten uit de verschillende casussen, worden interviews gehouden met ziekenhuizen. Omdat dit onderzoek zich richt op ziekenhuizen als leidende partij in de ontwikkeling van een zorgpark, worden personen binnen het ziekenhuis geïnterviewd. Dit zijn medewerkers van het ziekenhuis die direct betrokken zijn (geweest) bij de ontwikkeling van het zorgpark. Bij het Maasstad ziekenhuis, Albert Schweizer ziekenhuis en Jeroen Bosch ziekenhuis, zijn dit de projectdirecteuren vanuit het ziekenhuis. Bij het Röpcke-Zweers ziekenhuis is dit een van de bestuurders van de Raad van Bestuur, die tevens leiding geeft aan het project namens het ziekenhuis.

Om de uitkomsten van de verschillende casussen te vergelijken en generieke resultaten te ontwikkelen, wordt gebruikt gemaakt van een cross-case analyse. Het casusonderzoek geeft een antwoord op de laatste drie onderzoeksvragen en is beschreven in hoofdstuk 4 en 5.

Beslismodel en aanbevelingen

Het literatuuronderzoek en casusonderzoek geven belangrijke inzichten in de samenwerking bij zorgparkontwikkeling. De factoren die de keuze voor een samenwerkingsvorm bepalen en de meerwaarde die dit oplevert, vormen de basis van het ontwikkelde beslismodel. Dit beslismodel

geeft ziekenhuisbesturen meer sturing en houvast bij de keuze voor een samenwerkingsvorm bij de ontwikkeling van een zorgpark. Het beslismodel heeft zijn beperkingen, maar dit onderzoek geeft hiervoor een eerste, belangrijke aanzet. Het beslismodel en de aanbevelingen sluiten aan op de doelstelling van het onderzoek.

2.6 Scope

Dit onderzoek richt zich op het *proces van de totstandkoming* van een zorgpark en de samenwerkingsvorm hierbij. Het gaat hierbij dus niet zozeer om het product 'zorgpark' zelf, noch om het functioneren hiervan. Wel gaat het om het proces van het tot stand komen van een zorgpark en welke effecten dat heeft op een aantal belangrijke aspecten in de samenwerking.

Binnen dit onderzoek wordt een belangrijke afbakening gemaakt. Er wordt slechts gekeken naar zorggebieden waar het ziekenhuis als initiatiefnemer betrokken is en zodoende leidend optreedt. Zorgparken waar de gemeente zelfstandig de ontwikkeling van een zorgpark leidt (en hierbij ook volledige zeggenschap heeft, volledig eigen financiële middelen inbrengt en de ontwikkeling voor eigen risico doet) worden niet meegenomen. Dit is het geval in Hengelo bij het Zorggroep Twente ziekenhuis in Hengelo, waar de rol van het ziekenhuis beperkt is tot meedenken over de invulling van functies. Door projectontwikkelaars zelfstandig ontwikkelde zorggebieden, waarbij geen samenwerkingsverband met een ziekenhuis bestaat, worden tevens niet meegenomen in dit onderzoek. Dit is bijvoorbeeld het geval in Leiderdorp. De reden hiervoor is dat ontwikkelaars beter in staat worden geacht om gebiedsontwikkeling vorm te geven, zeker wanneer zij zelfstandig kunnen ontwikkelen, en tevens meer kennis hebben van samenwerkingsmodellen. Bovendien is dit een suboptimale vorm van een zorgpark, omdat er beperkte meerwaarde optreedt door het ontbreken van een directe band met het ziekenhuis. Er wordt om die reden ook niet gekeken naar kleine zorgcentra, die op vele plaatsen in Nederland ontwikkeld worden. Deze hebben vaak geen directe band met een ziekenhuis, en zijn bovendien erg kleinschalig.

3. Theoretisch kader

In het voorgaande hoofdstuk is in kort bestek de problematiek geschetst bij de ontwikkeling van zorgparken. Tevens is een aantal begrippen geïntroduceerd dat hierbij een rol speelt. Deze onderwerpen worden in dit hoofdstuk beschreven en nader uiteengezet. Onderdelen die in dit hoofdstuk worden besproken zijn een uitleg van het begrip zorgparken (paragraaf 3.1), een stakeholderanalyse bij de ontwikkeling van een zorgpark (paragraaf 3.2) en de meerwaarde van een zorgpark voor de verschillende stakeholders (paragraaf 3.3). Dit betreft een vrij uitgebreide beschrijving van het begrip 'zorgpark', om het onderzoeks-object helder te omschrijven en tot goede begripsvorming te komen. De huidige literatuur schiet hierin tekort. Vervolgd wordt met een beschrijving van gebiedsontwikkeling en de samenwerkingsvormen hierbij (paragraaf 3.4), de meerwaarde van samenwerkingsvormen bij gebiedsontwikkeling (paragraaf 3.5) en factoren die de keuze voor een bepaalde samenwerkings-vorm bepalen (paragraaf 3.6). Dit hoofdstuk besluit met een conceptueel raamwerk (paragraaf 3.7) welke als opmaat voor het casusonderzoek fungeert. Dit hoofdstuk geeft antwoord op de eerste vier onderzoeksvragen.

3.1 Zorgparken

In de afgelopen tien jaar hebben verschillende ziekenhuizen besloten een zorgboulevard of zorgpark te ontwikkelen. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de zorgboulevards en zorgparken die in Nederland worden ontwikkeld en in beheer zijn. Hierin wordt duidelijk dat ziekenhuizen zowel zorgfuncties, als niet-zorgfuncties toevoegen aan de ziekenhuisomgeving. Bij zorgfuncties wordt vaak gedacht aan een huisartspraktijk, apotheek, GGD, opleidingsfaciliteiten en kleine gespecialiseerde zorgpartijen in voor- en nazorg. Niet zorggerelateerde functies die voorkomen zijn cafés, restaurant, fitnessstudio, supermarkt, sportpark, woningen en kantoren. Door deze extra functies op het zorgpark te lokaliseren, kan het ziekenhuis een groter aanbod aan zorg- en verblijfsfuncties bieden aan patiënten en bezoekers. De uiteindelijke invulling van functies op zorgparken, en de grootte ervan, verschilt per zorgpark.



Figuur 2 Gezondheidspark Dordrecht (Gemeente Dordrecht, 2009) en Zorgboulevard Rotterdam (Zorgboulevard Rotterdam, 2009)

De Graaf (2008) beschrijft de kenmerken van een zorgpark als volgt:

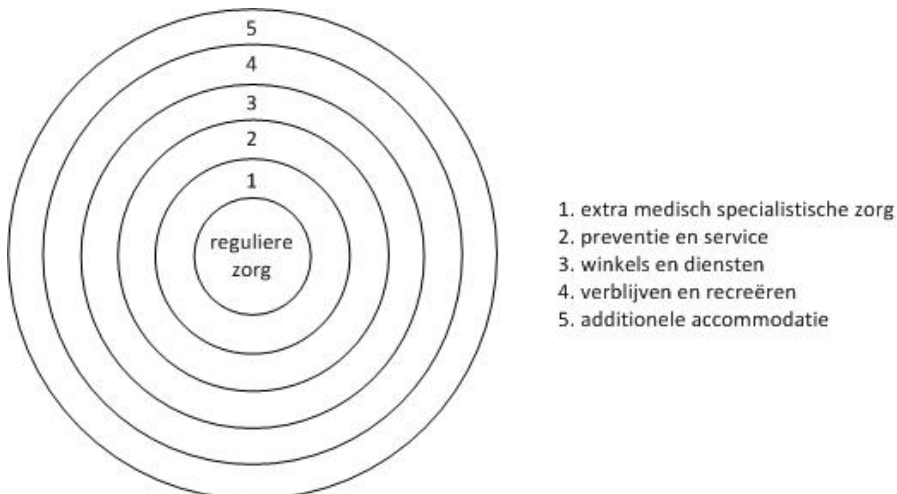
- Rond een ziekenhuis;
- In samenwerking met het ziekenhuis;
- Onderdeel van de openbare ruimte;
- Zorgfuncties die niet door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden vergoed;
- Zorggerelateerde functies;
- Commerciële functies.

Op basis van literatuur wordt een zorgpark in dit onderzoek als volgt omschreven:

“Een gebied met een ziekenhuis en andere zorggerelateerde en niet-zorggerelateerde voorzieningen, ingericht in een aantrekkelijke ‘campus-setting’.”

3.1.1 Functies in een zorgpark

Een zorgpark bevat een combinatie van verschillende zorggerelateerde en niet-zorggerelateerde functies. Mens (2005), Thissen et al (2005) en Lukassen et al (2004) maken allen onderscheid in de functies van een zorgpark aan de hand van een schillenmethode (zie figuur 3). Hoe verder vanaf het midden van de cirkel, des te kleiner de relatie met de zorg.



Figuur 3 Kernfuncties zorgpark (vrij naar Mens (2005), Thissen et al (2005) en Lukassen et al (2004))

De in figuur 3 genoemde functies zijn:

0. Reguliere zorg: hieronder valt de traditionele medische dienstverlening van het ziekenhuis, zoals spoedeisende hulp, klinische afdelingen en poliklinieken.
1. Extra medisch specialistische zorg: hieronder wordt de derde compartimentzorg verstaan. Dit betreft medisch specialistische zorg, waarop patiënten geen aanspraak kunnen maken krachtens de Ziekenfondswet. Een voorbeeld hiervan is cosmetische chirurgie.
2. Preventie en service: hieronder vallen zorggerelateerde producten en diensten die niet medisch specialistisch zijn of onder de eerstelijnszorg vallen. Voorbeelden zijn een huisartsenpraktijk, GGD, abortuskliniek, apotheek, verloskundepraktijk, thuiszorgbalie, consultatiebureau, praktijk voor het aanmeten van protheses en een tandartsenpraktijk.
3. Winkels en diensten: hier kan men denken aan een kantoor voor verzekeringsmaatschappijen, bloemenwinkel, supermarkt, fitnesscentrum, zonnestudio, sauna, schoonheidsspecialist, kapper restaurant, boekhandel en kinderdagverblijf.
4. Verblijven en recreëren: hieronder vallen bijvoorbeeld een verpleeghuis en een openbaar park.
5. Additionele accommodatie: bijvoorbeeld opleidings- of vergaderfaciliteiten, woningen en een zorghotel.

De exacte invulling van functies is sterk afhankelijk van de omvang van het ziekenhuis dat een zorgpark ontwikkelt, de locatie, de vorm van het ziekenhuisterrein, de visie van de ontwikkelaar en gemeente en de reeds aanwezige functies in het ziekenhuis en de directe omgeving (Thissen et al, 2005). In de studie van Van de Braak (2003), noemen ziekenhuizen parkeervoorzieningen, winkels en een gezondheidscentrum als belangrijkste functies, naast een zorghotel, kantoren, woningen en een kinderdagverblijf.

De Graaf (2008) maakt onderscheid in vier typen zorgboulevards die bouwkundig gedifferentieerd zijn. Hij benoemt de zorgboulevard als fysiek losstaand gebouw, losstaande vleugel van het ziekenhuis, als levensader op het ziekenhuisterrein of als levensader in het ziekenhuisgebouw zelf. Deze typen zijn in bijlage 3 beschreven.

3.1.2 Motieven voor de ontwikkeling van een zorgpark

Westelaken (2005), Thissen et al (2005), De Graaf (2008), Van de Braak (2003) en Lukassen et al (2004) benoemen verschillende redenen voor de ontwikkeling van een zorgboulevard/zorgpark:

- Het integraal kunnen aanbieden van zorg en zorggerelateerde functies. Dit leidt tot een efficiëntere zorgketen en biedt de mogelijkheid voor one stop shopping, waar patiënten en bezoekers van profiteren;
- Een interessante en levendige omgeving, als gevolg van verdichting en het toevoegen van functies, leidt tot een hogere ruimtelijke kwaliteit;
- Imagoverbetering, profilering en positionering ten behoeve van het versterken van de concurrentiepositie;
- Het creëren van een mooie, vriendelijke omgeving sluit aan bij de wensen van de kritische patiënt, bezoeker en medewerker. Het wordt tevens mogelijk voor deze groepen om wachttijden op een aangename wijze in te vullen, zodat het wachten als minder storend wordt beleefd;
- Het genereren van extra inkomsten voor het ziekenhuis;
- Synergiemogelijkheden tussen ziekenhuisfuncties en overige functies, zoals zorg en sport, zorg en hotel, zorg en onderwijs;
- Verkleinen van de barrière tussen de institutionele zorg en de maatschappij. Het inbedden van het ziekenhuis in de maatschappij;
- Ziekenhuizen bezitten doorgaans grote terreinen, die voor een aanzienlijk deel onderbenut zijn. Deze worden nu uitsluitend gebruikt voor parkeerfuncties. Dit terwijl het ziekenhuisgebouw zeer duur is voor bepaalde functies die geen hightech gebouw nodig hebben (bijvoorbeeld een restaurant, kantoor, etc).

Bovengenoemde motieven zijn voor elk ziekenhuis in meerdere of mindere mate aanwezig. De mogelijkheid om een zorgpark te ontwikkelen, wordt tevens mogelijk gemaakt door de veranderingen in de zorgregulering. Bijlage 4 geeft hier een korte beschrijving van.

3.1.3 Onderscheid tussen zorgpark en zorgboulevard

In zowel de literatuur als de praktijk, worden verschillende benamingen gebruikt voor ruimtelijke ontwikkelingen rondom ziekenhuizen. Men gebruikt hier naast 'zorgpark' ook termen als zorgboulevard, gezondheidsboulevard, gezondheidspark, medische boulevard, health mall of zorgpassage. De Graaf (2008) onderscheidt op basis van de bestaande literatuur en verschijningsvormen van dergelijke ontwikkelingen in Nederland, twee verschillende concepten: zorgboulevards en zorgparken. Zorgboulevards zijn hierbij objecten, zorgparken zijn gebieden. Zorgparken beslaan een geheel ziekenhuisterrein met daarop een ziekenhuis en andere functies. Het omvat een integraal afgewogen gebied met daarin functies die als onafhankelijke bouwstenen kunnen worden ontwikkeld (Pörtzgen, 2008). Bovendien is een zorgpark vaak ingericht als een aantrekkelijke 'campus-setting'. Een zorgboulevard is een kleinschaligere ontwikkeling, waar het slechts de ontwikkeling van retailfuncties (zorg- en niet-zorggerelateerd) in of aan het ziekenhuis betreft. Een zorgboulevard kan zodoende een onderdeel zijn van een zorgpark. Dit wordt grafisch weergegeven in figuur 4.



Figuur 4 Onderscheid zorgboulevard en zorgpark (De Graaf, 2008; Lukassen et al (2004))

Van de ontwikkeling van zorgparken wordt een grotere toekomst verwacht dan voor zorgboulevards, omdat integrale gebiedsontwikkeling rond het ziekenhuis nodig is om het ziekenhuis tot een aantrekkelijke, concurrerende omgeving te maken en bijdraagt aan een betere allocatie van ziekenhuisfuncties voor de lange termijn, over het gehele terrein van het zorgpark (Van den Hout, 2009).

Met deze definiëring, blijft een viertal zorgparken in Nederland over:

- Zorgboulevard Rotterdam, bij het Maasstad ziekenhuis in Rotterdam;
- Gezondheidspark Dordrecht, bij het Albert Schweizer ziekenhuis in Dordrecht;
- Gezondheidspark Den Bosch, bij het Jeroen Bosch ziekenhuis in Den Bosch;
- Gezondheidspark Hardenberg, bij het Röpke-Zweers ziekenhuis in Hardenberg.

Elk van deze zorgparken is nog in de ontwikkelings- of realisatiefase.

3.2 Stakeholders bij zorgparken

Bij de ontwikkeling van zorgparken zijn vele verschillende stakeholders te onderscheiden. Een goede manier om de belangrijkste partijen voor de ontwikkeling van een zorgpark te identificeren, is het uitvoeren van een stakeholderanalyse. Voor het identificeren van de stakeholders, is gebruik gemaakt van de technieken behorende bij de basis stakeholder analyse van Bryson (2004). Om de belangrijkste partijen te identificeren, is gebruik gemaakt van een 'power vs. interest grid' van Eden en Ackermann (1998). In de power vs. interest grid wordt voor elke stakeholder bepaald wat zijn belang en macht is bij de ontwikkeling van een zorgpark. Het belang betreft de mate waarin een stakeholder baat heeft bij het project en hoe belangrijk de invulling ervan wordt ervaren. De macht betreft de mate waarin een stakeholder het proces en resultaat kan beïnvloeden.

De identificatie van stakeholders en het bepalen van hun macht en belang, is gebaseerd op een literatuurstudie (o.a. Van de Braak (2003), Westelaken (2005), Thissen et al (2005), De Graaf (2008) en Lukassen et al (2004)). Omdat de literatuur hierin niet volledig was, is de stakeholder-analyse vervolgens getoetst door experts (zie bijlage 1). Deze personen hebben ruime ervaring binnen de zorg (ziekenhuizen), de hierbij horende stakeholders en hun belangen, waardoor subjectiviteit in de scores wordt verkleind. De resultaten zijn weergegeven in tabel 1.

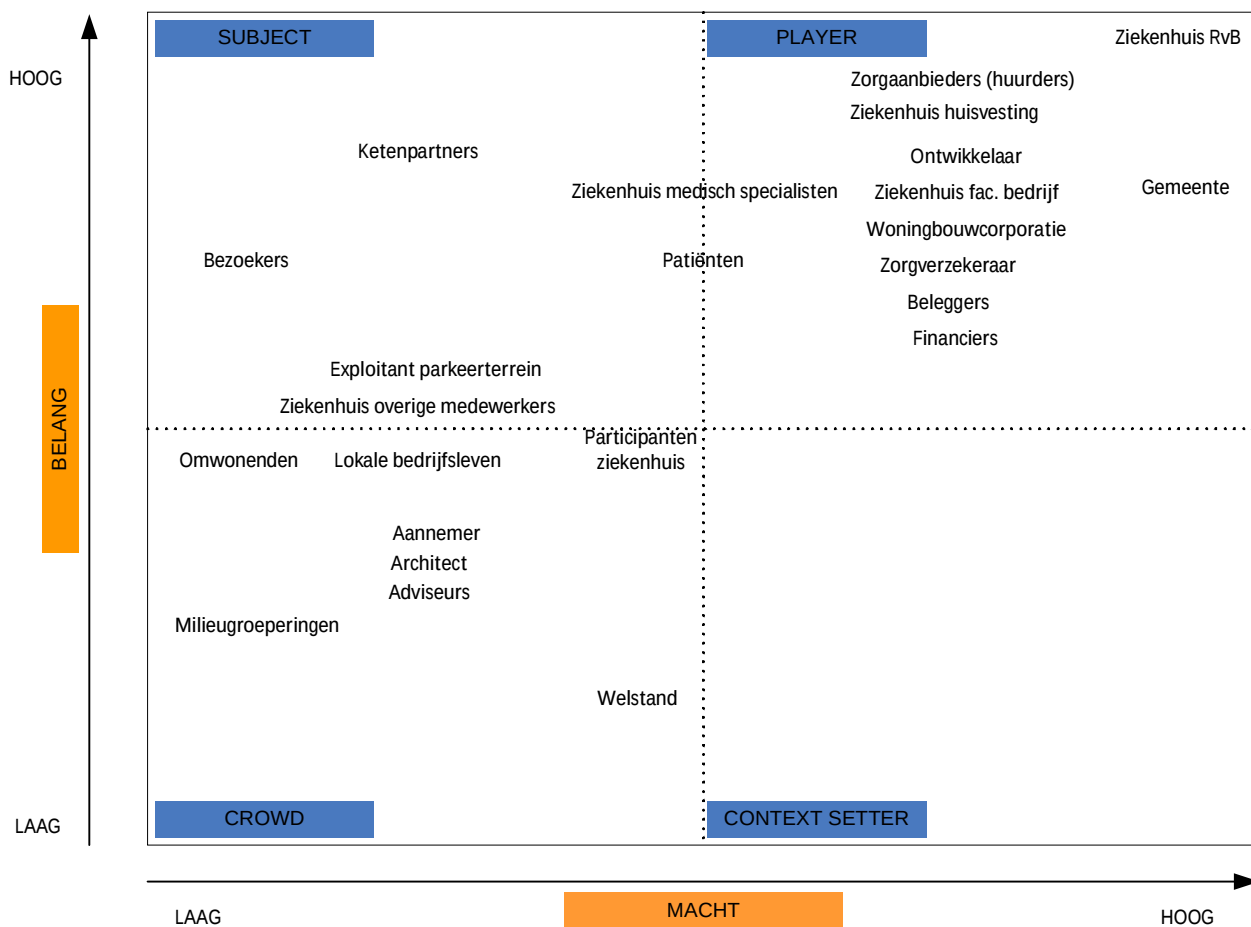
Stakeholder	Belang	Macht	Stakeholder	Belang	Macht
Ziekenhuis Raad van Bestuur	5	5	Participanten in ziekenhuis	3	3
Ziekenhuis medisch specialisten	3	4	Lokale bedrijfsleven	3	2
Ziekenhuis overige medewerkers	3	2	Milieugroeperingen	2	1
Ziekenhuis Facilitair bedrijf	4	4	Gemeente	4	5
Ziekenhuis Huisvesting	5	4	Financiers	4	4
Patiënten	4	3	Exploitant parkeerterrein	3	2
Bezoekers	4	1	Adviseurs	2	2
Woningbouwcorporatie	4	4	Zorgverzekeraar	4	4
Zorgaanbieders (huurders)	5	4	Omwonenden	3	1
Welstand	2	3	Aannemer	2	2
Ontwikkelaar	4	4	Architect	2	2
Beleggers	4	4	Ketenpartners	4	2

Tabel 1 Stakeholderanalyse van zorgparken

Om een duidelijk overzicht te krijgen van de belangrijke stakeholders bij zorgparkontwikkeling, wordt gebruikt gemaakt van de power vs. interest grid. Voor elke stakeholder is zijn belang en zijn macht bij een zorgpark bepaald. Zodoende zijn alle stakeholders onder te verdelen in:

- Player: veel macht en veel belang. Dit zijn de belangrijke stakeholders;
- Context setter: veel macht maar weinig belang;
- Subject: veel belang maar weinig macht;
- Crowd: weinig belang en weinig macht.

De resultaten zijn weergegeven in figuur 5.



Figuur 5 Power vs interest grid van stakeholders bij zorgparken

Uit de stakeholderanalyse blijkt dat een aantal partijen essentieel is voor de totstandkoming van een zorgpark. Deze zijn weergegeven in de het tweede kwadrant van de power vs interest grid, onder het kopje 'player'. Deze stakeholders zijn:

- Ziekenhuis:
 - Raad van Bestuur
 - Medische specialisten
 - Facilitair bedrijf
 - Huisvesting
- Gemeente
- Zorgaanbieders (huurders)
- Patiënten
- Ontwikkelaar
- Woningbouwcorporatie
- Zorgverzekeraar
- Beleggers
- Financiers

Om beter inzicht te hebben in de dynamiek die speelt bij de ontwikkeling van zorgparken, is het essentieel om de belangen van de belangrijkste stakeholders te kennen. Er is een expertsessie (zie bijlage 1) georganiseerd, waarin deze belangen in kaart zijn gebracht. Opgemerkt moet worden dat de exacte belangen van elke partij per locatie kunnen verschillen. Zo kan het belang van een gemeente zijn om de zorgvoorzieningen in de stad te verbeteren, of om de ontwikkeling van een zorgpark te combineren met de ontwikkeling van sportfaciliteiten (zoals de gemeente Dordrecht bij het Gezondheidspark Dordrecht). Daarom is in deze analyse een beschrijving gegeven van de algemene belangen van stakeholders bij de ontwikkeling van een zorgpark. De accenten liggen bij elke locatie anders. De resultaten van de expertsessie zijn weergegeven in tabel 2.

Naast het belang, speelt de beschikbare macht tevens een rol in de positie van een stakeholder bij de ontwikkeling van een zorgpark. Deze verschilt echter sterk per locatie en hierover is moeilijker een uitspraak te doen. Dit wordt hier achterwege gelaten, maar komt wel terug in het casus-onderzoek.

Stakeholder		Belangen
ZIEKENHUIS	Raad van Bestuur (RvB)	De RvB werkt in het belang van het ziekenhuis als geheel. Het grootste belang van een ziekenhuis is het verhogen van de kwaliteit van de gebruikersomgeving, om zodoende een goede klantbinding te bewerkstelligen. Het verbeteren van het serviceniveau en het aantrekken van bredere doelgroepen door het kunnen bieden van het complete zorgpakket, inclusief voor- en nazorg, met een breed aanbod van extra functies is hiervoor belangrijk. Voor de RvB, die wordt gecontroleerd door de Raad van Toezicht, is het toezien op de financiën tevens belangrijk.
	Medisch specialisten	Het belang van medische specialisten is het optimaal bedienen van de patiënten. Een goede voor- en nazorg, i.s.m. andere zorgpartijen, kan hieraan extra waarde toevoegen.
	Huisvesting	Van belang voor het huisvestingsbureau, dat in opdracht van de RvB opereert, is om de benodigde functies binnen het ziekenhuis te kunnen huisvesten.
	Facilitair bedrijf	Het belang van het facilitair bedrijf, dat tevens in opdracht van de RvB opereert, is om de gebruikers van ruimten in het ziekenhuis de faciliteiten te bieden om het primaire proces te ondersteunen.
Gemeente		De gemeente zet zich in voor het algemeen belang van haar burgers. Het is voor hen belangrijk om goede zorg (van preventie tot nazorg) te faciliteren. Daarnaast is hun belang om werkgelegenheid, bereikbaarheid en parkeren te optimaliseren.
Zorgaanbieders		Andere zorgaanbieders, zoals GGD, huisartsen en psychiatrie, hebben belang bij het aansluiten op de diensten van medici (ketenzorg) en het meeliften op de grote bezoekersaantallen van het ziekenhuis. Zeker door een actieve samenwerking met medische specialisten van het ziekenhuis, kunnen zij veel

	klanten aantrekken en hoge service leveren.
Patiënten	Een optimale zorg is voor een patiënt het belangrijkste. Een aangename locatie met een breed aanbod aan diensten en producten is voor een patiënt tevens van belang.
Ontwikkelaar	Het primaire belang van private ontwikkelaars is continuïteit en het realiseren van winsten en risicospreiding. Voor sommige ontwikkelaars is het van belang om vertrouwd te raken met de zorg en hier een track record op te bouwen.
Woningbouwcorporatie	Het belang van een woningbouwcorporatie is het bouwen, beheren en verhuren van betaalbare woonruimte. Het belang van woningcorporaties bij zorgparken is het kunnen ontwikkelen van goede en goedkope woningen, eventueel in woonzorgcombinatie. Verdere belangen zijn een levendige omgeving (met hoge grondprijzen) en het behalen van rendement.
Zorgverzekeraar	Het belang van een zorgverzekeraar is het bekostigen van zorg voor klanten en hiermee winsten maken. Het is voor een zorgverzekeraar tevens van belang om goede afspraken te maken met zorgaanbieders en klanten te binden.
Beleggers	Beleggers hebben belang bij een hoog rendement op investering en soms het verkrijgen van strategische grondposities. Ook hier geldt dat het voor beleggers van belang kan zijn om vertrouwd te raken met de zorg en hier een track record op te bouwen.
Financiers	Financiers hebben belang bij een hoge return on investment en een redelijke zekerheid over het terugverdienen van hun kredietverlening. Ook hier geldt dat het voor financiers van belang kan zijn om een track record in de zorg op te bouwen.

Tabel 2 Belangen van belangrijkste stakeholders bij zorgparken

3.3 Meerwaarde van zorgpark voor stakeholders

De motieven voor de ontwikkeling van een zorgpark zijn eerder in dit hoofdstuk uiteengezet. Deze voordelen zijn hoofdzakelijk beschouwd vanuit het perspectief van het ziekenhuis. Zoals eerder is aangetoond, zijn echter meerdere partijen nodig om tot een ontwikkeling van een zorgpark te komen. Inzicht in de meerwaarde die een zorgpark voor deze andere belangrijke stakeholders biedt, is daarom belangrijk. Dit inzicht wordt niet verschaft om direct antwoord te geven op een onderzoeksvraag, maar is nuttig voor de begripsvorming over zorgparken en de belangrijke actoren bij de ontwikkeling hiervan. Bovendien is het waardevol om de meerwaarde voor een ziekenhuis uit te splitsen naar de verschillende partijen binnen een ziekenhuis, zoals de Raad van Bestuur, de medici (productievloer), Huisvesting en het Facilitair Bureau.

De meerwaarde die een zorgpark kan hebben is uitgesplitst in maatschappelijke en bedrijfsmatige meerwaarde. Maatschappelijke meerwaarde omvat meerwaarden die een stakeholder nastreeft voor het algemeen belang. Bedrijfsmatige meerwaarde omvat meerwaarden die zich uit in meer concrete financiële voordelen, zoals winsten en concurrentievoordeel.

De maatschappelijke en bedrijfsmatige meerwaarde die een zorgpark heeft, is gebaseerd op beschikbare literatuur over zorgparken (o.a. De Graaf, 2008; Lukassen et al, 2004; Van de Braak (2003)). Deze is vervolgens getoetst en aangevuld in de expertsessie (zie bijlage 1). De resultaten zijn weergegeven in tabel 3.

Stakeholder		Maatschappelijke meerwaarde	Bedrijfsmatige meerwaarde
ZIEKENHUIS	<i>Raad van Bestuur</i>	- Uitgebreide en geconcentreerde zorgverlening (one-stop shopping).	- Groter marktpotentieel en een grotere medische productie. - Onderscheidend vermogen t.o.v. andere ziekenhuizen.
	<i>Medisch specialisten</i>	<i>zie ziekenhuis algemeen</i>	- Hogere DBC inkomsten door een grotere productie. - Mogelijkheid tot het combineren van behandelingen met preventie- en nazorgbehandelingen.
	<i>Huisvesting</i>	<i>zie ziekenhuis algemeen</i>	- Mogelijkheid tot het slimmer en flexibeler huisvesten van functies. - Flexibele ruimten voor tijdelijke situaties, maar ook kostenoptimalisatie door de verplaatsing van eenvoudige functies naar 'eenvoudigere huisvesting'. - N.B. Het is de vraag of deze meerwaarde opweegt tegen de meerkosten van personeel en materieel.
	<i>Facilitair bedrijf</i>	<i>zie ziekenhuis algemeen</i>	- Efficiencyvoordelen in de uitvoering van facilitaire diensten. - Inkomsten door een vergroting van het aantal externe klanten (marginaal).
Gemeente		- Behouden en versterken van het voorzieningenniveau (welzijn en zorg) voor inwoners. - Mogelijkheid tot het betrekken van aanverwante sectoren (sport, health, etc). - City branding en marketing.	- Grondopbrengsten of pachtinkomsten bij verkoop of pacht van gronden (in het geval dat de gemeente grondbezitter is). - Grotere werkgelegenheid. - Hogere OZB-inkomsten. - Aanleg van OV faciliteiten gemakkelijker, door een grote, gebundelde vervoersvraag.
Zorgaanbieders		- Uitgebreide en geconcentreerde zorgverlening (one-stop shopping).	- Grotere omzetpotentie, meer klanten. - Clustervoordelen. - Grote exposure (door meeliften op bekendheid van ziekenhuis). - Huisvesting op maat.
Patiënten		- Meer aandacht voor preventie en revalidatie (gezonder leven). - Toename van de bereikbaarheid van zorg.	- Besparingen in tijd en geld. - Gemak (one-stop shopping). - Aangename en vertrouwde omgeving.
Ontwikkelaar		- Het kan vanuit een bedrijfsdoelstelling (MVO) zijn ingegeven (bijvoorbeeld duurzaamheid).	- Commercieel rendement: winst uit ontwikkeling en winst uit beheer/belegging (voordelen: weinig conjunctuurgevoelige markt en goed voor risicospreiding van de vastgoedportefeuille). - Strategische positieverwerving (i.h.k.v. restwaarde). - Productverbreding en profilering van onderscheidend vermogen in een groeiende markt.
Woningbouw-corporatie		- Maatschappelijk rendement is een bedrijfsdoelstelling: participeren in de ontwikkeling van vastgoed, ook zorggerelateerd.	<i>zie Ontwikkelaar</i>
Zorgverzekeraar		- Maatschappelijke taak: optimaal bedienen van de wensen van zorgbehoevenden - Zorgverzekeraars kunnen vanuit een beleggersrol participeren: dan geldt de maatschappelijke meerwaarde die onder Belegger is weergegeven.	- Door clustering van zorgproducten kunnen aantrekkelijke deals gemaakt worden met zorgaanbieders. - Ketenintegratie leidt tot kosten- en schaalvoordelen en dus winsten.
Belegger		<i>zie Ontwikkelaar (focus meer op midden-/lange termijn)</i>	<i>zie Ontwikkelaar</i>
Financier		<i>zie Ontwikkelaar</i>	- Commercieel rendement - Productverbreding en profilering van onderscheidend vermogen in een groeiende markt.

Tabel 3 Meerwaarde van een zorgpark per stakeholder

3.4 Samenwerkingsvormen bij gebiedsontwikkeling

In deze paragraaf wordt het begrip 'gebiedsontwikkeling' en de verschillende samenwerkingsvormen hiervoor, besproken. Literatuur over gebiedsontwikkeling rond ziekenhuizen ontbreekt. Daarom is gebruik gemaakt van literatuur die gebiedsontwikkeling hoofdzakelijk benadert vanuit het perspectief van een gemeente.

Deze paragraaf beschrijft de kenmerken van gebiedsontwikkeling, de spelers en hun belangen, de fasering van gebiedsontwikkeling en de verschillende samenwerkingsvormen die toegepast worden. Het vormt de basis van een aantal aspecten uit het conceptueel raamwerk.

3.4.1 Gebiedsontwikkeling

Gebiedsontwikkeling is een verzamelnaam voor grootschalige ruimtelijke ontwikkelingen in het landelijke en stedelijke gebied. Het Kenniscentrum PPS (2003) komt tot de volgende definitie:

"Het komen tot een afstemming van verschillende relevante functies (wonen, werken, recreëren, mobiliteit, etc.) en belangen (publiek en privaat), leidend tot een totaaloplossing voor het betreffende plangebied. De 'beste' totaaloplossing is die oplossing, waarin voor elke belanghebbende de verhouding tussen potentiële meerwaarde en gevraagde investering is geoptimaliseerd."

3.4.2 Partijen bij gebiedsontwikkeling

Betrokken partijen bij (integrale) gebiedsontwikkeling zijn publieke, private en maatschappelijke actoren, zoals overheden, ontwikkelaars, aannemers, investeerders, banken, woningbouwcorporaties, maatschappelijke instanties en burgers. Bijlage 5 geeft meer achtergrond bij gebiedsontwikkeling en hierbij betrokken partijen.

3.4.3 Fasering van gebiedsontwikkeling

Wolting (2006) en het Kenniscentrum PPS (2003) omschrijven het proces van gebiedsontwikkeling in de volgende vier stappen:

1. Initiatieffase, leidend tot een intentieovereenkomst tussen de betrokken partijen;
2. Haalbaarheidsfase (definitiefase, ontwerpfase, voorbereidingsfase), leidend tot een samenwerkingsovereenkomst en realisatieovereenkomst en/of entiteit;
3. Realisatiefase, leidend tot de bouw en een beheerovereenkomst;
4. Exploitatie/beheerfase.

In bijlage 5 staat weergegeven hoe de samenwerking gedurende de verschillende fasen tot stand komt.

3.4.4 Samenwerkingsvormen

Bij integrale gebiedsontwikkeling is een adequate interactie en samenwerking tussen betrokken actoren noodzakelijk (Bult-Spiering et al, 2005). Interorganisatiele relaties ontstaan wanneer actoren behoefte hebben aan expertise, capaciteit of financiële middelen van anderen. De partijen werken samen om surplus (economisch en/of maatschappelijk) te bewerkstelligen. Tevens kan externe dwang, vanuit de directe omgeving van organisaties of actoren, een reden voor samenwerking zijn (Bult-Spiering et al, 2005).

In de literatuur over samenwerkingsvormen bij gebiedsontwikkeling, wordt het volgende onderscheid gemaakt (o.a. Wolting, 2006; Kenniscentrum PPS, 2006):

- Traditionele ontwikkeling, met uitvoering van private partijen;
- Publiek-private samenwerking:
 - Bouwclaimmodel
 - Joint venture model
 - Concessiemodel
- Externe ontwikkeling binnen publiekrechtelijk kader.

Een korte beschrijving van deze samenwerkingsvormen wordt hier gegeven, op basis van het Kenniscentrum PPS (2006) en Wolting (2006).

Traditionele ontwikkeling

De publieke partij voert bij traditionele ontwikkeling een actief grondbeleid. Zij heeft de regie en verantwoordelijkheid bij de planontwikkeling zelf in handen. Daarnaast is de publieke partij verantwoordelijk voor de grondexploitatie. Het laat gronden voor eigen rekening en risico bouwrijp maken en draagt zorg voor de inrichting van het openbaar gebied en infrastructuur. De bouw kavels worden verkocht aan marktpartijen (projectontwikkelaars, corporaties, aannemers, etc.) die vervolgens zelf verantwoordelijk zijn voor de realisatie en verkoop/verhuur van de woningen, bedrijfsgebouwen, kantoren, etc. Met de verkoop worden afspraken gemaakt over de inhoud van het bouwprogramma, waaraan de publieke partij strikte randvoorwaarden en eisen kan opleggen. Hierdoor kan de publieke partij een belangrijke stempel drukken op de projectontwikkeling. Via de uitgifteprijs kan de overheid het grondexploitatie resultaat zelf beïnvloeden, maar draagt het tevens alle risico's hiervan.

Bouwclaimmodel

Wanneer private partijen in het bezit zijn van gronden in het plangebied, is de publieke partij niet meer exclusieve grondeigenaar en regisseur. In zo'n geval kan worden gekozen voor een bouwclaimmodel. In dit model dragen de private partijen hun gronden over aan de publieke partij. De publieke partij maakt vervolgens de gronden bouw- en gebruiksrijp en geeft deze uit. Private partijen die grond hebben ingebracht krijgen hiervoor kavels en ontwikkelrechten terug van de publieke partij, volgens afspraken die zij van tevoren hebben gemaakt. Net als bij een concessie worden zeggenschap, werkzaamheden en risico's van tevoren in overleg verdeeld. Doordat de publieke partij de grondexploitatie voor eigen rekening en risico uitvoert, kan zij de regie over het project behouden en delen in een deel van de opbrengsten.

Joint Venture model

Een joint venture tussen publieke en private partijen wordt gezien als een pure vorm van publiek-private samenwerking. Er zijn twee vormen van joint ventures: bij overeenkomst en met een nieuw rechtspersoon. In het laatste (meest pure vorm van een joint venture) geval wordt een nieuwe entiteit opgericht waarin beide partijen deelnemen in gelijk opdrachtgeverschap en gelijke eindverantwoordelijkheid. Ontwikkeling, realisatie, exploitatie en beheer en de daarmee samenhangende werkzaamheden, zeggenschap, winsten en risico's worden hierin niet verdeeld maar gedeeld. Publieke en private partijen staan in dit model meer op gelijke voet, omdat ze samen eindverantwoordelijk zijn. Dit betekent dat er ook op financieel gebied grote openheid is, beide partijen de kosten en opbrengsten kunnen controleren en beide partijen meedenken over optimalisatie van het resultaat. Een joint venture bij overeenkomst verschilt in die zin dat de publieke partij al haar publiekrechtelijke bevoegdheden behoudt. De bekendste vorm van de joint venture is de gemeenschappelijke grondexploitatie maatschappij (GEM).

Concessiemodel

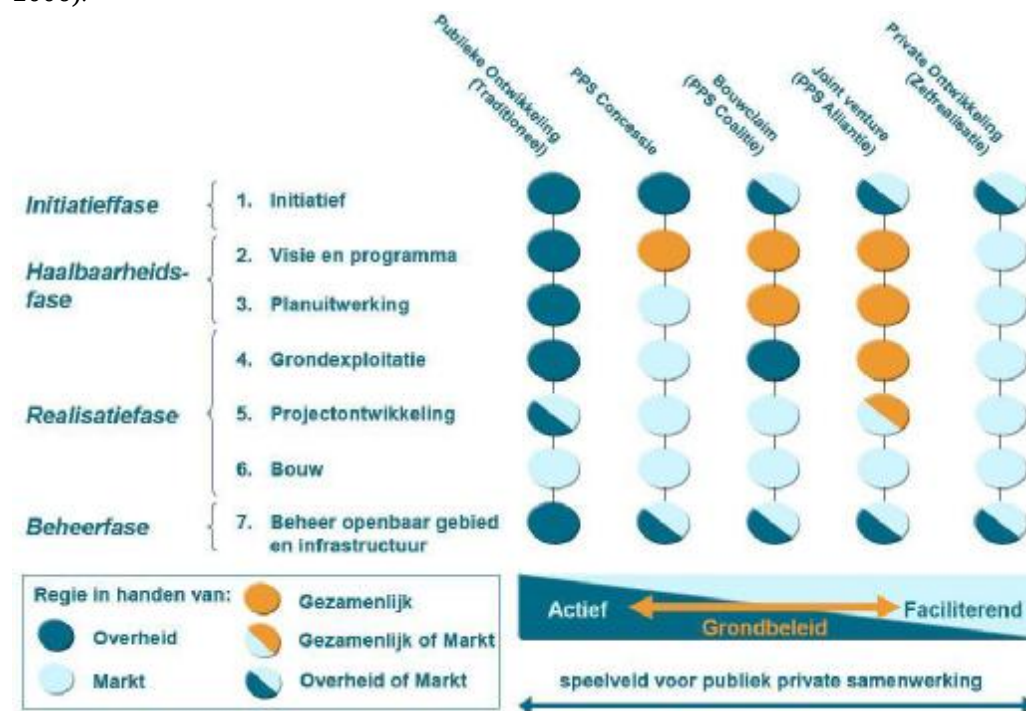
In het concessiemodel definieert de publieke partij, voorafgaand aan de aanbesteding van de concessie, op output niveau het te leveren programma en het kwaliteitsniveau daarvan. Een private partij (of een consortium van meerdere private partijen) neemt vervolgens de verantwoordelijkheid en risico's van ontwikkeling op zich. De private partij draagt zorg voor de planontwikkeling, zowel grondexploitatie als opstalexploitatie, alsook realisatie en beheer en onderhoud voor een bepaalde periode. De publieke partij betaalt de private partij een vergoeding voor de dienstverlening en risico's. Na een bepaalde beheerperiode wordt het openbaar gebied en

de infrastructuur doorgaans teruggeleverd aan de publieke partij. Binnen deze ontwikkelvorm is er na selectie van de private partij, voor de publieke partij weinig invloed of bijsturing meer mogelijk.

Externe ontwikkeling

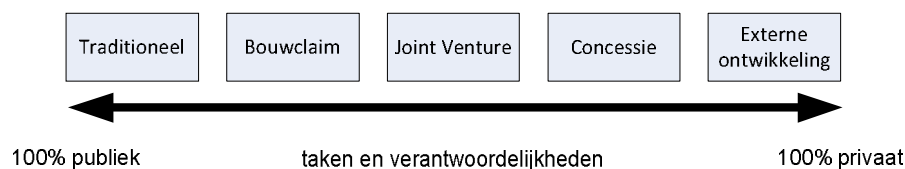
Zelfrealisatie is voor private partijen mogelijk wanneer zij zelf in het bezit zijn van gronden waarop de ontwikkeling wordt beoogd. De private partij verzorgt zelf de uitwerking van de stedenbouwkundige visie en een programma dat valt binnen de planologische kaders van het bestemmingsplan. De grondexploitatie en vastgoedexploitatie zijn voor eigen rekening en risico. Publieke partijen spelen binnen deze vorm slechts een faciliterende en kaderstellende rol.

In figuur 6 is een overzicht gegeven van de verschillende samenwerkingsvormen, de rollen van publieke en private partijen hierbij en de fasering van het ontwikkelproces (Kenniscentrum PPS, 2006).



Figuur 6 Samenwerkingsmodellen bij gebiedsontwikkeling (Kenniscentrum PPS, 2006)

Men kan de verschillende samenwerkingsvormen indelen op basis van de verdeling van taken en verantwoordelijkheden van volledig publiek tot volledig privaat.



Figuur 7 Verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij verschillende samenwerkingsvormen

In de volgende paragrafen wordt verder ingegaan op bovengenoemde samenwerkingsvormen. De meerwaarden van de verschillende samenwerkingsvormen en factoren op basis waarvan men kiest voor een bepaalde vorm worden hierin verder uitgediept.

3.5 Meerwaarde van samenwerkingsvormen bij gebiedsontwikkeling

De samenwerkingsvormen die zijn beschreven in de vorige paragraaf, kunnen verschillende meerwaarden hebben. Bult-Spiering (2003) en Bult-Spiering et al. (2005) maken onderscheid in vier typen meerwaarde die een samenwerkingsvorm kan hebben: inhoudelijke, financiële, procesmatige en externe meerwaarde. Deze worden achtereenvolgens beschreven:

- **Inhoudelijke meerwaarde:** een integrale benadering van de problematiek en de realisatie van elkaar versterkende functies. Het levert een verhoging van de kwaliteit van de oplossing. Deze meerwaarde vertaalt zich in een duurzame oplossing voor een probleem, een verbetering van het ruimtegebruik en een hogere kwaliteit en imago;
- **Financiële meerwaarde:** verdeling van risico's en vereveningsmogelijkheden, waardoor een betere prijs-kwaliteit verhouding wordt gerealiseerd. Dit kan zich uiten in prijs, kosten, cashflow, continuïteit, winst, uitbesteding van risico's en beprijzing van risico's;
- **Procesmatige meerwaarde:** vroegtijdig samenbrengen van complementaire kennis en ervaring en de afstemming van doelen en belangen. Dit leidt tot een samenwerking op basis van wederzijdse kwaliteiten. Meerwaarden hiervan zijn een samenwerking met diverse actoren, een leereffect en een einde aan de bestuurlijke patstelling;
- **Externe meerwaarde:** de afstemming van verschillende projecten of procesinitiatieven in een bepaald gebied. Dit kan leiden tot een toekomstige samenwerking met andere actoren.

Deze meerwaarden zijn gebaseerd op onderzoek bij gemeentelijke gebiedsontwikkelingsprojecten. Uit een expertsessie (zie bijlage 1), blijkt dat deze meerwaarden goed toepasbaar lijken voor dit onderzoek. De vier meerwaarden bevatten namelijk de belangrijkste aspecten die tevens relevant zijn bij gebiedsontwikkelingsprojecten rond ziekenhuizen. Deze zijn gepresenteerd in tabel 4.

Inhoudelijke meerwaarde	- Integrale benadering van het gebied; - Versterking van de zorgketen door afstemming in zorgfuncties; - Beter ruimtegebruik, hogere kwaliteit en imagoverbetering.
Financiële meerwaarde	- Verschuiving van risico's naar andere partijen; - Inbreng van financiering (kosten, cashflow, continuïteit) in het project door andere partijen.
Procesmatige meerwaarde	- Inbreng van complementaire kennis en ervaring op het gebied van gebiedsontwikkeling, financiering, afzetmogelijkheden, etc; - Beter afstemming van gezamenlijke doelen; - Leereffecten.
Externe meerwaarde	- Mogelijkheid tot het combineren van een zorgpark met andere projecten vanuit een gemeente, ontwikkelaar, etc. (zoals sportfaciliteiten, vestiging van ketenpartners, zorghotel, etc.)

Tabel 4 Meerwaarden van samenwerkingsvormen

De meerwaarde die een samenwerkingsvorm al dan niet heeft, hangt samen met de voor- en nadelen van de verschillende samenwerkingsvormen. Om het onderscheid tussen de verschillende samenwerkingsvormen en de meerwaarden hiervan duidelijk te maken, is in tabel 5 een (niet uitputtend) overzicht van de voor- en nadelen van de verschillende samenwerkingsvormen bij gebiedsontwikkeling gepresenteerd. Dit is belangrijk voor de begripsvorming over samenwerkingsvormen en hun meerwaarden. De tabel is echter wel gebaseerd op algemene gebiedsontwikkelingsprojecten, en dus niet toegespitst op gebiedsontwikkeling rond ziekenhuizen (Bult-Spiering et al, 2006; Blanken et al, 2004; Kenniscentrum PPS, 2004).

Samenwerkingsvorm	Voordelen	Nadelen
Traditionele ontwikkeling	- relatief simpel door grote mate van standaardisering - veel ervaring met en kennis van deze aanbestedingsvorm - kost weinig tijd in de voorbereidingsfase - grote zeggenschap voor publieke partij	- grote mate van regulering door publieke opdrachtgever - weinig optimalisaties door private partijen - ontbreken van prikkels bij private partijen om efficiënt, effectief en innovatief te werken - ontwerpfase wordt niet afgestemd op bouw- en onderhoudsfase - alle risico's voor de publieke partij
Bouwclaim	- mogelijkheid om regie te voeren over een gebiedsontwikkeling wanneer niet alle gronden in eigen bezit zijn - benutten van winstpotentie van een gebied - mogelijkheid om marktpartijen te laten meebetalen aan openbare ruimte - beperkt risico van de grondexploitatie door afspraken vooraf over afname	- veel afstemming van belangen tussen publieke en private partijen - beperktere macht over de inrichting van het plan en het programma
Joint Venture model	- hogere prijs-kwaliteitverhouding dan bij de traditionele procesaanpak - inbreng van specifieke kennis van zowel overheid als marktpartijen - gelijkwaardige partijen - innovatie en creativiteit - risico- en kostendeling - mogelijkheden tot het profiteren van ontwikkelwinsten - invloed en bijsturing in het project is mogelijk (gedeelde zeggenschap) - fiscale voordelen - herkenbare organisatie voor de buitenwacht	- hoge transactiekosten en financieringskosten - complexe organisatie - constructieve opstelling van potentiële opdrachtnemers. Door kennis kan opdrachtgever deze partijen tegen elkaar uitspelen.
Concessie-model	- goede prijs-kwaliteitverhouding (VFM) - flexibiliteit en prikkels voor private partij - versnelde aanleg - zekerheid voor toekomst (kosten en opbrengsten) - een betere uitvoering door de inbreng van kennis en kunde van private partijen op het gebied van projectmanagement - ketenefficiëntie en -kwaliteit (life cycle benadering) - innovatie en creativiteit - verschuiving van risico's naar marktpartijen	- voorbereidings- en onderhandelingsfase intensief (tijd en geld) - organisatorische veranderingen nodig bij vooral opdrachtgever - contractvorming lastig - risico's worden vaak duur door private partij gealloceerd - na de concessieverlening is er weinig zeggenschap en zeer beperkte sturingsmogelijkheden
Externe ontwikkeling	- volledige ontwikkeling (inclusief financiering en het dragen van de risico's) in handen van private partijen - innovatieve en creatieve oplossingen - snelle ontwikkeling	- nauwelijks zeggenschap over de inrichting van de gebiedsontwikkeling voor de publieke partij - weinig oog voor de ontwikkeling van openbare voorzieningen - weinig aandacht voor publiek belang - afstemming met wet- en regelgeving moeilijk

Tabel 5 Voor- en nadelen van samenwerkingsvormen

Tabel 5 laat zien dat de samenwerkingsvormen door hun opzet verschillende voor- en nadelen hebben en er verschillende meerwaarden worden bereikt met verschillende samenwerkingsvormen.

3.6 Keuze voor samenwerkingsvorm

Het is onduidelijk welke samenwerkingsvormen ziekenhuizen toepassen bij de ontwikkeling van een zorgpark. Waarom men tot deze samenwerkingsvorm komt en welke gevolgen dit heeft op een aantal belangrijke aspecten binnen de samenwerking, is tevens onbekend. De keuze voor een samenwerkingsvorm is feitelijk ook het maken van afspraken over een bepaalde taak- en rolverdeling. Bij deze aspecten moet men bijvoorbeeld denken aan de zeggenschapsverdeling, grondeigendom, aanwezige kennis en ervaring, risicoverdeling, etc. De gewenste invulling op deze aspecten zijn bepalend voor de keuze van de juiste samenwerkingsvorm. Deze aspecten worden in deze paragraaf beschreven.

Omdat literatuur op het gebied van zorgparken hierover ontbreekt, zijn de aspecten beschreven vanuit het perspectief van gemeenten bij bijvoorbeeld wijkontwikkelingen en binnenstedelijke herstructureringen. Aan het einde van de paragraaf wordt een vertaling naar de zorg gemaakt en wordt een afbakening gemaakt in de meest relevante aspecten voor zorgparken.

Het Kenniscentrum PPS (2004) beschrijft een stappenplan voor de keuze voor een samenwerkingsmodel. De eerste stap hierin is het doen van een actorenanalyse waarin doelen en motieven van de betrokken actoren inzichtelijk wordt. De tweede stap is de afweging of samenwerking met andere partijen noodzakelijk of gewenst is en zo ja, in welke vorm deze ingericht dient te worden. In deze samenwerkingsvisie dient men na te denken over de gewenste verdeling van zeggenschap, risico's, opbrengsten en kosten. Wanneer de planinhoud en financiële onderbouwing gedurende de haalbaarheidsfase duidelijker worden, kan er op basis hiervan en de samenwerkingsvisie en de gewenste risicoverdeling, gekozen worden voor het juiste samenwerkingsmodel. Ten slotte wordt dit samenwerkingsmodel vormgegeven in juridische documenten. In bijlage 5 is een overzichtelijk figuur opgenomen die dit stappenplan weergeeft.

3.6.1 Factoren die de keuze voor een samenwerkingsvorm beïnvloeden

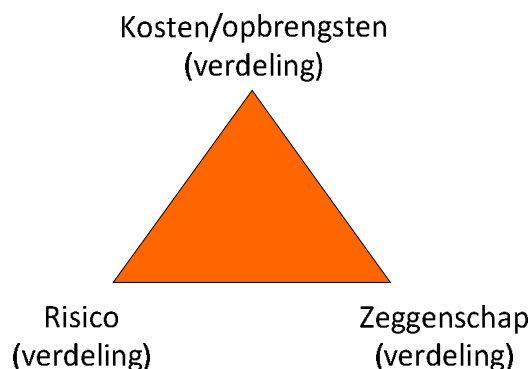
Het Kenniscentrum PPS (2004) beschrijft een drietal criteria op basis waarvan een gemeente een juiste samenwerkingsvorm kan kiezen. Allereerst is het van belang te bepalen wat je binnen de samenwerking wil. Vervolgens zal je moeten onderzoeken wat je kan. Tot slot dient rekening gehouden te worden met de projectkenmerken. De wensen en mogelijkheden wat betreft de samenwerkingsvorm, zullen per opdrachtgever en per project verschillen. De weging van criteria zal per project verschillen, bijvoorbeeld op basis van politieke voorkeuren. Daarnaast zijn projecten zeer verschillend in bijvoorbeeld complexiteit en duur, wat invloed heeft op de keuze voor de beste samenwerkingsvorm.

Om het juiste samenwerkingsmodel te bepalen heeft het Kenniscentrum PPS (2004) verschillende factoren bepaald die onder te verdelen zijn in:

- wat je wil: zeggenschap, risico-overdracht, verdeling van kosten en opbrengsten, integratie van fasen, eenvoud van het samenwerkingsmodel en de eenvoud ervan;
- wat je kan: grondeigendom, financieel beslag, capaciteitsbeslag en de benodigde kennis en ervaring;
- projectkenmerken: complexiteit en duur van het project.

Een verdere toelichting hierop, en de manier waarop elk van de samenwerkingsvormen scoort op deze criteria, is weergegeven in bijlage 6.

Wolting (2006) noemt dat de keuze voor de beste samenwerkingsvorm afhankelijk is van hoe partijen kosten en opbrengsten, risico en zeggenschap willen verdelen. Op deze punten worden de verschillen tussen de samenwerkingsvormen namelijk duidelijk en onderscheiden ze zich van elkaar. De verdeling van deze drie factoren vormen een driehoeksverhouding waarbij de drie pijlers als communicerende vaten werken. Deze is in figuur 8 weergegeven.



Figuur 8 Driehoeksverhouding in verdeling van kosten/opbrengsten, risico en zeggenschap (Wolting, 2006)

Deze aspecten komen tevens terug in de eerder genoemde factoren van het Kenniscentrum PPS (2004). Bovendien bevestigt Apperloo et al (2003) de afhankelijkheid van de samenwerkingsvorm van de gewenste verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's. Hij voegt er aan toe dat het tevens afhankelijk is van de aanwezige competenties (grondposities en personele capaciteit). Dezelfde aspecten komen tevens terug bij de voor- en nadelen van verschillende samenwerkingsvormen uit paragraaf 3.5.

De factoren zeggenschapsverdeling, risicoverdeling en verdeling van kosten en opbrengsten blijken dus sterk bepalende factoren te zijn bij de keuze voor een samenwerkingsvorm. Deze zijn echter gebaseerd op onderzoek naar de keuze voor een samenwerkingsvorm bij meer gangbare gemeentelijke gebiedsontwikkelingsopgaven. Voor zorgparken is dit onbekend. Uit vooronderzoek, waarbij interviews zijn gehouden met experts en ziekenhuizen, is gebleken dat de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's, en de samenhang hiertussen, zeer belangrijke aandachtsgebieden zijn voor ziekenhuizen bij het ontwikkelen van een zorgpark. Omdat de omvang van dit onderzoek te klein is om alle factoren die van invloed zijn op de keuze van de samenwerkingsvorm te onderzoeken, wordt er voor gekozen om deze drie factoren nader te onderzoeken, vanwege de importantie van en samenhang tussen de drie. Het is voor ziekenhuizen extra belangrijk om goede afspraken te maken over deze aspecten, omdat zij, naast een rol in de ontwikkeling, tevens eindgebruiker zijn van het gebied. Over het algemeen is de rol van gemeenten na afronding van de grondexploitatiefase beperkt. Ziekenhuizen zijn daarentegen meer betrokken bij de ontwikkeling en moeten tevens serieus nadenken over de (lange) exploitatiefase, waarin zij zelf ook betrokken zijn, op zijn minst vanuit een gebruikersrol. Om die reden is een sluitende strategie over deze drie aspecten essentieel voor een ziekenhuisbestuur om daadwerkelijk in de ontwikkeling van een zorgpark te stappen (Van Beveren, 2009).

De drie factoren worden achtereenvolgens in deze paragraaf beschreven.

Verdeling van zeggenschap

Het Kenniscentrum PPS (2003) stelt dat de zeggenschap op verschillende wijzen verdeeld kan worden:

- Volledige zeggenschap voor het ziekenhuis;
- Volledige zeggenschap voor externe partijen;
- Verdeelde zeggenschap onder ziekenhuis en externe partijen.

De verdeling van zeggenschap kan bovendien variëren in de grondexploitatiefase, bouwexploitatiefase en de beheerexploitatiefase. Apperloo et al (2003) beschrijven verschillende motieven om zeggenschap te willen hebben op het planontwikkelings- en realisatieproces. Deze hebben betrekking op het behalen van het gewenste projectresultaat en procesverloop. Deze motieven zijn:

- Zekerheid: men verwacht meer zekerheid op een goed procesverloop en projectresultaat als men bij het hele proces betrokken is en invloed uit kan oefenen;
- Beheersbaarheid: men verwacht de risico's in het project beter te kunnen beheersen dan wanneer men het overlaat aan marktpartijen;
- Kwaliteitsborging: men verwacht alleen door eigen inbreng de kwaliteit van het plan te kunnen waarborgen.

Apperloo et al (2003) stellen dat de wens om zeggenschap op grond van deze motieven zal afnemen naarmate het projectresultaat en het procesverloop goed zijn te omschrijven in de vorm van programma en kwaliteitskaders of wanneer hierin juist een zekere vrijheid is toegestaan. In complexe en langlopende projecten is het moeilijker om het procesverloop en projectresultaat goed te omschrijven. In dergelijke gevallen is de verwachting dat het wenselijk is om de zeggenschap voor een groot deel te behouden.

Ziekenhuizen hebben traditioneel erg veel invloed en zeggenschap gehad over de ruimtelijke ontwikkelingen die er in en rond het ziekenhuis speelden. De cultuur is over het algemeen zodanig dat een Raad van Bestuur van ziekenhuis over alle zaken de regie en zeggenschap wil houden (Van Beveren, 2009; Dooyeweerd, 2009). Het delen van zeggenschap met andere partijen is iets waar ziekenhuisbesturen moeite mee hebben. De verwachting is dat het ziekenhuisbestuur (of gedelegeerd projectbureau) grote invloed wil uitoefenen op het projectresultaat en het procesverloop. Wanneer men echter risico's en kosten wil overdragen aan andere partijen, is het gevolg dat het ziekenhuis zeggenschap verliest, zoals Wolting (2006) ook aangaf. De vraag is hoe ziekenhuizen omgaan met het verdelen van zeggenschap over de ontwikkeling van een zorgpark en in hoeverre ziekenhuizen de verdeling van zeggenschap mee laat wegen in de keuze voor een samenwerkingsvorm.

Verdeling van kosten en opbrengsten

De kosten en opbrengsten die bij gebiedsontwikkeling gemoeid zijn, zijn op te splitsen in de grondexploitatiefase, bouwexploitatiefase en beheerexploitatiefase. Op basis van het Kenniscentrum PPS (2003) en een expertsessie (zie bijlage 1), is een overzicht van kosten en opbrengsten voor de drie fasen bepaald. Dit is weergegeven in tabel 6.

Grondexploitatie	
Kosten	Opbrengsten
- Verwervingen van grond en opstallen	- Gronduitgifte (indien grond wordt overgedragen aan anderen voor de realisatie van de opstallen)
- Bouwrijp maken (zoals sanering, grondwerk, riolering, etc.)	- Subsidies (mogelijkheid tot het verkrijgen van)
- Woonrijp maken (aanleg van infrastructuur, groen, etc.)	
- Apparaatskosten (van organiseren en toezien op het proces)	
- Overige kosten (zoals communicatie, uitbesteding, BTW, etc.)	

Bouwexploitatie	
Kosten	Opbrengsten
- Grondkosten (kosten voor de opstalontwikkelaar voor het verkrijgen van bouwrijpe grond)	- Verkoopopbrengst (door de verkoop van opstallen aan beleggers, particulieren, etc.)
- Bouwkosten (bouwkundige voorzieningen, W&E installaties, etc)	
- Honoraria (apparaatskosten en overige kosten)	
- Kapitaallasten van de investering	

Beheerexploitatie	
Kosten	Opbrengsten
- dagelijks onderhoud (schoonmaak, etc.)	- Gekapitaliseerde huuropbrengsten (verwachte opbrengsten uit exploitatie door de verhuur/pacht van vastgoed)
- kleinschalig onderhoud (reparaties, etc.)	
- grootschalig onderhoud (verbouwingen, etc.)	
- apparaatskosten (organisatiekosten, bijvoorbeeld kosten voor facilitair bedrijf)	
- kosten voor eventuele uitbesteding van beheer en exploitatie aan andere partij (dit kan tevens een opbrengst zijn)	

Tabel 6 Kosten en opbrengsten in grond-, bouw- en beheerexploitatie

De kosten en opbrengsten voor de ontwikkeling en het beheer van een zorgpark kunnen door het ziekenhuis en andere partijen als volgt worden verdeeld:

- Volledig voor het ziekenhuis;
- Volledig voor van externe partijen;
- Gedeeld onder ziekenhuis en externe partijen.

De verdeling van kosten en opbrengsten is waarschijnlijk een belangrijke factor in de keuze voor een samenwerkingsvorm. Omdat de core business van een ziekenhuis het optimaliseren van de medische dienstverlening is, is de verwachting dat ziekenhuizen de financiering en bekostiging van het zorgpark zoveel als mogelijk willen overdragen aan externe partijen. De keuze voor de verdeling van kosten en opbrengsten zal ook samenhangen met de gewenste zeggenschap. De vraag is hoe ziekenhuizen bij zorgparken omgaan met de verdeling van kosten en opbrengsten en in welke mate dit meespeelt in de keuze voor een samenwerkingvorm.

Risico's

De risico's bij gebiedsontwikkeling zijn op te splitsen in de grondexploitatiefase, bouwexploitatiefase en beheerexploitatiefase. Op basis van het Kenniscentrum PPS (2003) en een expertsessie (zie bijlage 1), is een overzicht van risico's bepaald. Dit is weergegeven in tabel 7.

Grondexploitatie	Bouwexploitatie	Beheerexploitatie	Intern/Publiekrechtelijk
- Afzetrisico	- Afzetrisico	- Afzetrisico	- interne koerswijzigingen
- Kostenrisico	- Kostenrisico	- Kostenrisico	- vertraging vergunningsverlening
- Financieringsrisico	- Financieringsrisico	- Financieringsrisico	

Tabel 7 Risico's bij gebiedsontwikkeling

In alle fasen is er het risico van een beperkte afzet van de plannen of opstallen. Daarbij is er het risico van kostenoverschrijding en is er een financieringsrisico. Tot slot speelt tevens een intern en publiekrechtelijk risico een rol. Het gaat hierbij om koerswijzigingen binnen het bestuur van het ziekenhuis. Omdat besturen, maar ook lokale omstandigheden, snel kunnen veranderen, kan het

voorkomen dat een ziekenhuisbestuur koerswijzigingen doorvoert die hun weerslag hebben op de ontwikkeling van een zorgpark.

De verdeling van risico's tussen het ziekenhuis en andere partijen kan zijn:

- Volledig voor van het ziekenhuis;
- Volledig voor externe partijen;
- Gedeeld onder ziekenhuis en externe partijen.

Gebiedsontwikkeling, en ook het ontwikkelen van een zorgpark, betekent het aangaan van veel risico's, verspreid over alle fasen. Ziekenhuizen willen eventuele negatieve risico's niet ten laste van de zorgverlening laten komen. De verwachting is dat ziekenhuizen een groot deel van de risico's aan externe partijen wil overdragen, omdat het zelf wil focussen op het primaire proces van zorgverlening. De vraag is wel in hoeverre de verdeling van risico's meespeelt in de keuze voor een bepaalde samenwerkingvorm.

3.7 Conceptueel raamwerk

Dit hoofdstuk heeft antwoord gegeven op de eerste vier onderzoeksvragen. Om het casusonderzoek op de juiste manier in te richten, en hiermee antwoord te kunnen geven op de laatste drie onderzoeksvragen, is een raamwerk voor het casusonderzoek ontwikkeld, dat is gebaseerd op het literatuuronderzoek. Het raamwerk omvat de volgende onderwerpen.

- Toegepaste samenwerking;
- Effecten van samenwerking.

Deze worden in deze paragraaf achtereenvolgens behandeld.

3.7.1 Toegepaste samenwerking

Allereerst wordt de toegepaste samenwerkingsvorm onderzocht. Belangrijke onderdelen hierin zijn: de belangrijke actoren, het gebruikte samenwerkingsmodel en de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's.

Belangrijke actoren

De vraag is welke actoren belangrijk zijn bij de ontwikkeling van een zorgpark. Een actor wordt als belangrijk gezien wanneer deze op enige wijze participeert in de besluitvorming in het project. Tijdens de interviews wordt getoetst of de belangrijkste actoren die tijdens de expert meeting naar voren zijn gekomen, juist zijn. Deze actoren zijn:

- Ziekenhuis (RvB, medisch specialisten, huisvesting, facilitair bedrijf);
- Gemeente;
- Zorgaanbieders;
- Patiënten;
- Ontwikkelaar;
- Woningbouwcorporatie;
- Zorgverzekeraar;
- Belegger(s);
- Financier(s).

Gebruikte samenwerkingsvorm

Voor de vier zorgparken wordt gevraagd naar de toegepaste samenwerkingsvorm bij de ontwikkeling. De theorie geeft hiervoor vijf verschillende vormen:

- Traditionele ontwikkeling;
- Bouwclaim model;
- Joint venture model;

- Concessiemodel;
- Private ontwikkeling.

Verdeling van zeggenschap

- De verdeling van zeggenschap over verschillende onderdelen van de ontwikkeling (grondexploitatie, bouwexploitatie, beheerexploitatie) kan zijn:
- Volledig in handen van het ziekenhuis;
- Volledig in handen van externe partijen;
- Gedeeld onder ziekenhuis en externe partijen.

Verdeling van kosten en opbrengsten

De verdeling van kosten en opbrengsten over verschillende onderdelen van de ontwikkeling (grondexploitatie, bouwexploitatie, beheerexploitatie) kan zijn:

- Volledig voor het ziekenhuis;
- Volledig voor van externe partijen;
- Gedeeld onder ziekenhuis en externe partijen.

Verdeling van risico's

De verdeling van risico's over verschillende onderdelen van de ontwikkeling (grondexploitatie, bouwexploitatie, beheerexploitatie) kan zijn:

- Volledig voor het ziekenhuis;
- Volledig voor van externe partijen;
- Gedeeld onder ziekenhuis en externe partijen.

3.7.2 Effecten van samenwerking

De effecten van de samenwerking zijn onderverdeeld in de meerwaarde en de tevredenheid van de samenwerkingsvorm.

Meerwaarde van de samenwerkingsvorm

De meerwaarde die de samenwerkingsvorm heeft voor het ziekenhuis, kan verschillende vormen hebben:

- Inhoudelijke meerwaarde;
- Financiële meerwaarde;
- Procesmatige meerwaarde;
- Externe meerwaarde.

Tevredenheid over de samenwerkingsvorm

Dit effect is niet geoperationaliseerd en wordt voorgelegd aan de geïnterviewden. Door op een open wijze de mate van tevredenheid voor te leggen, hebben de geïnterviewden meer beantwoordingsvrijheid, wat tot een groter inzicht in de tevredenheid leidt.

4. Casusonderzoek

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het casusonderzoek. In het casusonderzoek zijn vier zorgparken bestudeerd: Zorgboulevard Rotterdam (paragraaf 4.1), Gezondheidspark Dordrecht (paragraaf 4.2), Gezondheidspark Den Bosch (paragraaf 4.3) en Gezondheidspark Hardenberg (paragraaf 4.4).

Voor elke casus wordt ingegaan op de volgende aspecten:

- projectkenmerken van het zorgpark (inhoudelijk, proces, financieel en doorlooptijd);
- belangrijkste actoren en hun rollen binnen het project;
- toegepaste samenwerkingsvorm;
- verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's;
- meerwaarde van de gebruikte samenwerkingsvorm;
- tevredenheid over de manier van samenwerken

Elke casus wordt afgesloten met een conclusie. Ter verzameling van de resultaten, zijn interviews gehouden met de projectleiders van ziekenhuizen die betrokken zijn bij de ontwikkeling van het zorgpark. Een lijst van geïnterviewden is weergegeven in bijlage 7. Doel van dit interview was te achterhalen op welke wijze de samenwerking met andere partijen is vormgegeven en welke meerwaarde dit geeft. De gebruikte vragenlijst, die gebaseerd is op het conceptuele raamwerk, is opgenomen in bijlage 8. Naast de resultaten uit interviews, is tevens gebruik gemaakt van de samenwerkingsovereenkomsten die de ziekenhuizen hadden afgesloten met andere partijen. Tot slot is er bij de resultatenverzameling ook gebruik gemaakt van andere bronnen, zoals magazines (o.a. ZorgVisie en Building Business) en websites (van ziekenhuizen en zorgparkprojecten).

4.1 Casusonderzoek Zorgboulevard Maasstad ziekenhuis Rotterdam

Naast NS-station Lombardijen in Rotterdam-Zuid en nabij de snelweg A15, ontwikkelt het Maasstad ziekenhuis (MZ, voorheen Medisch Centrum Rijnmond Zuid, MCRZ) een nieuw ziekenhuis. Direct zijn plannen ontwikkeld om bij het ziekenhuis een reeks zorginstellingen en zorgverwante, al dan niet commerciële, voorzieningen te realiseren. Deze partijen worden gehuisvest in een zorgverzamelgebouw, de Medimall, waarmee integratie van de zorgketen wordt beoogd. Buiten de Medimall zijn diverse ontwikkelingen, zoals kantoorpaviljoens, een retail strip, parkeervoorzieningen en openbare ruimte, gepland. Het geheel van alle ontwikkelingen wordt de Zorgboulevard Rotterdam genoemd.

De resultaten in deze paragraaf zijn gebaseerd op een interview met de projectdirecteur van het MZ, een interview met de oud-projectsecretaris van het MZ en verschillende documenten, zoals de samenwerkingsovereenkomst, mantelovereenkomst en aanbestedingsdocumenten.

4.1.1 Projectkenmerken

Onder de projectkenmerken wordt het project beschreven op de inhoud van de ontwikkeling, het proces, de financiële aspecten en de doorlooptijd.

Inhoudelijk

Met de Zorgboulevard Rotterdam wordt een gebied ontwikkeld waar plaats komt voor gezondheid, zorg, welzijn en (zorggerelateerde) opleidingen. In de Medimall krijgen verschillende zorgpartijen een plaats. Door de huisvesting op één lokatie, wordt beter samengewerkt tussen het ziekenhuis en de zorgpartijen, en tussen zorgpartijen onderling. Dit geeft men vorm door afspraken voor klanten goed op elkaar af te stemmen, door de diensten of producten die huurders leveren goed op elkaar aan te sluiten en door kennis, ruimten en instrumenten te delen.



Figuur 9 Zorgboulevard Rotterdam, met op de voorgrond het ziekenhuis en op de achtergrond (in het midden) de Medi Mall

Een aantal uitgangspunten bij de ontwikkeling is opgenomen in het basisprogramma (PTG, 2005):

- Zorg die openheid naar de omliggende wijk uitstraalt;
- Instellingsoverstijgende zorg d.m.v. zorgketenintegratie met verschillende zorgpartijen;
- Functies die zijn afgestemd op de medische behoeften van patiënten, medewerkers, bezoekers en wijkbewoners of die een bijdrage leveren aan de functionaliteit en kwaliteit van de zorgomgeving.

Het gehele programma omvat de bouw van circa 125.000 m² BVO voor ziekenhuis en Medimall. Hiervan is 36.000 m² bestemd voor de Medimall en 88.000m² voor het ziekenhuis. De Zorgboulevard moet jaarlijks 2,5 miljoen bezoekers trekken.

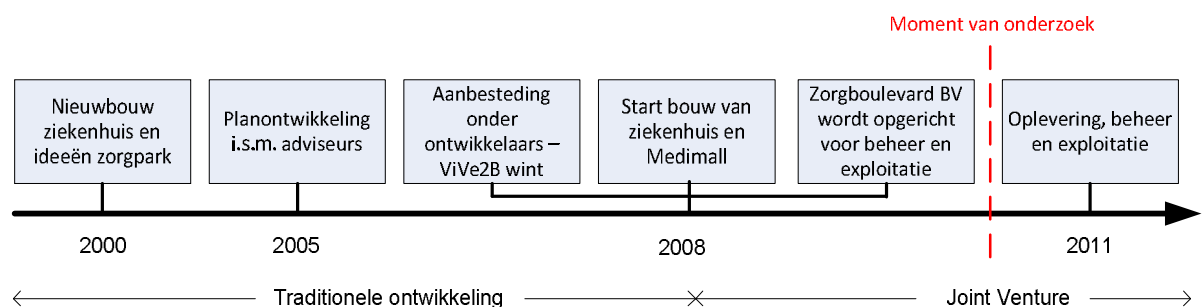
Proces

De projectdirecteur van de ontwikkeling van de Zorgboulevard Rotterdam beschrijft een tweetal zaken die ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van het zorgpark. Allereerst was het MZ voor de bouw van het nieuwe ziekenhuis verplicht om het gehele kavel van de gemeente te kopen. Omdat de aangekochte grond te groot was voor het programma van het ziekenhuis alleen, is besloten te kijken naar andere opties om de grondkosten terug te verdienen en de beschikbare ruimte in te richten. Ten tweede meldden direct vanaf het begin, diverse zorgpartijen vanuit een interesse om zich rond het ziekenhuis te kunnen vestigen. Vanaf dat moment zijn ideeën voor de ontwikkeling van een zorgpark door het ziekenhuis gaandeweg gegroeid. Toen er vanuit de Raad van Bestuur daadwerkelijk de wens werd uitgesproken om een zorgpark te ontwikkelen, is geïnventariseerd hoe men deze ontwikkeling wilde inrichten. De projectleider stelt dat het ziekenhuis niet (volledig) de rol van ontwikkelaar wilde spelen, omdat hier teveel risico's aan zaten, er weinig financiële middelen beschikbaar waren en het ziekenhuis zelf weinig kennis had van ontwikkelen. Om die reden heeft men gekeken naar het betrekken van een private ontwikkelaar. Private partijen waren op dat moment echter niet ervaren in 'ziekenhuisland'. Bovendien was er wantrouwen over het commerciële belang van private partijen en de conflicten die dit zou kunnen opleveren, onder andere over functietoedelingen, huurders en openbaar gebied. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis heeft toen besloten om zelfstandig, i.s.m. adviseurs (PTG en PWC) en architecten (EGM), het gehele plan te ontwikkelen tot aan de bouwvergunning (Staal, 2009).

“Een ziekenhuis is geen ontwikkelaar”

In samenwerking met bedrijfsmakelaar Ooms is getracht om meer partijen te contracteren voor de huur van ruimten binnen het zorgpark. Dit is hen niet gelukt. Omdat het ziekenhuis zelf het risico voor de ontwikkeling en zeker de exploitatie (exploitatie- en leegstandrisico) niet wilde dragen, mede doordat het Ooms niet lukte om de meters te vullen, is besloten om private partijen te betrekken (Van den Boom, 2009). Bovendien wilde het ziekenhuis zich concentreren op zorgverlening en niet op gebiedsontwikkeling. Er is vervolgens een aanbesteding gehouden voor de verkoop van de grond, het plan en de ontwikkelrechten. Het consortium ViVe 2B, bestaande uit Vestia (woningbouwcorporatie), Vitaal Zorgvast (ontwikkelaar), Ballast Nedam (aannemer) en BAM Utiliteitsbouw (aannemer), heeft de aanbesteding gewonnen. Op dit moment wordt er gebouwd aan het nieuwe ziekenhuis en de Medimall.

In figuur 10 staat het proces weergegeven.



Figuur 10 Procesbeschrijving Zorgboulevard Rotterdam

Financieel

Investeringskosten voor de Medimall, gefinancierd door Vestia, bedragen circa €60 miljoen. De investeringskosten voor de ontwikkeling van het ziekenhuis bedragen €220 miljoen. Daarnaast is de grondwaarde voor het totale gebied €25 miljoen, waarvan het deel van de Medimall is verkocht aan ViVe2B. Bij de aankoop van de grond van de gemeente, is het voor het ziekenhuis erg gunstig geweest om gebruik te maken van het oude zorgregime. Voorfinanciering voor de aankoop van de

grond was hierdoor gemakkelijk te verkrijgen. Onder de nieuwe regelgeving was dit niet meer mogelijk geweest en had het ziekenhuis de grondaankoop extern moeten financieren.

De ontwikkeling van de Zorgboulevard Rotterdam krijgt daarnaast financiële ondersteuning vanuit het programma Pact op Zuid. Dit houdt in dat de gemeente, deelgemeenten en woningcorporaties extra investeren om de fysieke, sociale en economische kwaliteiten van dit gebied te vergroten (Zorgboulevard Rotterdam, 2009).

Doorlooptijd

Voor de nieuwbouw van het ziekenhuis wordt in 2000 gekozen voor de locatie bij het NS-station Lombardijen. Direct worden ook de eerste ideeën gevormd om ook een zorgpark te ontwikkelen met andere zorgpartijen. In 2005 heeft dat geleid tot een startnotitie met uitgangspunten vanuit het ziekenhuis. In 2006 zijn de eerste plannen besproken met de gemeente. In maart 2011 moeten het ziekenhuis en het zorgverzamelgebouw gezamenlijk opgeleverd worden.

4.1.2 Actoren

De belangrijkste actoren in de ontwikkeling van het zorgpark bij het Maasstad Ziekenhuis zijn:

- Het Maasstad ziekenhuis: de Raad van Bestuur als beslisser over de ontwikkeling van het zorgpark. Tevens de Vastgoed B.V. van het ziekenhuis als uitvoerende partij in de ontwikkeling. De daadwerkelijke ontwikkeling lag in handen van het Projectbureau Nieuwbouw, in opdracht van de Raad van Bestuur. Voor de Vastgoed BV trad zij in deze ontwikkeling tevens op als gedelegeerd opdrachtgever.
- Het consortium ViVe2B, bestaande uit:
 - Vitaal Zorgvast: voor de ontwikkeling
 - Vestia: voor de ontwikkeling en financiering
 - Ballast Nedam: voor de bouw
 - BAM Utiliteitsbouw: voor de bouw
- Zorgboulevard B.V.: deze partij is verantwoordelijk voor beheer en exploitatie van het zorgpark. Dit gaat om de Medimall (dus ook verhuur), de openbare ruimte (pleinen, straten, parkeren) en eventuele toekomstige ontwikkelingen van vastgoed op het zorgpark (na oplevering). De aandelen hierin zijn:
 - 1/3 Vitaal Zorgvast
 - 1/3 Vestia
 - 1/3 Maasstad Ziekenhuis

Omdat de fase van beheer en exploitatie nog niet is aangebroken, is de organisatie van de Zorgboulevard B.V. nog niet ingericht. De samenwerkingsovereenkomst stelt dat het ziekenhuis in de beheer- en exploitatiefase voor 1/3 financieel bijdraagt en risico's draagt voor de exploitatie van opstallen in de Medimall en eventuele nieuwe ontwikkelingen. De projectdirecteur geeft daarbij aan dat het ziekenhuis geen uitvoerende rol zal krijgen in de organisatie.

Voor de ontwikkeling van nieuwe opstallen, zoals kantoren en een zorghotel, zal de Zorgboulevard BV slechts als opdrachtgever fungeren en andere partijen inhuren voor de ontwikkeling. Hiervoor zal het ziekenhuis dus geen financiën inbreng en risico's dragen. De verwachting van de projectdirecteur is dat Vestia en Vitaal Zorgvast deze ontwikkelingen gezamenlijk en voor eigen rekening doen.

- Vereniging Zorgboulevard B.V. Hierin zitten de 'founding fathers' van het zorgpark: Maasstad Ziekenhuis, Delta Psychiatrisch Centrum, De Stromen Opmaat Groep en

Kraamzorg Rotterdam e.o en de Centrale Huisartsenpost Rijnmond. Zij zorgen voor de zorglogistieke afstemming tussen de huurders van de Medimall en het ziekenhuis, en tussen de huurders onderling.

De betrokken partijen en hun taken zijn overzichtelijk weergegeven in tabel 8.

Actor	Rol
- Maasstad ziekenhuis	Initiator, planontwikkeling
- ViVe2B (Vestia, Vitaal Zorgvast, BAM, Ballast Nedam)	Ontwikkelen
- Zorgboulevard BV (Vestia, Vitaal Zorgvast, Maasstad ziekenhuis)	Exploiteren en beheren
- Vereniging Zorgboulevard (zorghuurders)	Zorgafstemming in Medimall (ook met ziekenhuis)

Tabel 8 Actoren en rollen bij Zorgboulevard Rotterdam

De gemeente Rotterdam heeft een beperkte rol vervuld. In de beginfase heeft het ziekenhuis weinig voordelen gezien bij het betrekken van de gemeente in de ontwikkeling. Achteraf gezien geeft het ziekenhuis aan dat het dit beter wel had kunnen doen, om hiermee het proces te versnellen en versoepelen. Aan de andere kant zocht de gemeente van haar kant geen toenadering om aan te haken bij het project. Dit had te maken met politieke onrust in de gemeenteraad en de weerslag daarvan op de slagkracht van de ambtelijke organisatie. De gemeente is in een later stadium wel betrokken geraakt, maar toen bleef de rol beperkt tot het aansluiten van het zorgpark op het nieuwe NS station Lombardijen. Medisch specialisten hebben tevens geen rol gehad omdat zij over het algemeen geen voordelen zagen in een zorgpark. Inmiddels zien specialisten, bijvoorbeeld plastisch chirurgen, hier wel meer in.

4.1.3 Gebruikte samenwerkingsvorm

In de eerste fase, tot aan de bouwvraag, is het plan voor de Zorgboulevard Rotterdam volgens een traditionele ontwikkeling verlopen. Vanaf de exploitatiefase zal er een joint venture samenwerking zijn vanuit de Zorgboulevard B.V.

Vanaf het initiatief tot de aanbesteding, heeft het ziekenhuis volledig de touwtjes in eigen hand gehad en op de aspecten hulp ingeschakeld van externe adviseurs en architecten. Dit is gebeurd vanuit de Vastgoed BV die het ziekenhuis in een aparte steunstichting had ondergebracht. Op die manier was het gemakkelijk om de grond op een later moment af te kunnen stoten. Zoals in paragraaf 4.1.1 beschreven, heeft het ziekenhuis voor de ontwikkeling en beheer van het zorgpark een ontwikkelaar aangetrokken. De belangrijkste reden hiervoor was het feit dat het ziekenhuis geen risico's wilde lopen in de ontwikkeling en met name de exploitatie (exploitatie- en leegstandrisico). Bovendien wilde het ziekenhuis geen eigen financiering inbrengen in het project en wilde het zich concentreren op zorgverlening en niet op gebiedsontwikkeling.

“Zeggenschap over functies is essentieel”

De samenwerkingsovereenkomst tussen het Maasstad ziekenhuis en ViVe2B stelt dat de Vastgoed BV, waar de grond en de plannen in waren ondergebracht, vervolgens zijn verkocht aan Vestia, om hiermee andere ziekenhuisprojecten te kunnen financieren. Er is een ‘Ontwikkel BV’ opgericht door de partijen uit ViVe 2B: Vestia, Vitaal Zorgvast, Ballast Nedam en BAM. Het consortium ontwikkelt 36.000 m² BVO zorgvastgoed in de Medimall, twee parkeergarages met 2.600 plaatsen en doet de inrichting van het openbare terrein van 72.000 m² bij het nieuwe ziekenhuis. De bouw van het ziekenhuis valt hier dus niet onder. Vestia en Vitaal Zorgvast zijn binnen het consortium de partijen die met eigen financiering en voor eigen risico de Medimall, parkeervoorzieningen en het openbaar gebied ontwikkelen. BAM Utiliteitsbouw en Ballast Nedam, die zich gezamenlijk ‘Bouwcombinatie Medimall vof’ noemen, worden via een design&construct contract ingehuurd door Vestia en Vitaal Zorgvast.

Naast de oprichting van ViVe 2B, is er tevens een Zorgboulevard BV opgericht voor het beheer en de exploitatie van de Medimall en openbare ruimten. Deze partijen, bestaande uit Vestia, Vitaal

Zorgvast en het MZ, bezitten alle 1/3 van de aandelen en is daarmee een joint venture samenwerking. De Zorgboulevard BV is belast met de verhuur van het vastgoed en beheer van de openbare ruimte. Tevens is het voor hen mogelijk om in een later stadium woningen en kantoren (eerder genoemd als woontoren en kantoorpaviljoens) te ontwikkelen op nog vrije gebieden. Uitgangspunt hierbij is wel dat de Zorgboulevard BV deze ontwikkeling niet voor eigen rekening en risico doet, maar hiervoor partijen selecteert. In nieuwe ontwikkelingen hoeft het ziekenhuis dus niet financieel mee te doen en risico te dragen. De projectdirecteur van het ziekenhuis geeft aan dat, door te participeren in de Zorgboulevard BV, het ziekenhuis zeggenschap kan houden op alle belangrijke thema's die het succes van het ziekenhuis en het zorgpark bepalen. Dit zijn zeggenschap over de Medimall, het parkeren en de openbare ruimte rond het ziekenhuis. Daarnaast kan het zorgen voor aansluiting van activiteiten tussen het ziekenhuis en andere zorgpartijen in de beheerfase. Omdat het ziekenhuis verstand heeft van zorgvastgoed en een goed netwerk heeft met zorgpartijen, heeft men besloten te participeren in de Zorgboulevard B.V. Tot slot geeft de projectdirecteur tevens aan dat het ziekenhuis wilde meeprofiteren van de (zekere) revenuen, omdat het grootste deel van de Medimall al was verhuurd aan grote zorgpartijen (circa 60%).

4.1.4 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's

In tabel 9 is de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's bij de Zorgboulevard Rotterdam weergegeven. Dit is gebaseerd op het interview met de projectdirecteur van het ziekenhuis en de samenwerkingsovereenkomst.

Fase	Zeggenschap	Kosten/Opbrengsten	Risico's
Grond-exploitatie	100% voor ziekenhuis	100% voor ziekenhuis	100% voor ziekenhuis
Bouw-exploitatie	Tot aan verkoop van plan geheel voor ziekenhuis, daarna geheel voor Vestia en Vitaal Zorgvast.	Tot aan verkoop van plan geheel voor ziekenhuis, daarna geheel voor Vestia en Vitaal Zorgvast. Zij hebben met een design&construct-contract afspraken met BAM en Ballast over de verdeling van kosten en opbrengsten.	Tot aan verkoop van plan geheel voor ziekenhuis, daarna geheel voor Vestia en Vitaal Zorgvast. Zij hebben met een design&construct-contract afspraken met BAM en Ballast over de risicoverdeling.
Beheer-exploitatie	100% voor Zorgboulevard B.V., waarvan 1/3 voor ziekenhuis	100% voor Zorgboulevard B.V., waarvan 1/3 voor ziekenhuis. Bij nieuwe ontwikkelingen, zal het ziekenhuis geen financiële middelen inbrengen.	100% voor Zorgboulevard B.V., waarvan 1/3 voor ziekenhuis. Bij nieuwe ontwikkelingen, zal het ziekenhuis geen risico's dragen.

Tabel 9 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's bij Zorgboulevard Rotterdam

4.1.5 Meerwaarde van samenwerkingsvorm

Door de gekozen manier van samenwerken wordt met name financiële, maar ook inhoudelijke meerwaarde behaald. In tabel 10 is een beschrijving van deze meerwaarden weergegeven. Deze is gebaseerd op het interview met de projectdirecteur van het ziekenhuis.

Inhoudelijke meerwaarde:

Door als ziekenhuis het stedenbouwkundig plan te ontwikkelen en de verdere inrichting van het zorgpark vast te leggen in een nota van uitgangspunten, is naar een integrale samenhang van het gebied gestreefd. Door het direct betrekken van de geïnteresseerde huurders, is er vanaf het begin samenwerking gezocht tussen medisch specialisten in het ziekenhuis en huurders in de Medimall.

Het bereiken van een ruimtelijk, integraal plan is deels gelukt, maar leidt door een verschil in belang tussen ziekenhuis en ontwikkelaars ook tot een suboptimaal plan (zie ook procesmatige meerwaarde). Door als ziekenhuis deel te nemen in de Zorgboulevard B.V. in de beheerfase van de Medimall, is de verwachting dat er ook voor de lange termijn een samenwerking en afstemming wordt bereikt met de activiteiten van het ziekenhuis. Er wordt een aanzienlijke inhoudelijke meerwaarde bereikt.

Financiële meerwaarde:

Het consortium is ingeschakeld voor het ontwikkelen van een groot deel van het zorgpark. Financiering en het dragen van de risico's hierbij, zijn aan het consortium overgedragen. Dit is voor het ziekenhuis essentieel geweest voor de keuze voor deze samenwerkingsvorm. Bovendien hebben Vestia en Vitaal Zorgvast 2/3 van de aandelen in de Zorgboulevard B.V. Hiermee dragen zij dus financieel en in risico's voor een groot deel bij aan de exploitatie en het beheer van het zorgpark. Zeker het overdragen van risico's in de beheerfase, is voor het ziekenhuis belangrijk geweest. Het ziekenhuis bereikt met deze samenwerkingsvorm grote financiële meerwaarde.

Procesmatige meerwaarde:

De projectdirecteur geeft aan dat de procesmatige meerwaarde van de samenwerking tegenvalt. Omdat de ontwikkelaar pas laat in het proces betrokken is geraakt, heeft hij weinig invloed kunnen uitoefenen op de inrichting van het ruimtelijk plan. De ontwikkelaar, die een vaste prijs heeft betaald, probeert nu aanpassingen aan het plan te verrichten, om daarmee een hoger rendement te behalen. Het ziekenhuis streeft echter naar een aantrekkelijk, samenhangend gebied en is het vaak niet eens met de gewenste aanpassingen van de ontwikkelaar. Omdat het ziekenhuis haar visie in het beginproces onvoldoende heeft uitgewerkt en niet expliciet genoeg is geweest in de contracten met de ontwikkelaar, heeft men nu te maken met grensdiscussies en getouwtrek over de inrichting van het gebied. Hierbij kan men denken aan de locatie van functies, de afstemming tussen plannen van het ziekenhuis en de ontwikkelaar en de inrichting van het openbaar gebied. De ontwikkelaar neemt hierbij het heft veel in eigen handen en houdt daarbij niet altijd rekening met de belangen van het ziekenhuis. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis stelt zich in deze situatie niet hard genoeg op en 'bewaakt de lieve vrede' aldus de projectdirecteur. Deze onenigheden frustreren het proces en leiden tot vertraging van het project. Daarnaast leiden de compromissen die worden gesloten tot een suboptimaal ruimtelijk plan en een lagere kwaliteit van het zorgpark. Dit heeft productie- en imagooverlies tot gevolg.

Externe meerwaarde:

De verwachting is dat ziekenhuisgerelateerde partijen zich op het zuidelijke industrieterrein, gelegen naast het toekomstige zorgpark, gaan vestigen. Hier zijn echter geen samenwerkingen in ondernomen.

Tabel 10 Meerwaarden van de toegepaste samenwerkingsvorm bij Zorgboulevard Rotterdam

4.1.6 Tevredenheid over samenwerkingsvorm

De projectdirecteur is niet geheel tevreden over de samenwerking. Voornamelijk op het procesmatige vlak liggen nu grote onenigheden. Doordat in de beginfase de visie van het ziekenhuis over de samenwerking (met name de zeggenschapsverdeling) niet sterk genoeg uitgewerkt was, zijn de uitgangspunten van het ziekenhuis niet goed vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomsten met Vestia en Vitaal Zorgvast. Dit leidt nu tot veel onenigheden in de ontwikkelingsfase. Het ziekenhuis is van mening dat de compromissen die hieruit volgen, de kwaliteit van het concept verminderen. Daarnaast geeft de projectdirecteur aan dat het ziekenhuis onvoldoende kan sturen in het eindresultaat. De verwachte kennis van gebiedsontwikkeling die de ontwikkelaars mee zouden brengen, valt hierbij ook tegen.

Wel wordt onderkend dat hoe meer je als ziekenhuis van tevoren vastlegt, des te meer je een ontwikkelaar beperkt en des te lager de prijs is die je kunt vragen. Dit is een belangrijke afweging die je moet maken.

Het ziekenhuis is echter wel zeer tevreden over het feit dat de volledige financiering en risico's in de ontwikkelfase en voor een groot deel van de beheerfase, zijn ondergebracht bij andere partijen.

De projectdirecteur geeft aan niet te willen kiezen voor een andere manier van samenwerken. Wel zou het op een aantal punten de samenwerking anders inrichten. Zo zou men in de beginfase al een hele duidelijke visie op de samenwerking ontwikkelen. Hierin moet goed nagedacht worden over de gewenste verdeling van zeggenschap (gedurende het hele proces), de verdeling van (financiële) risico's en de verdeling van kosten en opbrengsten gedurende de fasen. Op basis hiervan wordt een geschikte partner geselecteerd die al veel eerder meedenkt over de inrichting van de ruimtelijke plannen. Dit komt de kwaliteit en haalbaarheid van het ruimtelijk plan ten goede. Tevens worden dan van meet af aan al duidelijke afspraken gemaakt over de verdeling van verantwoordelijkheden en zeggenschap. Daarmee wordt veel meer rust in het proces verkregen en wordt de kans op grensdiscussies verkleind.

De projectdirecteur van het ziekenhuis is tevens van mening dat men in de beheer- en exploitatiefase een kleinere rol zou moeten hebben. De kracht van het ziekenhuis ligt in de ontwikkeling van het concept en het betrekken van zorgpartners. Dit zijn belangrijke aspecten in de beginfase. In de exploitatie loopt het ziekenhuis nu (financieel) risico.

4.1.7 Conclusie

Het Maasstad Ziekenhuis ontwikkelt, naast de bouw van een nieuwe ziekenhuis, de Zorgboulevard Rotterdam. Het MZ heeft voor de ontwikkeling van de ruimtelijke plannen van het zorgpark op traditionele wijze de touwtjes in eigen handen willen hebben. Het behoud van zeggenschap over de inrichting van het gebied was hierin het belangrijkste. Omdat men geen financiële inbreng wilde hebben, noch grote risico's wilde lopen bij de ontwikkeling, is ViVe2B geselecteerd als ontwikkelende partij. Voor de beheer- en exploitatiefase is een joint venture opgericht met een ontwikkelaar en woningbouwcorporatie in de Zorgboulevard BV. Het ziekenhuis vindt het essentieel om hierin te participeren om zeggenschap over het concept en de huurders te behouden. Hierin loopt men dus wel financieel risico, al is dit relatief klein doordat het grootste deel van de huurders al vanaf het begin bekend was.

De meerwaarde van de gekozen manier van samenwerken uit zich met name in financiële meerwaarde. Het ziekenhuis heeft de financiering en het dragen van risico's in de ontwikkeling, realisatie en een groot deel van het beheer en exploitatie kunnen overdragen aan andere partijen. Inhoudelijk is meerwaarde bereikt door volledig naar eigen inzicht en belang een samenhangend ruimtelijk plan te ontwikkelen dat tevens verkoopbaar is gebleken. Het is echter gebleken dat dit plan niet goed genoeg is opgesteld, waardoor er nu veel strubbelingen zijn met de ontwikkelaar. Dit doet afbreuk aan het plan en de inhoudelijke meerwaarde. Tevens leidt het getouwtrek tot een vermindering van de procesmatige meerwaarde. Het is belangrijk gebleken om een sterke visie op het zorgpark en de wijze van samenwerking te ontwikkelen en deze contractueel vast te leggen met de partijen waar je mee samenwerkt.

4.2 Casusonderzoek Gezondheidspark Dordrecht

In Dordrecht verrijst het Gezondheidspark Dordrecht, een nieuw stadsdeel met zorg-, sport- en ontspanningsfuncties. Het gebied bestaat uit een ziekenhuiszone, rond het vernieuwde Albert Schweitzer ziekenhuis (ASZ), een sportboulevard en een ruime boulevard, 'De Esplanade', met winkels, restaurants, kantoren en woningen.

De resultaten, beschreven in deze paragraaf, zijn gebaseerd op een interview met de projectleider van het ASZ en op verschillende documenten, waaronder de samenwerkingsovereenkomst.

4.2.1 Projectkenmerken

Onder de projectkenmerken wordt het project beschreven op de inhoud van de ontwikkeling, het proces, de financiële aspecten en de doorlooptijd.

Inhoudelijk

Op 26 oktober 2005 is een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen het ASZ, de gemeente Dordrecht en projectontwikkelaar AM Vastgoed (tegenwoordig actief onder de naam 'Multi Vastgoed'). In het programma is de ontwikkeling van 170.000 m² aan diverse functies (zorg en niet-zorg) opgenomen. Bij oplevering moet het gebied 2,5 miljoen bezoekers per jaar aantrekken. Het gezondheidspark is gelegen nabij de locatie Dordwijk van het ASZ op een gebied van ruim 14 hectare groot. Het ziekenhuis blijft bij de ontwikkeling grotendeels intact, terwijl het voorterrein en de omgeving op de schop gaan (Bandel et al, 2006).

Het ASZ doet in het gebied een uitbreiding van de voorkant van het bestaande ziekenhuis, op eigen grond. Dit omvat een nieuwe afdeling spoedeisende hulp en observatorium, apotheek, een afdeling radiologie, revalidatie en polikliniek voor chirurgie, interne geneeskunde en orthopedie, kantoren, een opleidingscentrum en een restaurant. Functies van de andere ziekenhuislocatie in Dordrecht, Amstelveen, worden op deze locatie gehuisvest. Daarnaast vestigen zich op het terrein van het ziekenhuis zorgpartners: GGD, zorgopleidingen, radiotherapie van het Erasmus MC, huisartsenpost, zorghotel, kraamhotel, verpleeghuis, piketkamers en een bloedbank (Gemeente Dordrecht, 2009).



Figuur 11 Artist impression en foto van Gezondheidspark Dordrecht

Aan de andere kant van het plangebied ontwikkelt de gemeente een nieuwe sportboulevard met een fitnesscentrum, tennisbanen, sporthallen, turnhal, zwembad, ijsbaan en de infrastructuur. In het middengebied wordt ruimte vrijgemaakt voor andere functies, die beide gebieden met elkaar verbindt. Hiervoor realiseert Multi Vastgoed commerciële functies, woningen, kantoren en 2250 parkeerplaatsen (Schoot, 2009).

Het gebied zal dus bestaan uit een combinatie van primaire ziekenhuisfuncties, andere zorg- en zorggerelateerde functies, sportfuncties, kantoren, wonen, winkels, horeca en parkeren. Samenwerking en samenhang tussen deze functies staat centraal.

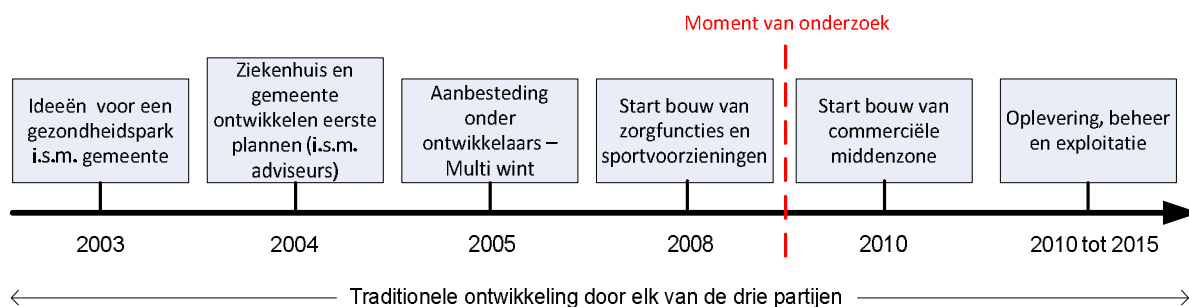
Proces

Het ASZ wilde een uitbreiding van ziekenhuisfuncties en overige zorgfuncties realiseren op de locatie Dordwijk, maar daar was te weinig grond voor beschikbaar. De projectleider van het ziekenhuis geeft aan dat de enige ruimte die een uitbreiding mogelijk maakte, gelegen was op het parkeerterrein aan de voorzijde van het ziekenhuis. Omdat de gemeente tevens de ambitie had om de verouderde sportvoorzieningen aan de overzijde van het ziekenhuis bij Dordwijk te herontwikkelen, is een samenwerking gezocht tussen het ziekenhuis en de gemeente. Het doel van beide partijen was om nieuwe functies in het middengebied (tussen ziekenhuis en sport-voorzieningen) te realiseren, in samenwerking met een ontwikkelaar. Tevens wilde de gemeente een kwaliteitsimpuls geven aan het niveau van de zorgvoorzieningen in de stad en de regio.

*“Andere zorgpartijen
geven meerwaarde aan
het ziekenhuis”*

Het ASZ en de gemeente hebben een adviseur aangesteld die een stedenbouwkundig plan heeft ontwikkeld. Vervolgens zijn het ASZ en de gemeente op zoek gegaan naar een projectontwikkelaar die bereid was de ontwikkeling van de risicodragende commerciële voorzieningen en parkeer-voorzieningen in het middendeel op zich te nemen. Acht ontwikkelaars hebben meegedaan aan de selectieronde, die uiteindelijk is gewonnen door Multi Vastgoed. Multi Vastgoed krijgt in 2010 de grond tussen het ziekenhuis en de sportvoorzieningen in erfpacht van het ziekenhuis. Daarnaast zijn aanliggende gronden uitgegeven waar bijvoorbeeld getracht wordt een woontoren te ontwikkelen. Het ASZ en de gemeente Dordrecht zijn op dit moment bezig met de bouw van hun gebieden. Multi Vastgoed mag aan het einde van 2010 beginnen met de bouw van het middengebied (Manshanden, 2009).

In figuur 12 staat het proces weergegeven.



Figuur 12 Procesbeschrijving Gezondheidspark Dordrecht

Financieel

Het investeringsbedrag voor de gehele ontwikkeling bedraagt circa 300 miljoen euro. Het ziekenhuis heeft de grond van het middendeel van het plangebied gekocht van de gemeente, ten tijde van het oude zorgregime. Het plan was dat deze kosten konden worden doorberekend in de zorgtarieven, waardoor dit het ziekenhuis niks zou kosten. De projectleider geeft echter aan dat de bekostigingssystematiek voor ziekenhuizen tussentijds is veranderd en daardoor de gunstige regeling is komen te vervallen, waardoor de kosten doorberekend moeten worden in de kapitaallasten. Het middengedeelte wordt in erfpacht uitgegeven aan de ontwikkelaar die deze betaalt aan het ziekenhuis. Het ziekenhuis geeft deze inkomsten (circa 18 miljoen) direct en volledig door aan de gemeente. De gemeente voert daarmee de grondexploitatie (voor het middendeel) en gebruikt deze inkomsten voor de aanleg van infrastructuur.

Doorlooptijd

De ontwikkeling is gestart in 2003, wat in 2005 leidde tot een samenwerkingsovereenkomst tussen het ASZ, gemeente Dordrecht en Multi Vastgoed. Het ASZ en de gemeente zijn op dit moment aan het bouwen en hier worden in 2010 al de eerste opleveringen van verwacht. In 2014-2015 moet het gehele project, inclusief het (commerciële) middendeel, afgerond zijn.

4.2.2 Belangrijke actoren

De belangrijke actoren zijn het ASZ, de gemeente Dordrecht en Multi Vastgoed.

De gemeente Dordrecht draagt geheel zorg voor de ontwikkeling van de sportboulevard en is daarnaast vanuit haar traditionele rol verantwoordelijk voor de openbare ruimte en infrastructuur. Multi Vastgoed draagt zorg voor de ontwikkeling van het middengebied met woningen, winkels, horecagelegenheden, parkeren en kantoren.

Het ASZ draagt zorg voor de uitbreiding van het ziekenhuis en de zorggerelateerde functies zoals de GGD en het opleidingscentrum op haar eigen grondgebied.

Tevens hebben adviseurs, zoals een stedenbouwkundig supervisor, invloed op de inhoud van het plan, maar zij hebben geen beslissende invloed in het proces. Een vereniging van huurders wordt opgezet voor zorgpartijen die bij het ziekenhuis een plek krijgen. Door de zorgpartijen op die manier bij elkaar te brengen, worden ze gestimuleerd om gezamenlijk op te trekken in de zorgverlening.

4.2.3 Gebruikte samenwerkingsvorm

Voor de ontwikkeling van het zorgpark wordt gebruikt gemaakt van een traditionele samenwerkingsvorm voor de ontwikkeling van het zorgdeel en een vorm die lijkt op een private ontwikkeling voor het middengedeelte.

In de beginfase hebben het ziekenhuis en de gemeente gezamenlijk gesproken over de wijze van samenwerken. Het ziekenhuis wilde de ontwikkeling van de ziekenhuisfuncties en zorgfuncties zelfstandig op een traditionele wijze ontwikkelen. Veel van de functies die op het ziekenhuisgedeelte gehuisvest gaan worden, zijn namelijk ziekenhuisfuncties. De projectleider van het ziekenhuis is van mening dat het ziekenhuis de partij moet zijn die deze functies ontwikkelt en beheert en hier zeggenschap over heeft. Zij zijn immers eigenaar en gebruiker. Bovendien heeft het ziekenhuis de meeste kennis en het beste netwerk bij deze functies. Voor de ontwikkeling van andere zorgfuncties (niet- ziekenhuisfuncties) wil het ziekenhuis tevens volledige zeggenschap hebben. Samenwerking tussen deze zorgfuncties en het ziekenhuis vindt het ASZ belangrijk en deze bepalen tevens het succes van het ziekenhuis zelf. Door deze wijze van samenwerken draagt het ziekenhuis wel de kosten en risico's in ontwikkeling en beheer. Doordat het ziekenhuis vrij snel huurders heeft kunnen vinden, heeft het echter veel zekerheid voor de afzet van opstallen voor de lange termijn en hiermee ook goede mogelijkheden gehad voor externe voorfinanciering.

*“We willen geen
commercieel risico
lopen”*

Voor het sportgedeelte heeft de gemeente, met dezelfde motivatie, tevens gekozen voor een traditionele ontwikkeling. Voor het middengebied wilden zowel het ziekenhuis als de gemeente echter een kleinere rol. De projectleider van het ziekenhuis geeft aan dat het ASZ geen kennis heeft van commerciële retail, woningen en kantoren en hier bovendien

absoluut geen risico (in ontwikkeling en leegstand in beheer) in wil lopen. Ditzelfde gold voor de gemeente, waardoor zij in samenspraak hebben besloten om voor de ontwikkeling van het middengebied een ontwikkelaar aan te trekken. Multi Vastgoed heeft als ontwikkelaar kennis, ervaring en netwerk in de retail, kantoren en woningen. Dit zijn de elementen die in het middengebied belangrijk zijn. De visie van de drie partijen gezamenlijk, is dat men afzonderlijk moet doen waar men goed in is. Daarom is elke partij geheel verantwoordelijk voor de ontwikkeling en beheer van het eigen deelgebied. Dit betekent dat:

- de gemeente volledig verantwoordelijk is voor de herontwikkeling en beheer van de sportvoorzieningen en de gebieden hiertussen. De gemeente is eigenaar van deze grond en bekleedt hiermee haar traditionele rol van het voorzien in sportvoorzieningen voor de gemeenschap;
- het ASZ volledig verantwoordelijk is voor de uitbreiding en het beheer van ziekenhuisfuncties en andere zorggerelateerde functies op eigen grond;

- Multi Vastgoed als ontwikkelaar verantwoordelijk is voor de ontwikkeling en het beheer van het middengedeelte.

Elk van de drie partijen hanteert hierbij een traditionele ontwikkeling, waarbij grond-, bouw- en beheerexploitatie alle volledig in handen zijn van één van de drie partijen. Om toch samenhang in het gebied te krijgen, hebben de drie partijen een samenwerkingsovereenkomst afgesloten. Hierin zijn gedetailleerde afspraken opgenomen over de inrichting van het gebied, de plaatsing van functies, het type functies, etc. De projectleider geeft aan dat het ziekenhuis hierin zeer veel zaken en belangen heeft vastgelegd, waardoor zij vanaf het begin een stevige grip hebben gehad op de inrichting van het gebied.

Doordat de gebieden door afzonderlijke partijen worden ontwikkeld, maar men wel samenhang nastreeft in functies en uitstraling, is veel communicatie en afstemming noodzakelijk. De basis van de afspraken staat beschreven in de samenwerkingsovereenkomst. Voor de overige afstemming en communicatie zijn een stuurgroep, projectgroep en werkgroepen in het leven geroepen. Vanuit de gemeente, ziekenhuis en ontwikkelaar zijn personen afgevaardigd in alle groepen. Deze groepen zorgen voor inhoudelijke afstemming tussen de deelgebieden met complementaire en niet-concurrerende functies. De stuurgroep bestaat uit de wethouder Ruimtelijke Ordening van de gemeente Dordrecht, directeur van de Raad van Bestuur van het ASZ en een lid van de directie van Multi Vastgoed. Zij zijn belast met het coördineren en sturen van het beleid in het kader van de ontwikkeling en doet de besluitvorming. De zeggenschap hierin is gelijkwaardig verdeeld onder de partijen en tot op heden zijn onenigheden altijd in onderling overleg opgelost. De samenwerkingsovereenkomst is hierbij leidend. De projectgroep is de uitvoerende projectorganisatie en is belast met de dagelijkse ontwikkeling. Onder de projectgroep vallen werkgroepen die zich met deelaspecten bezig houden. Ook in deze groepen zijn vertegenwoordigers vanuit de drie partijen opgenomen.

In de samenwerkingsovereenkomst is tevens vastgelegd dat partijen elkaar informeren bij elke essentiële stap in het ontwerp en uitvoering, zodat toetsing en afstemming mogelijk is. Men is verplicht rekening te houden met de gerechtvaardigde (financiële) belangen van de andere partijen. Om architectonische samenhang te garanderen, is een stedenbouwkundig supervisor aangesteld. Deze stuurt op een logische en samenhangende aansluiting tussen de gebieden.

4.2.4 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's

Het plangebied is onder te verdelen in drie delen: het ziekenhuisdeel, gemeentelijke deel en het middendeel.

De projectdirecteur van het ziekenhuis en de samenwerkingsovereenkomst stellen dat het ASZ, de gemeente Dordrecht en Multi Vastgoed ieder verantwoordelijk is voor het eigen deelgebied. Dit betekent dat het ziekenhuis voor haar deelgebied in de grond-, bouw- en beheerexploitatie volledige zeggenschap heeft, alle kosten en opbrengsten inbrengt en alle risico's draagt. Voor de gemeente geldt hetzelfde voor het gemeentelijke deel. Voor het middengebied ligt het anders. De grondexploitatie van het middengebied is gedaan door de gemeente. Zij hebben hierin volledige zeggenschap, brengen alle kosten en opbrengsten in en dragen alle risico's. Vanaf de bouwexploitatie heeft Multi Vastgoed volledige zeggenschap, draagt het alle kosten en opbrengsten en risico's. Voor alle partijen geldt wel dat alle ontwikkelingen in lijn moeten zijn met de afspraken in de samenwerkingsovereenkomst en dat de belangen van de andere partijen hierin zijn meegenomen.

4.2.5 Meerwaarde van samenwerkingsvorm

Door de gekozen manier van samenwerken wordt op alle vlakken meerwaarde behaald. In tabel 11 is deze meerwaarde weergegeven. Deze is gebaseerd op het interview met de projectdirecteur van het ziekenhuis.

Inhoudelijke meerwaarde:

Door drie partijen verantwoordelijk te maken voor onderdelen waar hun kracht ligt, denken de partijen een kwaliteitsniveau te bereiken die door de afzonderlijke partijen niet gehaald zouden kunnen worden. Door de afspraken in de samenwerkingsovereenkomst, de gezamenlijke stuur-, project- en werkgroepen en de stedenbouwkundige supervisor, vindt er wel veel afstemming plaats over de samenhang tussen de drie gebieden. De verwachting is dat dit de integraliteit van het gehele concept ten goede komt.

Inhoudelijke meerwaarde wordt met de gekozen samenwerkingsvorm bereikt. Het aantrekken van voldoende huurders en de precieze inrichting van het middengebied, is echter nog verre van afgerond. De vraag is dus wel of de verwachte inhoudelijke meerwaarde voor het middengebied daadwerkelijk bereikt gaat worden.

Financiële meerwaarde:

Het ziekenhuis noemt als belangrijkste risico's van de gebiedsontwikkeling, de ontwikkeling van het (commerciële) middengebied en de aanleg van infrastructuur. Door een ontwikkelaar te betrekken om dit middengebied te ontwikkelen, beheren en exploiteren, zijn de risico's en inbreng van financiële middelen hiervoor bij hen ondergebracht. Risico's bij de ontwikkeling van de infrastructuur, met name in het middengebied, liggen bij de gemeente. Financiële meerwaarde wordt met de gekozen samenwerking bereikt voor het middengebied. Voor de ontwikkeling van vastgoed voor de eigen ziekenhuisfuncties en voor andere zorgpartijen, heeft men echter geen financiële meerwaarde.

Procesmatige meerwaarde:

Procesmatige meerwaarde wordt bereikt door de inbreng van kennis, ervaring en netwerk in de zorg (ziekenhuis) en in gebiedsontwikkeling (gemeente en ontwikkelaar). Het ziekenhuis heeft goede banden met de zorgpartijen, de ontwikkelaar heeft verstand van de (commerciële) ontwikkeling van retail, kantoren en woningen. De gemeente heeft veel ervaring met het verzorgen van sportvoorzieningen, het openbaar gebied en de infrastructuur. Zo is er een samenwerking vormgegeven waarin complementaire kennis is wat leidt tot procesmatige meerwaarde. Een procesmatig nadeel is dat er veel afstemming en communicatie tussen de deelgebieden moet worden gedaan. Dit is vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst maar zou in een later stadium tot onenigheid kunnen leiden.

Externe meerwaarde:

De ambities voor de uitbreiding van het ziekenhuis zijn gecombineerd met de ambities van de gemeente voor de herontwikkeling van de sportvoorzieningen. Dit levert veel externe meerwaarde op, omdat men zodoende gezamenlijk kan optrekken in de ontwikkeling, dwarsverbanden vindt en in branding mogelijkheden liggen. Er lopen tevens gesprekken met het 'Leerpark', aangrenzend aan het Gezondheidspark, aan de overkant van de N3, om nieuwe samenwerkingsverbanden aan te gaan. Dit is nog in een beginnend stadium.

Tabel 11 Meerwaarden van toegepaste samenwerkingsvorm bij Gezondheidspark Dordrecht

4.2.6 Tevredenheid over samenwerkingsvorm

Het ziekenhuis is zeer tevreden over de manier waarop de samenwerking is ingericht. Men geeft aan dat door de samenwerking met de gemeente en Multi Vastgoed een goede mix van kennis, ervaring en netwerk in het project worden ingebracht. De projectdirecteur geeft aan dat de rollen en verantwoordelijkheden voor de verschillende deelgebieden zijn neergelegd bij de juiste partijen. Door de samenwerking tussen de gebieden op te zoeken denkt men meerwaarde in het gehele gebied te creëren.

Het is echter wel de vraag of de ontwikkelaar, zeker gezien de huidige woning-, retail- en kantoormarkt, in staat is om afzet te vinden voor de opstallen. Wanneer er onvoldoende huurders of kopers gevonden worden, zal de ontwikkelaar niet overgaan tot ontwikkeling. Dit zou het zorgpark en de samenhang tussen de gebieden sterk in gevaar brengen.

Omdat de samenwerking erg goed verloopt, geeft de projectleider van het ASZ aan dat een andere manier van samenwerken voor de totstandkoming van het zorgpark niet wenselijk wordt geacht.

4.2.7 Conclusies

Het ASZ, gemeente Dordrecht en Multi Vastgoed ontwikkelen in drie deelgebieden het Gezondheidspark Dordrecht. Voor het zorggebied is gekozen voor een traditionele ontwikkeling door het ASZ. Voor het commerciële middengebied is een ingekaderde private ontwikkeling ingericht.

Het ASZ is van mening dat het ziekenhuis de partij moet zijn die de ziekenhuis- en zorggerelateerde functies ontwikkelt, exploiteert en beheert. De projectleider vanuit het ziekenhuis geeft aan hier volledige zeggenschap over te willen hebben. Het ziekenhuis is immers eigenaar en gebruiker voor ziekenhuisfuncties en heeft ook grote belangen bij de juiste huurders op het zorgpark en hun samenwerking met het ASZ.

Het middengebied bestaat voornamelijk uit retail, kantoren en woningen. Omdat het ziekenhuis hierover geen kennis heeft, hiervan geen ervaring heeft en geen risico wilde lopen in met name de exploitatiefase, is een private ontwikkelaar aangetrokken. Om toch enige zeggenschap te hebben over de functies in het middengebied en de aansluiting ervan op de andere functies van het gezondheidspark, zijn verschillende oplossingen gevonden. De ontwikkelaar is tot in groot detail gebonden aan de, door ziekenhuis en gemeente opgestelde, eisen in de samenwerkingsovereenkomst. Daarnaast wordt er door de drie partijen samengewerkt in de stuur-, project- en werkgroepen en zorgt een stedenbouwkundig supervisor voor afstemming tussen de deelgebieden.

Doordat het ziekenhuis volledig eigen zeggenschap heeft gehad over de inrichting van het zorggebied aan de voorzijde van het ziekenhuis, en hier onderlinge samenhang en samenwerkingsverbanden in heeft gevonden, is de inhoudelijke meerwaarde hier groot. De financiële meerwaarde van de gekozen samenwerking komt voor het ziekenhuis tot uiting in het feit dat de financiering en risico's bij de ontwikkeling en het beheer van het middengebied (en de sportvoorzieningen) volledig in handen is van een andere partij. De projectleider geeft aan dat procesmatige meerwaarde wordt bereikt doordat 'iedereen doet waar hij goed in is'. Dit heeft echter ook tot gevolg dat er veel afstemming en communicatie nodig is, wat het proces vertraagt. Externe meerwaarde wordt bereikt doordat het ASZ intensief samenwerkt en afstemt met de partijen in het omliggende gebied.

De projectleider van het ziekenhuis geeft aan dat de samenwerking tot op heden naar grote tevredenheid verloopt. De verwachting is dat met de gekozen samenwerkingsvorm inhoudelijke, financiële, procesmatige en externe meerwaarde wordt bereikt. De vraag is echter wel of het ASZ tevreden gaat zijn met de inrichting en de huurders van het middengebied. Er zijn nog onvoldoende huurders en de precieze inrichting van het middengebied is nog niet vormgegeven. Het is de vraag of de verwachte inhoudelijke meerwaarde van het middengebied gerealiseerd wordt.

4.3 Casusonderzoek Gezondheidspark Den Bosch

In Den Bosch wordt het nieuwe stadsdeel Willemspoort ontwikkeld. In dit stadsdeel komt ruimte voor het Gezondheidspark Den Bosch, dat wordt gesitueerd tussen het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) en het Koning Willem I college. De ambitie is om het gezondheidspark te ontwikkelen tot een hoogwaardig stedelijk gebied met woon-, werk- en zorgfuncties en voorzieningen.

De resultaten in deze paragraaf zijn gebaseerd op een interview met de projectdirecteur van de nieuwbouw van het JBZ en het gezondheidspark en verschillende documenten, zoals de concept samenwerkingsovereenkomst en het stedenbouwkundig plan.

4.3.1 Projectkenmerken

Onder de projectkenmerken wordt het project beschreven op de inhoud van de ontwikkeling, het proces, de financiële aspecten en de doorlooptijd.

Inhoudelijk

Het JBZ brengt de bestaande drie ziekenhuislocatie in de omgeving van Den Bosch samen in een nieuw te bouwen ziekenhuis in Willemspoort. Het JBZ bezit op deze locatie reeds het Willem-Alexander ziekenhuis, dat grootschalig wordt uitgebreid om ruimte te geven aan de ziekenhuisfuncties die uit de andere locaties overkomen. Willemspoort wordt een gemengde wijk met verschillende functies als wonen, bedrijvigheid, onderwijs en winkels/dienstverlening. Het gezondheidspark wordt tussen het JBZ en het Koning Wilhelm I college ontwikkeld. De boulevard aan de voorzijde van het ziekenhuis komt in directe verbinding te staan met een grote straat in het gezondheidspark. In de plannen zijn in deze straat diverse winkels en dienstverlenende organisaties gevestigd die gezondheid en zorg als centraal thema hebben. In de wijk worden tevens bedrijven gevestigd die producten ontwikkelen in samenwerking met het ziekenhuis, onderwijsinstellingen en onderzoeksinstituten in buurt en regio. Een kernthema dat men aan het gezondheidspark wil koppelen is 'gezondheid en voeding'. Wat betreft functies wordt bijvoorbeeld gedacht aan een huisarts, kraamkliniek, een winkel in gehoortoestellen en een kinderdagverblijf. De functies moeten zich richten op gezondheidsfuncties die complementair zijn aan de diensten van het ziekenhuis, met daarbij overige functies zoals retail, hotel, parkeren, etc. Ook wordt getracht om onderwijs- en onderzoeksorganisaties binnen de gezondheidszorg over te halen om zich te vestigen op het Gezondheidspark. De projectdirecteur van het Gezondheidspark geeft aan dat het actief wil samenwerken met deze partijen.



Figuur 13 Gezondheidspark Den Bosch, met op de achtergrond het JBZ en op de voorgrond het Koning Wilhelm I college (in Hagemans, 2008)

Voor deze verscheidende functies is 39.000 m² BVO opgenomen, maar hierin kan flexibel worden omgegaan op basis van dan geldende marktbehoeften. In het programma is een woningambitie van

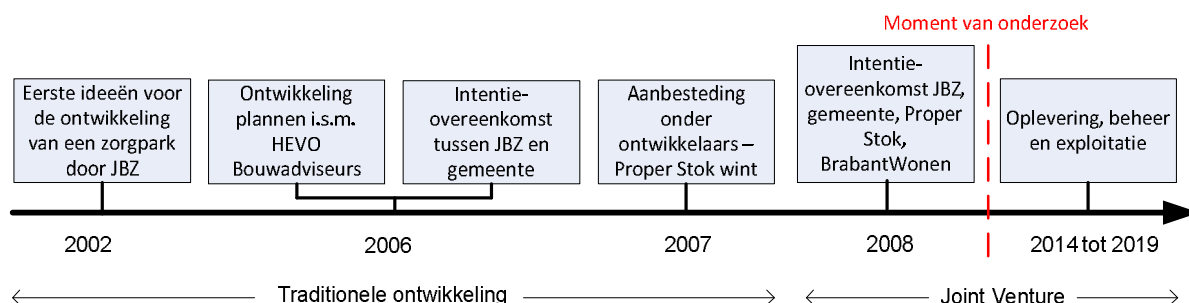
circa 700 woningen met een BVO van 87.000 m² opgenomen. Tot slot wordt tevens ruimte gereserveerd voor een transferium met 500 tot 800 parkeerplaatsen (Gemeente Den Bosch, 2006).

Proces

Het JBZ heeft besloten om de drie ziekenhuizen in de omgeving van Den Bosch te concentreren op één locatie bij de bestaande ziekenhuisvestiging Willem-Alexander. Hierbij speelden ook al ideeën voor de ontwikkeling van commerciële functies, al dan niet in de vorm van een zorgpark. Voor de uitbreiding van ziekenhuisfuncties en parkeerplaatsen op de Willem-Alexander locatie, was het noodzakelijk om aanliggende grond, dat in het bezit was van de gemeente Den Bosch, over te nemen. In februari 2006 is hiertoe een koopovereenkomst aangegaan. In overleg met de gemeente is toen besloten om de gronden, in combinatie met de aangrenzende gronden van de gemeente, te benutten voor de ontwikkeling van een gezondheidspark, woningen en commerciële voorzieningen en een transferium in het Willemspoort gebied. Zowel het JBZ als de gemeente zagen hier grote meerwaarde in. Het ziekenhuis had bij de ontwikkeling van het nieuwe ziekenhuis echter nog geen duidelijkheid over het al dan niet ontwikkelen van een gezondheidspark. Het JBZ heeft daarom aanverwante zorgpartijen uit psychiatrie, geriatrie en revalidatie in de ontwikkeling van het nieuwe ziekenhuis meegenomen en tegen het ziekenhuis aan geplaatst. De projectdirecteur van het ziekenhuis geeft aan dat deze partijen erg goed op het gezondheidspark hadden gepast, maar buiten de ontwikkeling van het zorgpark zijn gekomen.

Het JBZ had al in samenwerking met HEVO Bouwadviseurs een plan ontwikkeld voor de ontwikkeling van een zorgpark. HEVO had de ambitie om te participeren in de projectontwikkeling en kapitaal in te brengen. Omdat de gemeente met een meer ervaren ontwikkelaar wilde samenwerken, is HEVO uitgekocht en is een selectieprocedure gehouden onder ontwikkelaars. Deze is gewonnen door de Proper Stok-groep, onderdeel van Heijmans. In juni 2007 is een intentieovereenkomst gesloten tussen het JBZ, de gemeente Den Bosch en Proper-Stok. Op initiatief van Proper-Stok is in overleg met JBZ en de Gemeente een stedenbouwkundige visie vervaardigd voor Willemspoort Middengebied. Pi de Bruijn, van het stedenbouwkundige bureau de Architecten Cie, is bij de ontwikkeling van het stedenbouwkundig plan een belangrijke inspirator geweest. Op basis van deze stedenbouwkundige visie hebben de gemeente, JBZ en Proper-Stok besloten een haalbaarheidsonderzoek te starten naar de herontwikkeling van het middengebied. Woningbouwcorporatie BrabantWonen is in het haalbaarheidsonderzoek vervolgens aangehaakt, omdat alle partijen hierin meerwaarde zagen. Op 10 juli 2008 zijn zij tevens opgenomen in de intentieovereenkomst. Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan de samenwerkingsovereenkomst tussen het JBZ, gemeente Den Bosch, Proper Stok en Brabant Wonen. Tot op heden zijn nog geen grote huurders gevonden die zich willen vestigen op het gezondheidspark.

In figuur 14 staat het proces weergegeven.



Figuur 14 Procesbeschrijving Gezondheidspark Den Bosch

Financieel

De financiële omvang van het project is circa 250 miljoen. Het JBZ financiert hier niet in, maar brengt wel een groot deel van de grond in (circa 7 miljoen). Hier krijgt het materiële en immateriële zaken voor terug, waaronder een parkeerplaats met 800 plaatsen (ongeveer 10 miljoen).

Doorlooptijd

Sinds de nieuwbouw van het ziekenhuis zijn er al ideeën geweest voor de ontwikkeling van commerciële functies rond het ziekenhuis. In februari 2006 zijn de eerste formele overeenkomsten tussen het JBZ en de gemeente Den Bosch aangegaan. Op dit moment legt men de laatste hand aan de samenwerkingsovereenkomst. Binnen 5 tot 10 jaar na de ondertekening hiervan, afhankelijk van het programma, moet het gezondheidspark opgeleverd worden.

4.3.2 Belangrijke actoren

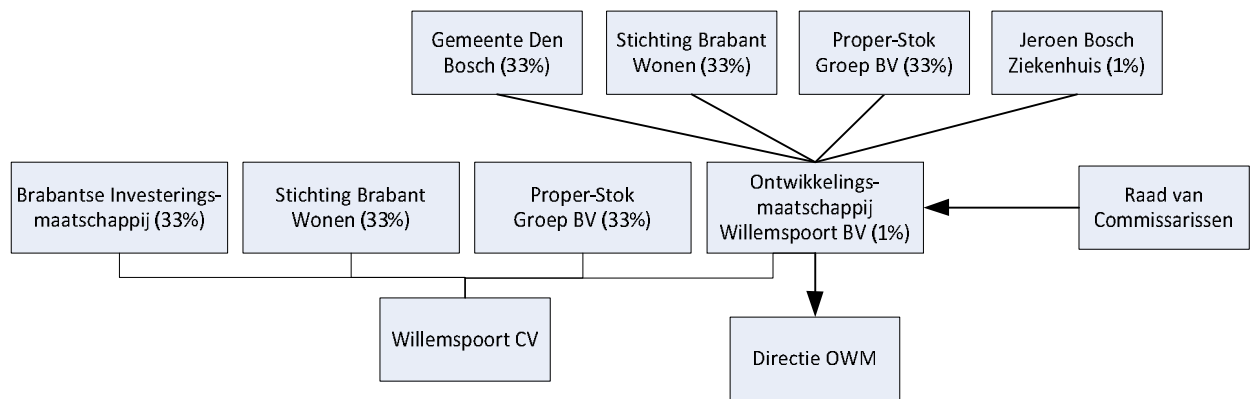
De belangrijkste actoren bij de ontwikkeling van het zorgpark zijn het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Gemeente Den Bosch, Brabant Wonen, Proper Stok en HEVO.

- Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is initiator van het zorgpark en speelt voornamelijk een voorwaardenscheppende rol in de beginfase van het project;
- De Gemeente Den Bosch is vrij snel aangehaakt bij het JBZ en heeft de ontwikkeling omarmd. De gemeente is een zeer belangrijke partij geworden in het project, waarbij het verschillende rollen bekleedt. Dit betreft o.a. de inhoudelijke vormgeving van het ruimtelijk plan, het meefinancieren en risico lopen in de ontwikkeling en als regelgever;
- Brabant Wonen is een woningbouwcorporatie die is betrokken voor de realisatie van een groot pakket aan woningen. Zij zijn als laatste actor (van de in deze paragraaf genoemde actoren) in de ontwikkeling betrokken;
- Proper Stok, voor de realisatie van met name de retail.
- HEVO, voor de inhoudelijke planontwikkeling in de beginfase;

4.3.3 Gebruikte samenwerkingsvorm

Er is sprake van een Joint Venture, die is vormgegeven in de Ontwikkelingsmaatschappij Willemspoort BV (OWM). In deze maatschappij bezitten de gemeente Den Bosch, Brabant Wonen en Proper Stok elk 33% van de aandelen. Het JBZ bezit slechts 1% van de aandelen. Een Raad van Commissarissen, met afgevaardigden van het JBZ, de gemeente, Brabant Wonen en Proper Stok, ziet toe op de werkzaamheden van de OWM. De directie van de OWM wordt gevormd door afgevaardigden van de gemeente, Brabant Wonen en Proper Stok. Onder de directie zijn diverse werkgroepen vormgegeven.

Omdat er aanzienlijke risico's verbonden zijn aan zowel de grond-, opstal- als parkeerexploitatie, wordt een separate juridische entiteit opgericht (Willemspoort CV), waarbinnen de ontwikkeling wordt gefinancierd en waar de risico's worden gedragen. De OWM is hierin de Beheer BV met 1% van de aandelen van de Willemspoort CV. De Brabantse Investeringsmaatschappij (Gemeente Den Bosch), Brabant Wonen en Proper Stok hebben elk 33% van de aandelen. De organisatie is weergegeven in figuur 15.



Figuur 15 Organisatie ontwikkeling Gezonheidspark Den Bosch

Het ziekenhuis heeft een zeer beperkt deel van de aandelen in de ontwikkelingsmaatschappij. De projectdirecteur van het ziekenhuis geeft aan dat het ziekenhuis in de beginfase geen financiering wilde verzorgen of risico's wilde dragen. Het ziekenhuis had al een grote investering moeten doen voor de ontwikkeling van het ziekenhuis zelf en wilde dit voor het zorgpark niet nog extra doen. Daarnaast waren er vanaf het begin nog geen grote huurders voor het gezondheidspark bekend, waardoor het onbekend was of de opstallen voldoende konden worden afgezet en het daarom lastig was om risicodragend te participeren. De gemeente heeft vervolgens, in overleg met het JBZ, besloten om een ontwikkelaar (en later een woningbouwcorporatie) in te schakelen om de ontwikkeling alsnog toch van de grond te krijgen.

Ondanks dat het JBZ geen financiering wilde doen of risico's wilde dragen, geeft de projectdirecteur aan dat het voor het JBZ wel erg belangrijk was om zeggenschap te hebben op een aantal thema's. Met haar prioriteitsaandeel in de BV, heeft het JBZ zeggenschap en stemrechten afgedongen bij besluiten van de aandeelhoudersvergadering die een relatie hebben met de, ten behoeve van JBZ, te realiseren parkeervoorzieningen, de uitbreidingsmogelijkheden van het ziekenhuis, openbare ruimte, branchering van functies en met toekomstig beheer en exploitatie van de commerciële voorzieningen. Deze bepalingen zijn vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst. Dit waren voor het JBZ de belangrijkste onderwerpen waarover men zeggenschap wilde hebben. Voor de overige ontwikkelingen, van bijvoorbeeld woningen en retail, had het ziekenhuis andere partijen nodig. De projectdirecteur geeft aan dat de uiteindelijk gekozen samenwerkingsvorm met name door de gemeente is vormgegeven. Het ziekenhuis heeft deze samenwerkingsvorm getoetst aan de uitgangspunten die zij hadden bij het gezondheidspark. De gekozen samenwerkingsvorm is hiermee in lijn. Het ziekenhuis krijgt nu immers een zorgpark ontwikkeld, heeft wel zeggenschap over voor haar belangrijke onderwerpen en hoeft geen financiële inbreng te doen, noch risico's te lopen.

“Ga direct op zoek naar huurders”

De visie en het programma van de ontwikkeling zijn door de vier partijen gezamenlijk ontwikkeld. De planuitwerking is tevens gezamenlijk gedaan, hoewel de gemeente zich vooral bezig heeft gehouden met de openbare ruimte, de woningbouwcorporatie met de woningen en de ontwikkelaar met de retail. De grondexploitatie voor het gehele gebied wordt door de ontwikkelingsmaatschappij verzorgd, waarbij besluiten alleen op basis van unanimiteit genomen worden. De projectdirecteur van het JBZ geeft aan dat er, om de gezamenlijke grondexploitatie rond te krijgen, bepaalde twijfelachtige aannames gemaakt moesten worden en er behoorlijk gekunsteld is. De verwachting van de projectdirecteur is dat dit in een later stadium tot onenigheid en onderhandeling tussen de partijen gaat leiden.

De opstalexploitatie wordt door de ontwikkelingsmaatschappij als gedelegeerd ontwikkelaar verzorgd, waarbij Proper Stok de commerciële voorzieningen afneemt en Brabant Wonen de

woningen afneemt. Deze afspraken zijn opgenomen in de samenwerkingsovereenkomst. Het ziekenhuis heeft het recht van eerste huur bedongen op de ontwikkelde opstallen.

In de exploitatiefase zal de ontwikkelingsmaatschappij over gaan in een beheermaatschappij, waarbij Proper-Stok waarschijnlijk vervangen zal worden door een belegger. De precieze verhoudingen in aandelen hierin zijn nog onbekend, maar de projectdirecteur geeft aan dat het ziekenhuis hierin niet risicodragend zal participeren, omdat er aanzienlijke risico's gekoppeld zijn aan leegstand en het bovendien niet de core business is van het ziekenhuis. Er zal een document worden opgesteld waarin gesteld wordt dat de bepalingen in de samenwerkingsovereenkomst blijven bestaan in de beheerfase. Deze zaken worden op dit moment door de betrokken partijen besproken.

4.3.4 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's

De verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's zijn samengevat in tabel 12. Dit is gebaseerd op het interview met de projectdirecteur van het ziekenhuis en de samenwerkingsovereenkomst.

Fase	Zeggenschap	Kosten/Opbrengsten	Risico's
Grond-exploitatie	Gedeeld onder Gemeente, Proper Stok en Brabant Wonen. Bij bepaalde onderwerpen heeft het JBZ tevens een stem.	Gedeeld onder Gemeente, Proper Stok en Brabant Wonen (o.b.v. aandelenbezit)	Gedeeld onder Gemeente, Proper Stok en Brabant Wonen (o.b.v. aandelenbezit)
Bouw-exploitatie	Gedeeld onder Gemeente, Proper Stok en Brabant Wonen. Bij bepaalde onderwerpen heeft het JBZ tevens een stem.	Gedeeld onder Gemeente, Proper Stok en Brabant Wonen (o.b.v. aandelenbezit)	Gedeeld onder Gemeente, Proper Stok en Brabant Wonen (o.b.v. aandelenbezit)
Beheer-exploitatie	Nog niet bekend. Zal liggen bij de Beheermaatschappij waar de gemeente, Brabant Wonen en een belegger waarschijnlijk in zullen deelnemen. Bij bepaalde onderwerpen zal het JBZ tevens een stem hebben.	Nog niet bekend. Zal liggen bij de Beheermaatschappij waar de gemeente, Brabant Wonen en een belegger waarschijnlijk in zullen deelnemen.	Nog niet bekend. Zal liggen bij de Beheermaatschappij waar de gemeente, Brabant Wonen en een belegger waarschijnlijk in zullen deelnemen.

Tabel 12 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's bij Gezondheidspark Den Bosch

4.3.5 Meerwaarde van samenwerkingsvorm

Door de gekozen manier van samenwerken wordt met name op financieel en inhoudelijk vlak meerwaarde behaald. In tabel 13 is deze meerwaarde weergegeven. Deze is gebaseerd op het interview met de projectdirecteur van het ziekenhuis.

Inhoudelijke meerwaarde:

Binnen het plangebied zijn woningen, winkels en openbaar gebied opgenomen. De partijen die dit als core business hebben, respectievelijk een woningbouwcorporatie, ontwikkelaar en de gemeente, zijn hier ook verantwoordelijk voor. De partijen hebben bovendien gezamenlijk gewerkt aan het ruimtelijke plan. Doordat de partijen gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het eindresultaat, wordt er veel samengewerkt en is de verwachting dat dit leidt tot hoogwaardige, integrale

ruimtelijke kwaliteit. Het ziekenhuis blijft met deze samenwerking inhoudelijke zeggenschap houden op belangrijke thema's. Voor het JBZ leidt de gekozen samenwerkingsvorm tot inhoudelijke meerwaarde. Een aandachtspunt bij de gekozen vorm van samenwerken is wel dat het ziekenhuis geen volledige zeggenschap heeft over de vestiging van andere partijen op het zorgpark. Omdat het ziekenhuis geen risico loopt en de ontwikkelende partijen wel, willen deze partijen hier ook zeggenschap over hebben. Dit kan leiden tot, voor het ziekenhuis, ongewenste huurders en vreemde concurrentie. Het ziekenhuis loopt hierin continuïteitsrisico omdat zij zelf in de toekomst waarschijnlijk ook gebruik willen maken van het zorgpark en recht hebben op eerste huur.
<u>Financiële meerwaarde:</u> Het ziekenhuis krijgt, zonder (financieel) risico te lopen of financiële inbreng te doen, een zorgpark ontwikkeld naast het nieuwe ziekenhuis. Deze wijze van samenwerking brengt hen dus veel financiële meerwaarde. Wel brengt het JBZ grond, met een aanzienlijke waarde, in de ontwikkelingsmaatschappij in. Hiermee verliest het dus ook een groot deel van de zeggenschap over toekomstig gebruik hiervan.
<u>Procesmatige meerwaarde:</u> Door de gekozen manier van samenwerken, is er complementaire kennis in het project ingebracht. Voor de ontwikkeling van woningen, retail en openbare ruimte zijn partijen betrokken die hier veel kennis en ervaring in hebben. Binnen de joint venture kunnen belangen en doelen goed op elkaar worden afgestemd. De projectdirecteur geeft aan dat er in de praktijk wel veel overleg en onderhandeling nodig is (geweest) tussen de vier partijen om de samenwerkingsovereenkomst rond te krijgen. Aan een sluitende grondexploitatie is een stroef proces voorafgegaan. Bovendien worden in de toekomst problemen verwacht bij de (financiële) betrokkenheid van alle partijen.
<u>Externe meerwaarde:</u> De gemeente kan als grondbezitter van de omliggende grond, projecten op elkaar afstemmen. Voor het ziekenhuis heeft dit waarschijnlijk geen grote meerwaarde.

Tabel 13 Meerwaarden van toegepaste samenwerkingvorm Gezondheidspark Den Bosch

4.3.6 Tevredenheid over samenwerkingsvorm

Het ziekenhuis is redelijk tevreden met de gekozen samenwerkingsvorm. Wel zijn er verschillende heikele punten van invloed op de samenwerking. Een daarvan is de moeilijke economische situatie, waardoor Brabant Wonen en Proper Stok in financiële problemen verkeren en moeilijk aan financiële middelen kunnen komen. Deze partijen proberen nu op het laatste moment voor hen gunstige ontbindende factoren in de samenwerkingsovereenkomst vast te leggen. Doordat veel verantwoordelijkheden in de samenwerking bij deze partijen zijn neergelegd, brengt dit het project in gevaar. De projectdirecteur van het ziekenhuis heeft vertrouwen op een goede afloop, maar het proces kan jaren vertraagd gaan worden. Een tweede punt hierbij is dat de afzet van het vastgoed in deze tijden erg moeilijk is. Er is nog geen kritische massa aan gebruikers voor de huur van vastgoed, mede ook doordat andere zorgpartijen (revalidatie, geriatrie, psychiatrie) al zijn meegenomen bij de ontwikkeling van het nieuwe ziekenhuis. Dit had men achteraf gezien bij het gezondheidspark willen betrekken, maar hier was op het beslissende moment nog geen duidelijkheid over. De projectdirecteur van het JBZ geeft aan dat de ontwikkeling van het gezondheidspark met de vier partijen al met al een stroef en inefficiënt verlopen proces kent. Toch onderkent hij dat je voor de ontwikkeling van een gezondheidspark, met grootschalige retail- en woningontwikkeling, hoe dan ook private partijen nodig hebt.

*“Plaats
ziekenhuisfuncties op
het zorgpark”*

De projectdirecteur geeft aan dat hij, achteraf gezien, niet gekozen zou hebben voor een andere samenwerkingvorm. In het begin van het proces had hijzelf de voorkeur om als ziekenhuis de bedrijfs- en kantoorruimte op het zorgpark zelfstandig te ontwikkelen, beheren en exploiteren vanuit een Vastgoed BV van het ziekenhuis. Hiermee had het ziekenhuis meer garantie over de

continuïteit van het zorgpark en meer zeggenschap over de huurders verkregen. Het was tevens mogelijk geweest om een deel van de opstallen te ontwikkelen en beheren. Het was wel sterk de vraag geweest of de financiering hiervan rond gekomen zou zijn. Een groot nadeel van deze grotere zeggenschap is bovendien het grotere risico dat het ziekenhuis loopt. Eventuele financiële tegenvallers mogen niet ten laste van het ziekenhuis komen te vallen. Zeker in het huidige economische klimaat, was dit voor het ziekenhuis zeer moeilijk geweest. De Raad van Bestuur van het JBZ heeft destijds besloten om zelf niet risicodragend in de ontwikkeling te participeren. De projectdirecteur is hier, achteraf gezien, dan ook tevreden over.

Tevens wordt aangegeven dat wanneer men als ziekenhuis meer risicodragend zou participeren, het een aantal personen zou moeten aantrekken die vastgoedkennis hebben en weten hoe men moet samenwerken met ontwikkelaars. Er wordt aangegeven dat een ontwikkelaar, ook bij de ontwikkeling van een zorgpark, puur en alleen naar maximaal rendement streeft. De inhoud of kwaliteit van het project is voor hen, ondanks de 'mooie woorden', van ondergeschikt belang. Het JBZ is blij dat bij de ontwikkeling van het gezondheidspark de gemeente veel invloed heeft gehad. Zij hechten, in tegenstelling tot een ontwikkelaar, wel zeer aan de (ruimtelijke) kwaliteit van het project.

Een laatste punt van aandacht is dat het inbrengen van de grond rond het JBZ in de ontwikkelingsmaatschappij, er toe heeft geleid dat het JBZ haar zeggenschap over ruimtelijke ontwikkelingen rondom het JBZ op de langere termijn, heeft verloren. De projectdirecteur geeft aan dat het achteraf gezien wellicht beter was geweest om de grond in erfpacht uit te geven.

4.3.7 Conclusie

Bij de nieuwbouw van het Jeroen Bosch ziekenhuis, wordt tevens het Gezondheidspark Den Bosch ontwikkeld. De gemeente Den Bosch, Proper-Stok, Brabant Wonen en het JBZ participeren hiervoor in een Joint Venture.

De Raad van Bestuur van het JBZ heeft besloten om bij de ontwikkeling van het zorgpark al in de beginfase andere partijen te betrekken. Redenen hiervoor waren de grote investeringen die het ziekenhuis moest doen voor de nieuwbouw van het ziekenhuis en de hiermee gepaarde risico's. Bovendien waren er nog geen grote huurders bekend die de (financiële) haalbaarheid in de exploitatiefase konden vergroten. De gemeente was tevens vanaf de beginfase betrokken. Door met de gemeente, een ontwikkelaar en een woningbouwcorporatie een Ontwikkelingsmaatschappij op te richten, werd kennis en ervaring, financiële middelen en risicodragend kapitaal ingebracht. Dit geeft het ziekenhuis veel financiële meerwaarde. Het was voor het ziekenhuis wel belangrijk om zeggenschap te hebben op de ontwikkeling van de parkeervoorzieningen, de uitbreidingsmogelijkheden van het ziekenhuis, openbare ruimte, branchering van functies en met toekomstig beheer en exploitatie van de commerciële voorzieningen. Deze worden door het ziekenhuis gezien als belangrijke onderwerpen en zij heeft zeggenschap hierover weten te borgen in de samenwerkingsovereenkomst. De verdere inhoudelijke uitwerking van het gebied, zoals de ontwikkeling van retail, woningen en openbare ruimte, wordt verzorgd door partijen die hier kennis en ervaring mee hebben. Doordat zij in een joint venture met elkaar samenwerken, heeft dit in de planontwikkelingsfase al geleid tot procesmatige en inhoudelijke meerwaarde. Het ziekenhuis kan hier echter beperkt in sturen en is afhankelijk van deze partijen. Het is gebleken dat het komen tot een samenwerkingsovereenkomst tussen de vier partijen al een erg stroef en inefficiënt proces is geweest. De verwachting van de projectdirecteur is dat de uiteindelijke aannames die hierin zijn opgenomen later tot onenigheid en onderhandeling gaan leiden. De meerwaarde van de joint venture samenwerking komt hiermee onder druk te staan. Bovendien maken de moeilijke economische tijden de verwachtingen over het vervolg van het proces niet rooskleuriger.

4.4 Casusonderzoek Gezondheidspark Hardenberg

Hardenberg is aangewezen als een van de groeikernen van de Provincie Overijssel. De gemeente Hardenberg en het Röpcke-Zweers ziekenhuis (RZZ) ontwikkelen daarom een gezondheidspark op het voorplein van het ziekenhuis. Het doel is om het gebied te ontwikkelen tot een plek waar patiënt en consument terecht kunnen voor het behouden en verbeteren van hun gezondheid. De resultaten in deze paragraaf zijn gebaseerd op een interview met een bestuurder van het RZZ en verschillende documenten, zoals een convenant, aanbestedingsdocumenten en een plan van aanpak.

4.4.1 Projectkenmerken

Onder de projectkenmerken wordt het project beschreven op de inhoud van de ontwikkeling, het proces, de financiële aspecten en de doorlooptijd.

Inhoudelijk

Op het terrein rond het Röpcke-Zweers Ziekenhuis, wordt het Gezondheidspark Hardenberg gerealiseerd. Hier worden zorg en andere functies, gericht op gezondheid, op één centrale plek geconcentreerd. Het te ontwikkelen gebied is circa 30.000 m² groot. Uitgangspunt is dat functies met elkaar en met het ziekenhuis samenwerken op het gebied van zorg. Er moeten sluitende zorgketens ontstaan die met elkaar samenhangen. Preventie wordt hierbij gezien als een belangrijk aspect. Uitgangspunt is dat de eerstelijnszorg in wijken en kernen met de komst van het Gezondheidspark blijft gehandhaafd. Het Gezondheidspark moet deze eerstelijnszorg in wijken en kernen ondersteunen door o.a. als kenniscentrum te fungeren. Naast zorgfuncties is het de ambitie om tevens ruimte te bieden aan horeca en wellnessfuncties.



Figuur 16 Gezondheidspark Hardenberg, met midden achterin het bestaande ziekenhuis (Gemeente Hardenberg, 2006)

Het Gezondheidspark zorgt voor een concentratie van zorgvoorzieningen in Hardenberg en moet de positie van het ziekenhuis in de regio versterken. De bestuurder van het ziekenhuis is van mening dat concentratie van zorgvoorzieningen leidt tot een verhoging van de kwaliteit en service van de dienstverlening naar de patiënt of bezoeker. De ambitie van het ziekenhuis is dat het zorgpark het ziekenhuis versterkt (in aantrekkingskracht, zorgketen, etc.) en andersom het ziekenhuis het zorgpark versterkt (in samenwerkingsverbanden, naamsbekendheid, genereren van bezoekers, etc.). De bestuurder van het ziekenhuis geeft aan dat een tweede doel van het ziekenhuis bij de ontwikkeling van het zorgpark is, om commercieel te verdienen aan de toestroom van vele bezoekers. Het doel van de gemeente bij het gezondheidspark is het versterken van de werkgelegenheid en het behouden en bevorderen van de gezondheid van (toekomstige) inwoners.

Proces

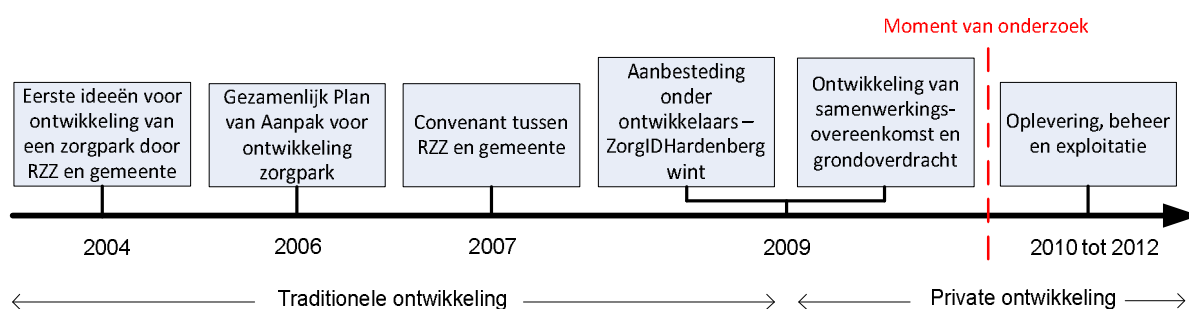
Het ziekenhuis heeft gereageerd op een ambitie van de gemeente. De gemeente Hardenberg is samen met Steenwijk door de Provincie Overijssel aangewezen als regionale groeikern. De gemeente wil daarom meer woningen, bedrijven en werkgelegenheid aantrekken. Een betere zorgverlening voor inwoners en (nieuwe) werkgevers en werknemers is hierbij als belangrijk speerpunt benoemd. De gemeente wilde daarom het bestaande ziekenhuis een extra impuls geven en wilde extra zorgfuncties bij het ziekenhuis betrekken. Het RZZ wilde graag een eigen uitbreiding van ziekenhuisfuncties realiseren en daarnaast meer zorgfuncties aan het ziekenhuis verbinden.

“De ambitie van de gemeente was voor het ziekenhuis erg belangrijk”

De gemeente en het RZZ hebben daarom in maart 2006 een intentieovereenkomst getekend voor de ontwikkeling van een zorgpark. Twee landgoeden, aanpalend aan het ziekenhuis, zijn vervolgens opgekocht door de gemeente. De gemeente heeft i.s.m. het ziekenhuis gekeken of er een zorgpark ontwikkeld zou kunnen worden dat zou passen bij de wensen en behoeften van Hardenberg. Hiertoe is een structuurvisie ontwikkeld die het kader vormde voor de stedenbouwkundige invulling van het gebied. De gemeente wilde niet de partij zijn die de volledige investeringen voor de ontwikkeling en het beheer van het zorgpark zou moeten doen. De bestuurder van het ziekenhuis geeft aan dat het ziekenhuis dit ook niet wilde doen, omdat het onvoldoende financiële middelen ter beschikking had, geen risico (met name in de exploitatie) wilden lopen en bovendien geen kennis en ervaring had met zulke grootschalige gebieds-ontwikkeling.

Omdat de gemeente de initiërende partij en grondbezitter was, heeft het zelfstandig een aanbestedingsprijsvraag gehouden onder ontwikkelaars voor zowel de conceptontwikkeling van het zorgpark als de uiteindelijke realisatie ervan. De bestuurder van het ziekenhuis geeft aan dat de uitgangspunten uit de intentieovereenkomst tussen gemeente en RZZ in de aanbesteding zijn gewaarborgd. Selectie van de coördinerend projectontwikkelaar heeft plaatsgevonden op basis van visie, plan van aanpak en prijs. De gemeente heeft het ziekenhuis wel betrokken als adviseur bij de selectie van ontwikkelaar, maar heeft zelf de volledige zeggenschap behouden. ZorgID Hardenberg, een consortium van ZorgID, een dochter van Volker Wessels, en Van Dijk Bouw, heeft de aanbesteding gewonnen. Op dit moment wordt gewerkt aan een samenwerkingsovereenkomst en de grondoverdracht van de gemeente aan ZorgID Hardenberg. Deze laatste begint tevens met het interesseren van partijen voor vestiging op het zorgpark.

In figuur 17 staat het proces weergegeven.



Figuur 17 Procesbeschrijving Gezondheidspark Hardenberg

Financieel

De investeringen voor het project zijn nog niet bekend en afhankelijk van het definitieve programma.

Doorlooptijd

Het idee voor de ontwikkeling van een gezondheidspark bestaat al sinds 2004. In maart 2006 is de intentieovereenkomst getekend tussen het ziekenhuis en de gemeente. Het was de bedoeling dat in oktober 2009 de eerste functies opgeleverd zou worden. Door onduidelijkheden over Europees aanbesteden en de risico's die de gemeente daarbij zou lopen, is het proces vertraagd. Aan het begin van 2010 wordt de grond bouwrijp gemaakt. Aan het einde van 2010 moeten de eerste panden op het zorgpark geopend worden.

4.4.2 Belangrijke actoren

De belangrijkste actoren bij de ontwikkeling van het zorgpark zijn:

- Gemeente Hardenberg – als initiator en bepalende organisatie in de beginfase van de ruimtelijke ontwikkeling. Zij zijn tevens grondeigenaar van het grootste deel van de grond.
- ZorgID Hardenberg BV – consortium van ZorgID (volle dochter van VolkerWessels) en Van Dijk Bouw. ZorgID is ontwikkelaar op het gebied van zorg en woonzorg, waar Van Dijk Bouw een regionale aannemer is. Taak van ZorgID Hardenberg is om voor eigen rekening en risico het (zorg)vastgoed te ontwikkelen en realiseren binnen de randvoorwaarden van de gemeente, zoals gesteld in de aanbestedingsdocumenten. In een later stadium zullen ZorgID Hardenberg en de gemeente in overleg treden over wie verantwoordelijk wordt gemaakt voor de aanleg van infrastructuur en het openbaar gebied.
- Röpcke-Zweers Ziekenhuis – onderdeel van de Saxenburg groep. Vanuit de Raad van Bestuur wordt het ziekenhuis vertegenwoordigd in de betrokkenheid bij het zorgpark.

4.2.3 Gebruikte samenwerkingsvorm

De ontwikkeling is onder te verdelen in twee fasen: vóór en na de verkoop van de grond en ontwikkelrechten. In de fase er vóór is er, vanuit het perspectief van het ziekenhuis, sprake van een externe ontwikkeling. De fase erna heeft Joint Venture kenmerken.

Het ziekenhuis kon de ontwikkeling van het zorgpark zelf niet organiseren. Het had onvoldoende financiële middelen, bijna geen grond, geen kennis en ervaring en kon de risico's van ontwikkeling en beheer niet dragen. De bestuurder van het ziekenhuis geeft aan dat het vanaf het begin afhankelijk is geweest van andere partijen. In de beginfase heeft het derhalve moeten aansluiten bij de ontwikkelgedachten van de gemeente. De gemeente had immers plannen voor een zorgpark en had wel financiële middelen, grond, kennis en ervaring. Door hier als adviserende partij bij betrokken te zijn geweest, tevens bij de selectie van de ontwikkelaar, heeft het ziekenhuis invloed gehad op de inrichting van het zorgpark.

Nu de grond en ontwikkelrechten bij ZorgID Hardenberg komen te liggen, overweegt het ziekenhuis aan te sluiten bij deze partij. De bestuurder van het RZZ geeft aan dat het ziekenhuis een groot belang heeft bij de nieuwe ontwikkelingen direct naast het ziekenhuis. Zeggenschap over de inrichting van het zorgpark is voor het ziekenhuis belangrijk omdat het invloed wenst op de verdeling van de kavels onder zorg- en andere partijen. Om die reden overweegt het met een minderheidsaandeel te participeren in de ZorgID Hardenberg B.V. Zij staan hier positief tegenover, omdat het ziekenhuis zodoende financiële middelen en risicodragend kapitaal inbrengt. Bovendien heeft het ziekenhuis een sterk zorg- en zorggerelateerd netwerk. De bestuurder van het ziekenhuis geeft aan dat het RZZ vanuit een Vastgoed BV van de Saxenburg groep, mogelijk een minderheidsbelang in de totale ZorgID Hardenberg BV zal nemen. Hierover vindt in deze periode overleg plaats tussen ZorgID Hardenberg en het RZZ. Tot op dit moment blijft er dus nog sprake van een externe ontwikkeling.

4.4.4 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's

De verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's zijn samengevat in tabel 14. Dit is gebaseerd op het interview met het bestuurslid van het ziekenhuis.

Fase	Zeggenschap	Kosten/Opbrengsten	Risico's
Grondexploitatie	100% Gemeente	100% Gemeente	100% Gemeente
Bouwexploitatie	100% Ontwikkelaar	100% Ontwikkelaar	100% Ontwikkelaar
Beheerexploitatie	Nog onbekend, waarschijnlijk grote rol van ontwikkelaar	Nog onbekend, waarschijnlijk grote rol van ontwikkelaar	Nog onbekend, waarschijnlijk grote rol van ontwikkelaar

Tabel 14 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's Gezondheidspark Hardenberg

4.4.5 Meerwaarde van samenwerkingsvorm

Door de gekozen manier van samenwerken wordt met name op financieel en extern vlak meerwaarde behaald. In tabel 15 is deze meerwaarde weergegeven. Deze is gebaseerd op het interview met de bestuurder van het ziekenhuis.

<u>Inhoudelijke meerwaarde:</u> Het RZZ heeft weinig zeggenschap over de inrichting van het zorgpark. In de eerste fase heeft het RZZ echter wel samengewerkt met de gemeente bij de inhoudelijke inrichting van het gebied. Nu de ontwikkelaar leidend gaat worden in de ontwikkeling, wil het ziekenhuis tevens inhoudelijk meewerken met deze partij door aandeelhouder te worden van het ontwikkelende consortium. Toch wordt veel inhoudelijke meerwaarde voor het ziekenhuis met deze samenwerkingsvorm niet bereikt.
<u>Financiële meerwaarde:</u> Het ziekenhuis heeft het voordeel dat het geen enkele financiële verplichtingen heeft, noch risico's hoeft te dragen in de ontwikkeling. De aankoop van grond en de ontwikkeling van het plan is door de gemeente gedaan. Nu de ontwikkelaar dit overneemt, zijn zij hiervoor verantwoordelijk. Om toch zeggenschap over de inrichting van het zorgpark en de huurders te verkrijgen, overweegt het ziekenhuis toch financieel bij te gaan dragen en risico's te nemen als aandeelhouder van ZorgID Hardenberg. Omdat het een minderheidsaandeel betreft, blijven de financiële inbreng en het dragen van risico echter grotendeels bij private partijen ondergebracht. Daarbij verwacht het RZZ financiële revenuen uit de exploitatie van het zorgpark te genereren. Of dit gerealiseerd kan worden, is nog onbekend. Bij de ontwikkeling en het beheer van het zorgpark heeft het RZZ met de samenwerkingsvorm financiële meerwaarde.
<u>Procesmatige meerwaarde:</u> Het ziekenhuis heeft weinig macht gekend in de ontwikkeling. In de eerste fase heeft het gekozen voor een positie als adviseur van de gemeente. Het was voor de gemeente belangrijk om de wensen van het ziekenhuis mee te nemen, omdat het ziekenhuis een essentieel onderdeel is van het gezondheidspark. Nu ZorgID Hardenberg leidend in de ontwikkeling is, moet met hen een goede samenwerking gevonden worden voor de inrichting van het gebied. Hoe dit ingericht wordt en of dit succesvol gaat worden, is nog onbekend.
<u>Externe meerwaarde:</u> Aanpalend aan het gezondheidspark wordt een grootschalige ontwikkeling van sportvoorzieningen (en mogelijk een hotel) door de gemeente gerealiseerd. Doordat de gemeente ook bij de planontwikkeling van het gezondheidspark aan het stuur heeft gezeten, heeft zij de plannen kunnen integreren met de plannen voor het gezondheidspark. Er wordt door het ziekenhuis en de gemeente reeds gezocht naar verbanden tussen sport en gezondheid, zoals fysiotherapievoorzieningen. Dit geeft externe meerwaarde voor het RZZ.

Tabel 15 Meerwaarden van toegepaste samenwerkingsvorm Gezondheidspark Hardenberg

4.4.6 Tevredenheid over samenwerkingsvorm

De bestuurder van het ziekenhuis geeft aan tevreden te zijn over de wijze van samenwerken. Het ziekenhuis heeft te beperkte middelen gehad om zelf het zorgpark te ontwikkelen, dus was het al snel genoodzaakt om deze manier van samenwerken te kiezen. In eerste instantie was de gemeente de leidende partij, waarmee een erg goede samenwerking heeft plaatsgehad. Nu ZorgID Hardenberg de leidende partij gaat worden, is het belangrijk om hier op een goede manier mee samen te werken. ZorgID Hardenberg staat hier op dit moment ook positief tegenover. De ideeën van het ziekenhuis worden goed ontvangen, dus het is zeer waarschijnlijk dat het ziekenhuis tevens belangrijke zeggenschap gaat krijgen over de inrichting van het zorgpark. Het ziekenhuis is hier tot nog toe ook tevreden over, maar de samenwerking bevindt zich in een te vroeg stadium om hier harde uitspraken over te doen.

De bestuurder van het ziekenhuis geeft aan dat er in de beginfase door het RZZ serieus over is nagedacht om de gehele ontwikkeling zelf te doen en alle opstallen zelf op te nemen. Hier is snel van afgestapt, omdat de kosten en risico's hiervoor te groot waren en men geen kennis en ervaring had op dit vlak.

4.4.7 Conclusie

Bij het Röpke-Zweers Ziekenhuis in Hardenberg wordt een zorgpark ontwikkeld. Het ziekenhuis is bij de ontwikkeling erg afhankelijk van andere partijen. De ontwikkeling vindt plaats in een zelfrealisatie door de gemeente. De verwachting is dat de samenwerking binnen afzienbare tijd meer op een joint venture gaat lijken.

Omdat het RZZ onvoldoende financiële middelen had, geen risico's bij ontwikkeling en beheer kon dragen en geen kennis en ervaring had bij gebiedsontwikkeling, is het vanaf het begin afhankelijk geweest van andere partijen. Omdat de gemeente Hardenberg grote ambities had en middelen inzette voor de ontwikkeling van het zorgpark, heeft het RZZ naar tevredenheid samengewerkt met de gemeente. Het private consortium ZorgID Hardenberg heeft onlangs de aanbesteding gewonnen voor de verdere ontwikkeling en beheer van het zorgpark. Er is een aanzienlijke kans dat het ziekenhuis, middels een minderheidsaandeel in ZorgID Hardenberg, invloed zal krijgen op de inrichting van het gebied en de huurders. De wijze van samenwerken met gemeente en ontwikkelaar heeft geleid tot financiële meerwaarde voor het ziekenhuis. Het heeft (tot nog toe) geen financiële middelen hoeven inbrengen, noch risico's hoeven dragen. Doordat de gemeente, sterk betrokken bij de planontwikkeling van het gezondheidspark, ook sportvoorzieningen naast het gezondheidspark realiseert, wordt er voor het ziekenhuis tevens externe meerwaarde gecreëerd. Het is echter wel de vraag in hoeverre het RZZ zeggenschap weet te krijgen over de inrichting van het gebied en de huurders die er komen. Hierover kan op dit moment nog geen uitspraak gedaan worden. Ondanks de afhankelijke positie waarin het RZZ tot de ontwikkeling van een zorgpark heeft moeten komen, is het tevreden over de samenwerkingsvorm en de samenwerking hierin met zowel de gemeente als de ontwikkelaar.

5. Cross-case analyse

Het doel van dit hoofdstuk is het analyseren van de casussen, zoals die zijn beschreven in hoofdstuk 4. Het bestudeert de vier casussen aan de hand van het raamwerk van paragraaf 3.6. Er wordt gekeken naar de overeenkomsten en verschillen tussen de casussen, om hiermee algemene conclusies te kunnen trekken.

In de eerste paragraaf worden de belangrijkste uitkomsten van de casussen samengevat in een tabel. Vervolgens worden de verschillende factoren individueel behandeld. Paragraaf 5.2 gaat in op de belangrijkste actoren bij de verschillende zorgparken. Paragraaf 5.3 beschrijft de verschillende samenwerkingsvormen die zijn gebruikt. Vervolgens wordt in paragraaf 5.4 gekeken naar de wijze waarop zeggenschap kosten en opbrengsten en risico's zijn verdeeld. In paragraaf 5.5 wordt de meerwaarde van de verschillende samenwerkingsvormen behandeld. Tot slot wordt gekeken naar de tevredenheid over de verschillende wijzen van samenwerking (paragraaf 5.6).

5.1 Overzicht casussen

In tabel 16 zijn de resultaten van het casusonderzoek per element uit het raamwerk samengevat.

Factor	Maasstad (MZ)	Alb. Schweizer (ASZ)	Jeroen Bosch (JBZ)	Röpke-Zweers (RZZ)
Actoren	- Ziekenhuis - Ontwikkelaar - Woningbouwcorporatie - Aannemer - Huurdersvereniging	- Ziekenhuis - Ontwikkelaar - Gemeente	- Ziekenhuis - Gemeente - Adviseur - Ontwikkelaar - Woningbouwcorporatie	- Ziekenhuis - Gemeente - Ontwikkelaar
Samenwerkingsvorm	Traditioneel, daarna JV	Traditioneel (private ontwikkeling voor de commerciële functies)	JV (zeer beperkt aandeel voor ziekenhuis)	Private ontwikkeling, daarna waarschijnlijk JV
Zeggenschap	Grondexploitatie: in eigen hand Bouwexploitatie: volledig voor ontwikkelaar Beheerexploitatie: gedeeld (1/3 voor ziekenhuis)	Voor het ziekenhuisgedeelte: volledig in eigen hand. Voor middengebied in grondexploitatie: gemeente, daarna ontwikkelaar	Voor grond- en bouwexploitatie: gedeeld, met veto voor ziekenhuis op bepaalde onderwerpen. Voor beheerexploitatie: nog onbekend	Beperkt in beginfase, iets groter in ontwikkelfase
Kosten / opbrengsten	In grondexploitatie in eigen hand, in bouwexploitatie geheel voor ontwikkelaar, in beheerexploitatie gedeeld (1/3 voor ziekenhuis)	Voor het ziekenhuisgedeelte: volledig in eigen hand. Voor middengebied in grondexploitatie: gemeente, daarna ontwikkelaar	Gedeeld door gemeente, ontwikkelaar en corporatie. Geen inbreng door ziekenhuis. Voor beheer nog onbekend.	In de bouwexploitatie gedeeld met ontwikkelaar. Beheerfase nog onbekend.
Risico's	In grondexploitatie in eigen hand, in bouwexploitatie geheel voor ontwikkelaar, in beheerexploitatie gedeeld (1/3 voor ziekenhuis)	Voor het ziekenhuisgedeelte: volledig in eigen hand. Voor middengebied in grondexploitatie: gemeente, daarna ontwikkelaar	Gedeeld door gemeente, ontwikkelaar en corporatie. Geen inbreng door ziekenhuis. Voor beheer nog onbekend.	In de bouwexploitatie gedeeld met ontwikkelaar. Beheerfase nog onbekend.
Meerwaarde swv.	Inhoudelijk, financieel	Inhoudelijk, financieel, procesmatig, extern	Inhoudelijk, financieel	Financieel, extern
Tevredenheid	Niet geheel tevreden	Zeer tevreden	Redelijk tevreden, maar moeilijk proces.	Tevreden

Tabel 16 Overzichtstabel resultaten casusonderzoek

5.2 Belangrijke actoren

Uit de verschillende casussen komt duidelijk naar voren dat er een grote verscheidenheid aan actoren betrokken is bij de ontwikkeling van een zorgpark. Bij alle casussen zijn echter het ziekenhuis en een ontwikkelaar, of een consortium van ontwikkelende partijen, de belangrijkste partijen.

Uit de casussen komt naar voren dat het ziekenhuis in drie van de vier casussen, bij MZ, ASZ en JBZ, de ontwikkeling van een zorgpark (mede) initieert. Bij het RZZ is het ziekenhuis direct aangesloten na het initiatief van de gemeente. Het blijkt dat het ziekenhuis zeker in de beginfase veel zeggenschap heeft over de inrichting van de ontwikkeling en hiermee voorwaarden schept voor de andere partijen. De verklaring hiervoor is dat het ziekenhuis invloed wil hebben op de ontwikkelingen rond het ziekenhuis (inrichting van het openbaar gebied, type huurders), omdat het van invloed is op de werkzaamheden en het succes van het ziekenhuis zelf. In de beheer- en exploitatiefase is de rol van het ziekenhuis over het algemeen iets beperkter, omdat de keuzes in die fase minder bepalend zijn voor het succes van het zorgpark en ziekenhuis. Wel willen ziekenhuizen in die fase vaak invloed houden op het type huurders. In alle casussen blijken ziekenhuizen zichzelf tevens te zien als partij met de meeste kennis van zorgvastgoed en wensen van zorgpartijen.

Een ontwikkelaar, of een consortium van ontwikkelende partijen, is tevens bij elke casus een zeer belangrijke partij. Zij nemen met name in de bouw- en beheerfase een groot deel van de werkzaamheden op zich. De vier ziekenhuizen geven verscheidene redenen voor het betrekken van een ontwikkelaar bij de ontwikkeling van een zorgpark. Allereerst heeft een ontwikkelaar kennis en ervaring met gebiedsontwikkeling en bouw. Dit komt de inhoud en haalbaarheid van het ruimtelijk plan en de business case ten goede. Ten tweede wordt aangegeven dat ontwikkelaars financieel kunnen en willen bijdragen. Dit is gunstig voor ziekenhuizen, omdat in alle casussen blijkt dat zij niet of niet volledig financieel willen bijdragen. Hetzelfde geldt voor het dragen van (een deel van de) risico's. Alle ziekenhuizen geven aan in de bouwfase en de beheerfase niet of beperkt risico's te willen dragen. Met name leegstandrisico's wil het ziekenhuis niet lopen. Tot slot worden ontwikkelaars betrokken omdat zij, in tegenstelling tot het ziekenhuis, kennis, ervaring en een netwerk hebben op het gebied van retail, woningen en kantoren. In alle plannen zijn dergelijke functies opgenomen, waardoor samenwerking met een ontwikkelaar overal wenselijk wordt geacht. Drie van de vier ziekenhuizen geven echter wel aan dat ontwikkelaars beperkte kennis hebben van de zorg en te weinig banden hebben met ziekenhuisspecialisten. Dit kan leiden tot de vestiging van partijen die geen of weinig (zorg-) waarde toevoegen aan het zorgpark. Tevens komt naar voren dat ontwikkelaars uiteindelijk slechts streven naar een maximaal rendement op de investering. Het MZ en JBZ geven aan dat dit bij hen al heeft geleid tot een verschil in belangen en frictie in het proces.

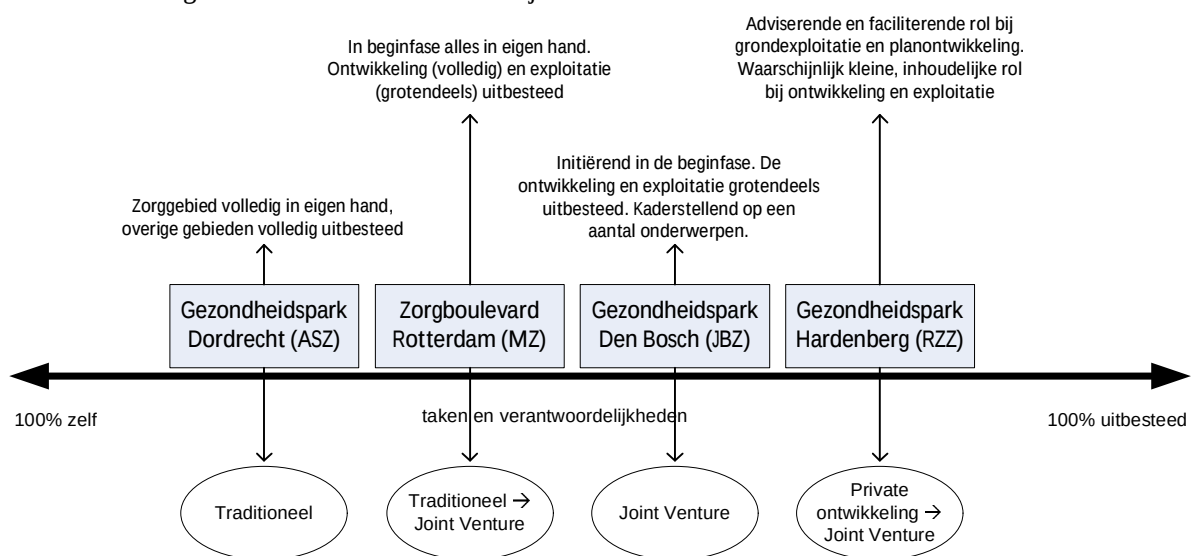
In drie van de vier casussen is ook de gemeente een belangrijke partij. De gemeente streeft naar een goede zorgvoorziening voor de eigen bewoners. Het ziekenhuis speelt hierin een belangrijke rol. Zowel ziekenhuis als gemeente hebben daarin hetzelfde belang, waardoor samenwerking snel ontstaat. In de vier casussen is de gemeente bovendien grondeigenaar van het gebied rond de ziekenhuizen waar zorgparken zijn gepland. Het is voor het ziekenhuis daarom noodzakelijk om samen te werken met de gemeente. Het is wel verschillend wat de rol van de gemeente vervolgens is. In Rotterdam is de gemeente pas later en slechts in een beperkte rol betrokken geweest. Dit had te maken met de beperkte voordelen die het ziekenhuis en de gemeente hierin zagen. Achteraf bezien geeft het ziekenhuis aan dat een samenwerking met de gemeente het proces zou hebben versneld en versoepeld. Bij de overige casussen is de gemeente juist wel erg belangrijk: van samenwerkende partner (ASZ), medefinancierende en mederiscodragende partij (JBZ), tot initiator en bepalende partij van de grondexploitatie (RZZ). Daarnaast hebben gemeenten vaak ook andere ambities rond het ziekenhuis. Zo worden in Dordrecht en Hardenberg sportvoorzieningen ontwikkeld rond het ziekenhuis, waarbij dwarsverbanden met het ziekenhuis worden gezocht, en plant de gemeente Den Bosch een transferiumontwikkeling en schoolontwikkeling bij het JBZ. Dit

kan tot externe meerwaarde leiden voor het ziekenhuis, gemeente of andere partijen. Een samenwerking met de gemeente wordt bovendien gezocht omdat dit zaken rond bestemmingsplannen vergemakkelijkt.

Uit de casussen blijkt dat de belangrijkste actoren bij de ontwikkeling van een zorgpark zijn: het ziekenhuis, een ontwikkelaar (of consortium van ontwikkelende partijen) en de gemeente.

5.3 Gebruikte samenwerkingsvorm

De gebruikte samenwerkingsvormen bij de ontwikkeling van de verschillende zorgparken blijken niet eenduidig te benoemen als één van de samenwerkingsvormen zoals beschreven in het theoretisch kader. Het zijn vaak afgeleiden van de in de literatuur bekende samenwerkingsvormen. De samenwerkingsvormen vertonen bovendien veel verschillen. In figuur 18 zijn de samenwerkingsvormen bij de verschillende zorgparken geplaatst op de eerder gepresenteerde schaal van verdeling van taken en verantwoordelijkheden.



Figuur 18 Overzicht toegepaste samenwerkingsvormen bij zorgparkontwikkelingen

Er blijkt een groot verschil van samenwerkingsvormen te zijn tussen de vier zorgparken. Het ASZ heeft besloten om voor de ontwikkeling van het zorgpark de zorgfuncties in eigen hand te houden en traditioneel te ontwikkelen. Aan de andere kant van het spectrum laat het RZZ bijna de gehele ontwikkeling over aan de gemeente en het ontwikkelende consortium. Het MZ en JbZ *verdelen* juist meer de taken en verantwoordelijkheden tussen het ziekenhuis en andere partijen. Het ASZ, MZ en JbZ blijken zelfstandig, al dan niet in overleg met de gemeente, te hebben besloten over de gewenste inrichting van de samenwerking. Het RZZ had geen mogelijkheid om te kiezen voor een bepaalde samenwerkingsvorm, maar heeft zich moeten voegen naar de wensen van andere partijen (gemeente en ontwikkelaar).

De inrichting van de samenwerking blijkt sterk lokatieafhankelijk. Het is belangrijk om de motieven voor de verschillende samenwerkingsvormen te beschrijven.

Motieven voor samenwerkingsvorm

De vier ziekenhuizen hebben verschillende redenen voor de inrichting van hun gekozen samenwerkingsvorm.

- In Dordrecht heeft men zeggenschap over de inrichting van zorgfuncties aan de voorzijde van het ziekenhuis willen behouden. Omdat men hier ook voldoende (zorg-)huurders voor de lange termijn kon vinden, kan het ASZ hier redelijk gemakkelijk (weinig risico en gemakkelijke financiering) zelfstandig ontwikkelen en beheren. Voor de commerciële

functies betreft het ASZ wel een private ontwikkelaar, omdat men op die functies veel risico loopt en er geen kennis en ervaring van heeft.

- In Rotterdam heeft het MZ tevens zeggenschap over de inrichting van het gebied en de huurders willen hebben. Om die reden is het stedenbouwkundig plan zelfstandig ontwikkeld. Omdat het MZ niet zelfstandig commerciële voorzieningen wilde realiseren, financiën in wilde brengen en geen risico's wilde lopen in de ontwikkeling en beheerfase, is een samenwerking aangegaan met een ontwikkelend consortium.
- In Den Bosch heeft het JBZ invloed willen hebben op de inrichting van het zorgpark. Daarom is het gezamenlijk met de gemeente opgetrokken. Omdat het geen financiële middelen wilde inbrengen en risico's wilde dragen, laat het de ontwikkeling grotendeels over aan een consortium van gemeente, ontwikkelaar en woningbouwcorporatie. Over de exacte inrichting van het gebied hoefde het ziekenhuis slechts op een aantal punten zeggenschap.
- In Hardenberg is het RZZ afhankelijk geweest van de gemeente en is het nu afhankelijk van de ontwikkelaar. Het RZZ kon zelf onvoldoende financiële middelen inbrengen, kon geen risico's dragen en had bijna geen grond. De zeggenschap heeft bij de gemeente gelegen en ligt nu bij de ontwikkelaar. Het RZZ probeert hier nu zeggenschap te verkrijgen.

Uit alle casussen komt naar voren dat de gewenste zeggenschap voor het ziekenhuis bepalend is in de te kiezen samenwerkingsvorm. Zeggenschap over de inrichting van het zorgpark, het openbaar gebied, de huurders van de opstallen (en hiermee de aansluiting op de zorgverlening van het ziekenhuis) is het meest bepalende aspect geweest in de keuze voor de gebruikte samenwerkingsvorm. Aangegeven wordt dat deze zeggenschap met name belangrijk is in de beginfase, wanneer de ruimtelijke plannen worden ontwikkeld en huurders worden geselecteerd, en in de beheerfase, wanneer huurders van opstallen op het zorgpark komen en gaan. Op het aspect zeggenschap wordt verder in dit hoofdstuk dieper ingegaan.

Naast de verdeling van zeggenschap laten de casussen tevens zien dat de verdeling van kosten en opbrengsten en risico's andere belangrijke aspecten zijn die de samenwerkingsvorm voor een ziekenhuis bepalen. Voor de inbreng van financiële middelen en het dragen van risico's is het in alle casussen nodig geweest om externe partijen (ontwikkelaars en gemeente) te betrekken. Een beschrijving van de verdeling van kosten en opbrengsten en risico's wordt later in dit hoofdstuk tevens verder behandeld.

Een andere belangrijke factor die invloed heeft op de samenwerkingsvorm, is de mate waarin (zorg)huurders zich vroeg in het proces voor een lange termijn vastleggen aan de huur van een aanzienlijk oppervlak aan opstallen op het zorgpark. Omdat het ASZ en het MZ al in het begin van het proces voldoende huurders aan zich hadden weten te binden, is er veel zekerheid geweest over de afzet van opstallen. Zodoende is het voor hen makkelijker om zelf meer financiële middelen in te brengen (of extern te verkrijgen) en risicodragend te participeren in de ontwikkeling- en beheerfase. Voor het MZ waren de 'zekere' revenuen in de beheerfase zelfs een reden om te participeren in de beheer-BV. Bij het JBZ en RZZ zijn deze huurders niet bekend. Het kan tevens een voordeel zijn om de uitbreiding van ziekenhuisfuncties op het zorgpark te laten plaatsvinden. De afzet van deze opstallen is in dat geval zeker, en het kan een stimulans geven aan de komst van andere partijen. Daarbij is de huur van een 'eenvoudiger' gebouw voor een ziekenhuis goedkoper dan de huur in een 'specialistisch' ziekenhuisgebouw.

Uit het casusonderzoek blijkt dat voor de ontwikkeling van een zorgpark de vier bestudeerde ziekenhuizen andere vormen van samenwerking kiezen, variërend van relatief traditioneel tot grotendeels in uitvoering door externe partijen.

5.4 Verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's

In alle casussen is gebleken dat de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's zeer belangrijke aspecten zijn voor ziekenhuizen en andere partijen bij de ontwikkeling van zorgparken. Het zijn tevens zeer belangrijke elementen gebleken voor een ziekenhuis bij het bepalen van de gewenste samenwerkingsvorm. De gebruikte verdelingen van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's worden in deze paragraaf uitgebreid toegelicht.

Zeggenschap

De verdeling van zeggenschap in de vier casussen is weergegeven in tabel 17.

	Maasstad	Albert Schweizer	Jeroen Bosch	Röpke-Zweers
Zeggen- schap	- Grondexploitatie: in eigen hand - Bouwexploitatie: volledig voor ontwikkelaar - Beheerexploitatie: gedeeld (1/3 voor ziekenhuis)	- Voor het ziekenhuisgedeelte: volledig in eigen hand. - Voor middengebiet in grondexploitatie: gemeente, daarna ontwikkelaar	- Voor grond- en bouwexploitatie: gedeeld, met veto voor ziekenhuis op bepaalde onderwerpen. - Voor beheerexploitatie: nog onbekend	- In beginfase: beperkt - In ontwikkelfase: iets groter

Tabel 17 Verdeling van zeggenschap bij zorgparken

Uit de casussen blijkt dat het behoud van zeggenschap voor alle ziekenhuizen erg belangrijk is. In de opzet van een samenwerkingsvorm besteedt het ziekenhuis dan ook de meeste aandacht aan dit aspect. Ziekenhuizen zien een zorgpark als toevoeging op de diensten van het ziekenhuis, maar willen dan wel invloed hebben op het type diensten en huurders die er zich vestigen. Ziekenhuizen wensen daarbij vaak ook medische samenwerking tussen zorgpartijen in het ziekenhuis en het zorgpark. Ook over de inrichting van het openbaar gebied op het zorgpark willen ziekenhuizen invloed. Het zorgpark sluit immers fysiek aan op het ziekenhuis en heeft daarmee invloed op de werkzaamheden en het succes van het ziekenhuis zelf. Deze zeggenschap blijkt voornamelijk belangrijk te zijn in de beginfase van het project, zoals in de voorgaande paragraaf is beschreven. Het MZ heeft de stedelijke plannen volledig zelfstandig ontwikkeld, het ASZ in samenwerking met de gemeente en JBZ in samenwerking met de gemeente, ontwikkelaar en corporatie. Het RZZ heeft slechts advies kunnen geven aan de gemeente Hardenberg over de ontwikkeling van het gezondheidspark in Hardenberg. De ontwikkelaar is bij het ASZ en MZ relatief laat betrokken in de planvorming. De stedelijke plannen zijn hier door het ziekenhuis (bij het ASZ i.s.m. de gemeente) ontwikkeld. Voor de ontwikkeling van commercieel vastgoed (winkels, kantoren, woningen, etc.) is in alle casussen de ontwikkelaar gebonden aan uitgangspunten en afspraken die zijn vastgelegd in aanbestedingsdocumenten of een samenwerkingsovereenkomst. Bij het MZ is in dit licht een belangrijke les geleerd. Het MZ geeft aan dat het prettig is geweest om de plannen zelfstandig te kunnen ontwikkelen en hier volledige zeggenschap over te hebben. Omdat de plannen echter niet gedetailleerd genoeg waren vastgelegd en de ontwikkelaar naar winstmaximalisatie streeft, ziet de ontwikkelaar nu kansen om, binnen de afgesproken voorwaarden en uitgangspunten, bepaalde ontwikkelingen anders in te richten dan het ziekenhuis wenst. Dit leidt tot onenigheid en discussies tussen het ziekenhuis en de ontwikkelaar. Bij het ASZ heeft dit (nog) niet tot problemen geleid omdat de afspraken hier veel gedetailleerder door het ASZ (en de gemeente) zijn vastgelegd. Bij het JBZ, dat de ontwikkelaar wel vroeg heeft betrokken, maar geen gedetailleerde afspraken heeft vastgelegd, worden volgens de projectleider voor de toekomst soortgelijke problemen verwacht. Daar komt bij dat in de grondexploitatie bepaalde aannames zijn gedaan die zeer waarschijnlijk niet haalbaar blijken te zijn. Bovendien zijn er voor de beheerfase nog geen afspraken gemaakt. Het ziekenhuis zal trachten de bestaande afspraken in de samenwerkingsovereenkomst te verlengen naar de beheerfase, maar niet zelf in de beheer-BV plaatsnemen. Er wordt derhalve door de projectdirecteuren van het MZ en JBZ aangegeven dat het essentieel is om

de uitgangspunten en voorwaarden van het ziekenhuis tot in de grootst mogelijke details, vanaf het begin van het proces, vast te leggen en de ontwikkelaar hier contractueel aan te verbinden.

In de beheerfase, wanneer de beheerder van de opstallen deze verhuurt, wordt in alle casussen aangegeven dat het tevens belangrijk is om zeggenschap te hebben. Het ASZ en MZ hebben hun zeggenschap gegarandeerd voor de beheerfase. Het ASZ doet dit door alle opstallen in eigen bezit te hebben, waar het MZ het doet door voor 1/3 deel te nemen in de beheer-BV. Het JBZ heeft het vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst en heeft veto op een aantal aspecten, waaronder branchering, type huurders en inrichting van het openbaar gebied. Het RZZ heeft de zeggenschap in de beginfase niet kunnen afdwingen, maar heeft adviserend opgetreden. Door in te kopen in de ontwikkel- en beheer BV, trachten ze alsnog zeggenschap te verkrijgen. Het is nog onduidelijk of dit werkelijk zal gebeuren en er zal in ieder geval geen meerderheidsbelang worden verkregen door het ziekenhuis. Geen van de projecten is al in de beheerfase beland, dus hierover kunnen moeilijker uitspraken gedaan worden.

Kosten en opbrengsten

De verdeling van kosten en opbrengsten, uitgesplitst voor grond-, bouw- en beheerexploitatie, is voor de vier casussen weergegeven in tabel 18.

	Maasstad	Albert Schweizer	Jeroen Bosch	Röpke-Zweers
Grond-exploitatie	100% ziekenhuis	- Voor zorgfuncties: 100% ziekenhuis - Voor andere functies: 100% voor ontwikkelaar danwel gemeente	- 33% gemeente, 33% ontwikkelaar, 33% corporatie - Geen kosten voor ziekenhuis	100% voor gemeente
Bouw-exploitatie	100% ontwikkelaar	- Voor zorgfuncties: 100% ziekenhuis - Voor andere functies: 100% voor ontwikkelaar danwel gemeente	- 33% gemeente, 33% ontwikkelaar, 33% corporatie - Geen kosten voor ziekenhuis	100% voor ontwikkelaar. Het ziekenhuis probeert hier als aandeelhouder ook financieel in te participeren
Beheer-exploitatie	- 33% ziekenhuis, 33% Vestia, 33% Vitaal Zorgvast - Voor nieuwe ontwikkelingen (zoals woontoren en kantoren) verzorgt het ziekenhuis geen financiering	- Voor zorgfuncties: 100% ziekenhuis - Voor andere functies: 100% voor ontwikkelaar danwel gemeente	Nog onbekend. Uitgangspunt is dat het ziekenhuis financieel gezien geen partij wordt.	100% voor ontwikkelaar. Het ziekenhuis probeert hier als aandeelhouder ook financieel in te participeren

Tabel 18 Verdeling van kosten en opbrengsten bij zorgparken

De wijze waarop de verschillende ziekenhuizen de kosten en opbrengsten van het zorgpark verdelen, blijken in de vier casussen sterk te verschillen. Wel blijkt uit alle casussen dat ziekenhuizen niet alle kosten en opbrengsten voor de ontwikkeling en beheer van een zorgpark kunnen of willen dragen. Voor een grootschalige gebiedsontwikkeling heeft een ziekenhuis geen financiële middelen beschikbaar. Ziekenhuizen ontvangen binnen de nieuwe regelgeving geen financiële middelen meer voor de bouw van zorgfuncties (laat staan commerciële voorzieningen) en moeten dit met eigen middelen bekostigen. Projectdirecteuren van ziekenhuizen geven aan dat zorgverlening de core business van een ziekenhuis is en dat de inzet van financiële middelen van een ziekenhuis zich hierop moet richten. Aan de ontwikkeling van bijvoorbeeld commerciële functies willen ziekenhuizen geen 'zorggeld' besteden. Bovendien zou het ziekenhuis zelf te weinig financiële middelen beschikbaar hebben voor een grootschalige gebiedsontwikkeling. Externe financiering is dus noodzakelijk. Voor een externe lening is een onderbouwde business case benodigd waarbij contracten of intentiecontracten met een groot deel van de huurders nodig zijn.

Dit is voor de meeste zorgparken moeilijk te realiseren. Het ASZ heeft dit voor het zorggebied wel op deze manier kunnen realiseren. De andere ziekenhuizen hebben hun gronden verkocht of ingebracht bij private partijen om ontwikkeling mogelijk te maken.

De hoeveelheid kosten en opbrengsten die het ziekenhuis inbrengt is erg afhankelijk van de gewenste mate van zeggenschap. Zoals eerder al door Wolting (2006) is gesteld, zijn de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's direct met elkaar verbonden en van elkaar afhankelijk. In de onderzochte casussen is dit tevens het geval. Een voorbeeld is het MZ, dat in de grondexploitatie bewust eigen zeggenschap wil houden, maar daardoor ook voor de kosten hiervan moet opdraaien. Andersom geldt het ook. Het ASZ draagt voor de kosten van de ontwikkeling van de commerciële middenzone niets bij, maar verliest daardoor wel zeggenschap over de exacte inrichting van het gebied en de precieze huurders. Leidend in de keuze voor een samenwerkingsvorm blijkt wel de gewenste mate van zeggenschap.

Opvallend in de vergelijking tussen de casussen is dat het MZ en ASZ beide financieel bijdragen aan het zorgpark en het RZZ dit tevens van plan is. Het JBZ doet dit niet omdat het al veel financiële middelen moest besteden aan de nieuwbouw van het ziekenhuis. De mate waarin de ziekenhuizen financieel bijdragen verschilt wel. Het JBZ brengt, los van de inbreng van grond en het inzetten van ziekenhuismedewerkers in de stuur-, project- en werkgroepen, geen kosten en opbrengsten in. Het RZZ heeft tevens nog geen financiële middelen ingezet en zal dit beperkt doen voor de ontwikkel- en beheerfase. Het MZ heeft in de grondexploitatie alle kosten gemaakt en heeft in het beheer 1/3 van de kosten en opbrengsten. Dit was een bewuste keuze van het ziekenhuis. Omdat het vanaf het begin van de planvorming al bekend was dat een groot deel van de opstallen voor lange tijd verhuurd zou worden aan een aantal grote zorgpartijen, waren de revenuen hieruit vrij zeker en wilde het ziekenhuis er ook in meeprofiteren. Het ASZ draagt de volledige kosten en opbrengsten voor de ontwikkeling van het zorggebied. De verdeling van kosten en opbrengsten blijkt dus sterk te verschillen per casus. Wel is duidelijk dat ziekenhuizen (het JBZ uitgezonderd) in de beheerfase nog altijd kosten en opbrengsten maken.

Risico's

De verdeling van risico's in de vier casussen is weergegeven in tabel 19.

	Maasstad	Albert Schweizer	Jeroen Bosch	Röpke-Zweers
Risico's	- In grondexploitatie in eigen hand - In bouwexploitatie geheel voor ontwikkelaar - In beheerexploitatie gedeeld (1/3 voor ziekenhuis)	- Voor het ziekenhuisgedeelte: volledig in eigen hand - Voor middengebied in grondexploitatie: gemeente, daarna ontwikkelaar	- Gedeeld door gemeente, ontwikkelaar en corporatie. Geen inbreng door ziekenhuis - Beheerfase nog onbekend	- In de bouwexploitatie gedeeld met ontwikkelaar - Beheerfase nog onbekend

Tabel 19 Verdeling van risico's bij zorgparken

In de probleemverkenning is gesteld dat ziekenhuizen bij de ontwikkeling van een zorgpark huiverig zijn voor het aangaan van risico's. De beschrijving van de casussen in het voorgaande hoofdstuk, bevestigen deze huiver. De vier onderzochte ziekenhuizen hebben de mate van risico die zij lopen, aanzienlijk laten meewegen in de keuze voor een vorm van samenwerking. Projectdirecteuren geven aan dat het voor ziekenhuizen onacceptabel is wanneer risico's in de ontwikkeling en beheer van het zorgpark zich vertalen in negatieve financiële consequenties en ten laste komen van het ziekenhuis. Hiermee komt er druk te staan op de zorgverlening. Het voorbeeld van het Orbis Medisch Centrum wordt hierbij vaak aangehaald. Hier zijn de huisvestingskosten zodanig hoog geworden, dat er een grootschalig ontslag van medische medewerkers noodzakelijk is geweest. Dit heeft een nadelig effect op de zorgverlening en wordt dus als ongewenst bestempeld. De hoeveelheid risico's die ziekenhuizen lopen, blijken, net als de kosten en opbrengsten, afhankelijk te zijn van de gewenste hoeveelheid zeggenschap. Een voorbeeld is het MZ dat in de

beheerfase voor 1/3 zeggenschap wil behouden in de beheer-BV, om hiermee invloed te hebben op de huurders van opstallen op het zorgpark. Het gevolg hiervan is dat het MZ wel voor 1/3 risico loopt op bijvoorbeeld leegstand.

Bij een vergelijking van de casussen blijken met name risico's in de bouwexploitatie te zijn overgedragen aan de ontwikkelaar. Als reden wordt hiervoor gegeven dat een ontwikkelaar meer verstand heeft van de bouw en de risico's hiervoor beter kan beïnvloeden en dragen. Alleen het ASZ loopt in de bouwexploitatie risico, maar legt hierbij zoveel mogelijk neer bij de aannemer. Het RZZ is van plan om tevens een klein risico hierin te nemen.

Omdat ziekenhuizen in de beheerfase in drie van de vier casussen tevens zeggenschap hebben (MZ, ASZ en RZZ) en financiële middelen inbrengen, dragen zij ook risico. Met name het ASZ loopt hierin veel risico. Doordat het ASZ al vroegtijdig veel van de opstallen voor een langere tijd heeft kunnen verhuren, wordt dit risico beperkt.

Tot slot kan worden opgemerkt dat de verdeling van risico's en kosten en opbrengsten hand in hand gaan. Kosten en opbrengsten en risico's worden in elk van de casussen op exact dezelfde wijze verdeeld.

Samenvattend kan op basis van de casussen gesteld worden dat de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's belangrijke aspecten zijn in de keuze voor een samenwerkingsvorm. Bovendien staan ze met elkaar in verbinding en zijn ze van elkaar afhankelijk. In de onderzochte casussen komt naar voren dat de verdeling van deze aspecten sterk verschilt. De gewenste verdeling van zeggenschap blijkt leidend te zijn in de keuze voor een samenwerkingsvorm.

De casussen laten zien dat ziekenhuizen met name in de planontwikkeling en de beheerfase zeggenschap willen hebben, om hiermee invloed te hebben op de inrichting van het gebied en de huurders. De verdeling van kosten en opbrengsten blijkt sterk te verschillen en afhankelijk te zijn van de verdeling van zeggenschap. Ook de verdeling van risico's is verschillend en afhankelijk van de zeggenschapsverdeling. Wel is duidelijk dat ziekenhuizen (een deel van de) kosten en opbrengsten en risico's dragen.

5.5 Meerwaarde van de samenwerkingsvorm

Bij de ontwikkeling van zorgparken worden verschillende typen meerwaarden bereikt. Ziekenhuizen bereiken bij elke samenwerkingsvorm financiële en inhoudelijke (uitgezonderd het RZZ) meerwaarde. Procesmatige en externe meerwaarde worden minder bereikt. De al dan niet bereikte meerwaarden in de verschillende casussen wordt in deze paragraaf beschreven. Tot slot wordt tevens ingegaan op het verband tussen de toegepaste samenwerkingsvorm en de meerwaarde hiervan.

Financiële meerwaarde

Financiële meerwaarde voor ziekenhuizen uit zich in de beperkt benodigde inbreng van financiële middelen en het dragen van risico's. De inbreng van financiering en het dragen van risico's door externe partijen, is voor alle ziekenhuizen noodzakelijk geweest om het zorgpark tot stand te brengen. In alle casussen zijn dan ook ontwikkelaars en gemeente (uitgezonderd het MZ) gevonden die voor een aanzienlijk deel of voor het geheel kosten en opbrengsten inbrengen en risico's dragen. Samenwerkingsvormen waarbij kosten en opbrengsten en risico's voor een groot deel zijn overgedragen aan andere partijen, leiden tot een hogere financiële meerwaarde.

Inhoudelijke meerwaarde

De verwachting is dat er tevens inhoudelijke meerwaarde wordt bereikt in drie van de vier casussen. Deze wordt in elk project echter op een andere manier bereikt. Het MZ verwacht zorgketenintegratie te bereiken door het gehele plan i.s.m. zorgpartners te hebben ontwikkeld. Het ASZ geeft aan dat de ontwikkeling van het zorgpark in Dordrecht inhoudelijke meerwaarde bereikt

doordat de juiste partijen verantwoordelijk zijn voor de juiste deelgebieden. Het JBZ verwacht tevens inhoudelijke meerwaarde doordat de juiste partijen vanaf de beginfase al betrokken zijn geweest in de planontwikkeling en er vanuit de ontwikkelingsmaatschappij intensief wordt afgestemd. Voor zowel Dordrecht als Den Bosch is het echter wel de vraag of de beoogde inhoudelijke meerwaarde daadwerkelijk bereikt gaat worden, omdat het grootste deel van de huurders van het zorgpark nog niet bekend is. Het is op dit moment nog onduidelijk of er huurders worden gevonden die samenwerkingsverbanden met het ASZ en JBZ aangaan, of er integraliteit in de zorgketen ontstaat en of het imago van het gebied zodanig wordt als is beoogd. Over het type huurders zijn afspraken gemaakt, maar o.a. de economisch moeilijke tijden kunnen deze afspraken onder druk zetten. Het RZZ tot slot, heeft geen bepalende zeggenschap gehad op de inhoud van het zorgpark. Dit heeft alleen bij de gemeente gelegen, waardoor hier weinig inhoudelijke meerwaarde voor het ziekenhuis is ontstaan. Hoe meer het ziekenhuis, gemeente en externe partijen in de beginfase van de ontwikkeling zijn betrokken, des te hoger de ruimtelijke kwaliteit en haalbaarheid van het plan. Samenwerkingsvormen waarbij er intensief, vanaf het begin van het proces, wordt samengewerkt met andere partijen, geven de hoogste inhoudelijke meerwaarde.

Externe meerwaarde

Externe meerwaarde wordt bereikt in twee van de vier casussen. Het ASZ is hierbij het beste voorbeeld, waar de herontwikkeling van sportvoorzieningen aangrenzend aan het ziekenhuis integraal zijn meegenomen in de ontwikkeling van het zorgpark. Hiervan, samen met de ontwikkeling van de commerciële middenzone, wordt verwacht dat het leidt tot integraliteit van het gebied, imagovoordelen en samenwerkingsverbanden tussen ASZ en sportorganisaties. Bij het RZZ is de gemeente, naast het ontwikkelen van het zorgpark, tevens gestart met de ontwikkeling van sportvoorzieningen rond het gezondheidspark. Omdat de gemeente leidend is geweest in de ontwikkeling van de ruimtelijke plannen voor het gezondheidspark, worden beide ontwikkelingen goed op elkaar afgestemd. Samenwerkingsvormen waarbij de gemeente (en eventuele andere partijen die ambities hebben rondom het zorgpark) actief is betrokken in de ontwikkeling, leiden tot meer externe meerwaarde.

Procesmatige meerwaarde

Procesmatige meerwaarde wordt slechts beperkt behaald, hoewel dat door ziekenhuizen in het begin wel werd beoogd. Het ASZ bereikt procesmatige meerwaarde door de aanwezigheid van drie partijen die elk verantwoordelijk zijn voor het gebied waar ze de meeste kennis en ervaring hebben. Dit verloopt goed, maar zou in de toekomst voor het middengebied tot problemen kunnen leiden. Daarbij is er, door de gescheiden ontwikkeling van de drie deelgebieden, veel afstemming nodig tussen de drie ontwikkelingen en drie partijen. Het MZ heeft de ontwikkelende partijen te laat betrokken in de ruimtelijke planontwikkeling. Hierdoor probeert de ontwikkelaar nu in een later stadium veranderingen aan te brengen in de plannen, die ingaan tegen de uitgangspunten en wensen van het MZ. Dit wordt mogelijk gemaakt doordat de uitgangspunten en wensen van het MZ door het MZ onvoldoende zijn uitgewerkt en vastgelegd in de samenwerking met de ontwikkelaar. Dit leidt tot procesmatige problemen. Het JBZ heeft een samenwerking opgezet die veel procesmatige meerwaarde zou moeten hebben. Het is echter moeilijk gebleken om de grondexploitatie financieel rond te krijgen, waardoor er kunstgrepen nodig zijn geweest. Omdat er nog weinig huurders zijn gevonden en de ontwikkelaar en corporatie in het huidige economische klimaat moeilijk aan financiële middelen en afzet van opstallen kunnen komen, geeft de projectdirecteur van het JBZ aan dat er veel strubbelingen in het proces zijn. Doordat een grote rol is weggelegd voor de private partijen, brengt dit het project nu in gevaar. Door de afhankelijke positie waarin het RZZ verkeert, heeft het weinig procesmatige meerwaarde gehad. De ontwikkeling heeft volledig in handen van de gemeente gelegen en wordt nu volledig overgedragen aan de ontwikkelaar. Hieruit komt voor het ziekenhuis weinig procesmatige meerwaarde voort. Samenwerkingsvormen waarbij rollen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn gescheiden en tot

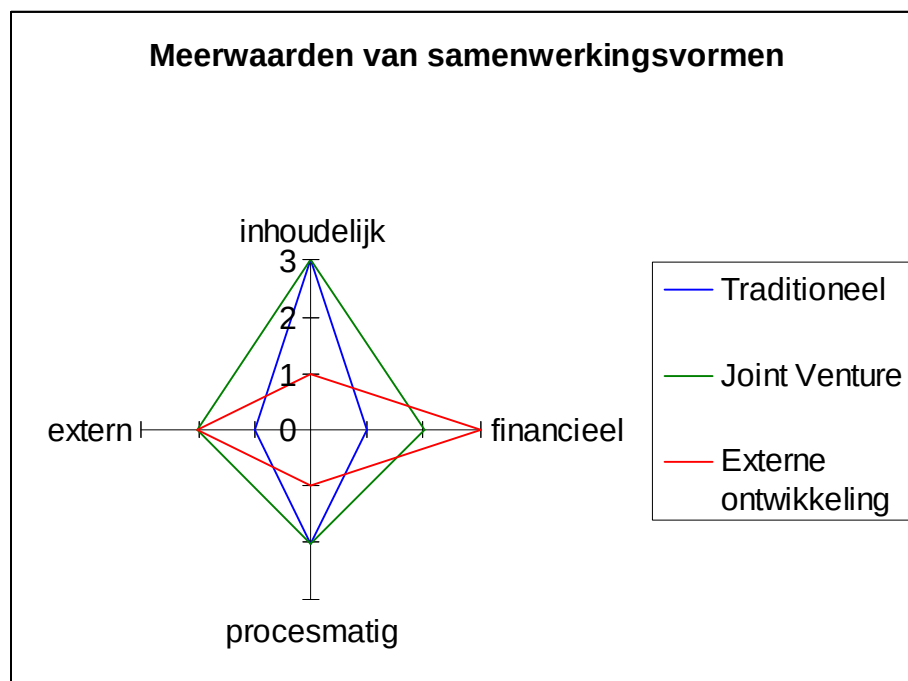
in groot detail zijn omschreven, leiden tot een hogere procesmatige meerwaarde. Wanneer rollen en verantwoordelijkheden meer gedeeld worden, proberen partijen binnen de samenwerking toch hun eigen doelen na te streven. Dit leidt tot een lagere procesmatige meerwaarde.

Verband samenwerkingsvorm en meerwaarde

Belangrijk in dit onderzoek is het inzicht in de meerwaarde van verschillende samenwerkingsvormen. Dit dient als input in het beslismodel.

Op basis van het casusonderzoek en het theoretisch kader kan inzicht worden gegeven in de verwachte meerwaarde van verschillende samenwerkingsvormen. Dit is gepresenteerd in figuur 19. Wel wordt duidelijk dat dit verband niet gemakkelijk is aan te tonen. Hiervoor zijn drie redenen te noemen. Allereerst komen de gebruikte samenwerkingsvormen door ziekenhuizen niet overeen met de samenwerkingsvormen die de theorie beschrijft. Daarbij komt dat ziekenhuizen bij verschillende fasen van het proces verschillende samenwerkingsvormen kunnen gebruiken. Ten slotte zijn er, naast de gebruikte samenwerkingsvorm, nog veel meer factoren die de uiteindelijke meerwaarde bepalen, waardoor dit verband moeilijk te isoleren is.

De samenwerkingsvormen 'bouwclaim' en 'concessie' zijn in figuur 19 niet opgenomen, omdat deze in de casussen niet zijn toegepast. Hierover kan dus geen uitspraak worden gedaan.



Figuur 19 Meerwaarden van samenwerkingsvormen bij zorgparkontwikkeling

Een toelichting bij figuur 19 wordt gegeven in tabel 20. De scores op de vier meerwaarden zijn per samenwerkingsvorm in de tabel met sterren weergegeven.

Meerwaarde	Traditioneel	Joint Venture	Externe ontwikkeling
Inhoudelijk	V V V Voornamelijk op zorgdeel (zorgketen), niet voor de commerciële ontwikkeling	V V V Integrale benadering	V Weinig aansluiting op het ziekenhuis en weinig aandacht voor specifieke zorg
Financieel	V Alle financiering en risico's door het ziekenhuis zelf	V V Financiering en risico's worden gedeeld	V V V Alle financiering en risico's door externe partijen
Procesmatig	V V Eenduidige belangen maakt een soepel proces, maar er is weinig multidisciplinariteit	V V Theoretisch gezien wel. In praktijk streven private partijen eigen belangen na	V Eenduidige belangen voor private partij maakt een soepel proces, maar weinig multidisciplinariteit
Extern	V Moeilijker om aansluiting te vinden met omgeving	V V Er vindt slechts externe meerwaarde plaats wanneer de bezitters van omliggende grond betrokken zijn bij de ontwikkeling van het zorgpark (gemeente of ontwikkelaars)	V V Er vindt slechts externe meerwaarde plaats wanneer de bezitters van omliggende grond betrokken zijn bij de ontwikkeling van het zorgpark (gemeente of ontwikkelaars)

Tabel 20 Meerwaarden van samenwerkingsvormen bij zorgparkontwikkeling, nader toegelicht

Met name het verband tussen samenwerkingsvorm en de procesmatige meerwaarde is moeilijk aan te tonen, omdat dit over het gehele proces bekeken moet worden. De bestudeerde projecten zijn nu alle nog niet in de beheerfase beland, waardoor uitspraken hierover zijn gebaseerd op het eerste deel van de respectievelijke processen. Ditzelfde geldt voor de inhoudelijke en externe meerwaarde. Hiervoor zijn de ruimtelijke plannen echter al redelijk uitgewerkt waardoor hier meer betrouwbare uitspraken over gedaan kunnen worden. De vraag is wel of deze plannen, in enkele projecten, daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden. Voor het bereiken van externe meerwaarde geldt tevens dat dit afhankelijk is van de partijen die betrokken worden bij de zorgparkontwikkeling. De financiële meerwaarde is gemakkelijker te benoemen, omdat hiervoor in de meeste gevallen al een verdeling van kosten en opbrengsten en risico's is gemaakt.

5.6 Tevredenheid over de gebruikte samenwerkingsvorm

In de vier casussen geven de ziekenhuizen aan redelijk tot zeer tevreden te zijn met de gekozen samenwerkingsvorm. Het ASZ is zeer tevreden over de manier van samenwerken, omdat zij volledige zeggenschap hebben over het zorggebied en de ontwikkeling en beheer van het commerciële middengebied hebben kunnen overlaten aan externe partijen. Het RZZ is tevens erg tevreden omdat er, zonder de inbreng van financiën of risico's vanuit het ziekenhuis, een zorgpark ontwikkeld wordt. Het MZ en JBZ geven aan dat zij tevreden zijn over de vorm van samenwerken, maar dat er in de samenwerking met de ontwikkelaar nog wel belangrijke opmerkingen te plaatsen zijn. Beiden geven aan dat de ontwikkelaar in hun project regelmatig te veel op de eigen winstmaximalisatie stuurde. Toezicht van het ziekenhuis en de gemeente op het algemene belang van het zorgpark is hiervoor essentieel.

De casussen laten zien dat, wanneer je als ziekenhuis veel zeggenschap hebt, de tevredenheid over de samenwerking hoger is. Een meer traditionele samenwerkingsvorm zou dus leiden tot een grotere tevredenheid. Wanneer de taken en verantwoordelijkheden meer gespreid zijn over de partijen, blijken er toch zaken naar mindere tevredenheid te verlopen.

Geen van de ziekenhuizen geeft direct aan dat het, achteraf bezien, beter een andere samenwerkingsvorm had kunnen kiezen. Het ASZ en RZZ zijn vooralsnog erg tevreden over de gekozen samenwerkingsvorm en zien geen reden om dit anders te doen. Het MZ geeft aan dat het zich scherper had moeten opstellen in de onderhandelingen met de ontwikkelaar. Een tweede punt

van aandacht is de betrokkenheid van het ziekenhuis in de beheerfase. Aangegeven wordt dat het ziekenhuis met name in de beginfase waarde kan toevoegen bij de ontwikkeling van een zorgpark. In de beheerfase, zeker wanneer het grootste deel van de huur van opstallen contractueel al vastligt, zou het ziekenhuis minder betrokken hoeven te zijn. De projectdirecteur van het JBZ geeft aan dat het ziekenhuis er bewust voor heeft gekozen om geen financiële middelen in te brengen en geen risico te dragen, omdat dit ook al was gereserveerd voor de nieuwbouw van het ziekenhuis. Bovendien meldden zich nog niet direct grote huurders voor vestiging op het zorgpark. Wanneer er een goede afzet van opstallen verwacht kan worden, doordat deze partijen zich melden en er een goed economisch klimaat heerst, zou het JBZ meer risico- en kostendragend in de ontwikkeling willen stappen. Hiermee krijgt het namelijk meer zeggenschap over de inrichting van het zorgpark. Uit de casussen blijkt dat een ander type samenwerkingsvorm niet gekozen zou worden door de ziekenhuizen. Wel zijn er verschillende aandachtspunten bij de samenwerking.

6. Keuze voor samenwerkingsvorm

Het onderzoek heeft tot doel om ziekenhuizen inzicht te geven in de relatie tussen een samenwerkingsvorm en de meerwaarde hiervan voor de ontwikkeling van een zorgpark en om ziekenhuizen aanbevelingen te geven over het inrichten van een goede samenwerking voor de totstandkoming van een zorgpark. Uit de casussen is gebleken dat alle ziekenhuizen op een andere wijze samenwerken en rollen en verantwoordelijkheden op verschillende manieren onder verschillende partijen verdelen. De keuzes die een ziekenhuis maakt, blijken sterk af te hangen van de specifieke situatie waarin ziekenhuizen zich bevinden. Toch zijn de ziekenhuizen over de gekozen samenwerkingsvorm tevreden en zouden ze deze niet heel anders hebben willen inrichten. Er is dus geen perfecte, algemeen toepasbare samenwerkingsvorm voor de ontwikkeling van een zorgpark. In dit hoofdstuk wordt dus niet geprobeerd om ziekenhuizen de ideale samenwerkingsvorm aan te reiken. Wel wordt beoogd om ziekenhuisbesturen een handreiking te doen in de keuze voor een voor hen juiste samenwerkingsvorm. Dit wordt gedaan door:

- inzicht te geven in de factoren die de keuze voor een samenwerkingsvorm bepalen;
- een beslismodel aan te reiken dat ziekenhuisbesturen kunnen gebruiken bij de keuze voor een samenwerkingsvorm.

Deze onderdelen worden achtereenvolgens in dit hoofdstuk gepresenteerd.

6.1 Bepalende factoren bij keuze voor samenwerkingsvorm

Wanneer ziekenhuizen moeten kiezen voor een bepaalde samenwerkingsvorm, is het van belang om inzicht te hebben in de factoren die hierop van invloed zijn. Dit biedt inkijk in 'things to be aware of' en maakt een bewustere keuze mogelijk.

De factoren zijn onderverdeeld in strategische keuzes en situationele eigenschappen. Een overzicht van de bepalende factoren voor de keuze voor een samenwerkingsvorm is weergegeven in figuur 20. De factoren zijn onderverdeeld in strategische keuzes en situationele eigenschappen en zijn gebaseerd op de uitkomsten van het casusonderzoek. Hierop volgend is een expertsessie gehouden om de uitkomsten te toetsen en aan te vullen.

Strategische keuzes	Situationele eigenschappen	
Wat het ziekenhuis wil: Verdeling van zeggenschap Verdeling van kosten en opbrengsten Verdeling van risico's	Wat het ziekenhuis kan: Beschikking over financiële middelen Beschikking om risico's te dragen Beschikking over grond Interne uitbreidingsbehoefte ziekenhuis	Invloed externe partijen: Ambitie en mogelijkheden van gemeente Ambitie en mogelijkheden van andere partijen Geïnteresseerde huurders

Figuur 20 Checklist bij keuze voor samenwerkingsvorm

6.1.1 Ziekenhuizen moeten strategische keuze maken

Belangrijk is dat ziekenhuizen een strategische keuze maken over de gewenste verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's in alle fasen van het proces. Op deze aspecten heeft het ziekenhuis immers zelf invloed en deze zijn sterk bepalend voor de uiteindelijke samenwerkingsvorm. Dit zijn dezelfde aspecten die Wolting (2006) al noemde en die in hoofdstuk 3 zijn beschreven. Enkele belangrijke verbanden die betrekking hebben op deze aspecten, zijn hieronder beschreven. In de beschrijving van het beslismodel wordt hier verder op doorgeborduurd.

Verdeling van zeggenschap

- De gewenste mate van zeggenschap is de belangrijkste factor in het bepalen van een samenwerkingsvorm;
- Een grote mate van zeggenschap leidt tot zekerheid, beheersbaarheid en kwaliteitsborging voor het ziekenhuis. Het leidt tot meer invloed op bijvoorbeeld de ruimtelijke inrichting van het gebied en de huurders van opstallen;
- Een grotere zeggenschap leidt tot de noodzaak om als ziekenhuis in grotere mate bij te dragen aan de inbreng van financiële middelen en het dragen van risico's;
- Het toe-eigenen van een grote mate van zeggenschap, betekent het aangaan van een meer traditionele samenwerkingsvorm;
- Hoe meer zeggenschap het ziekenhuis naar zich toe trekt, des te minder aantrekkelijk het ook wordt voor een externe partij om te participeren, omdat deze partij haar eigen belangen minder kan dienen;
- Met meer zeggenschap worden de belangen van het ziekenhuis beter gediend. Wanneer zeggenschap wordt afgestaan aan andere partijen, worden andere belangen in de ontwikkeling belangrijker. Het afstaan van zeggenschap aan een ontwikkelaar bijvoorbeeld, leidt tot een ontwikkeling waarin het belangrijker wordt om naar winstmaximalisatie te streven;
- Meer zeggenschap leidt tot een hogere tevredenheid over de samenwerkingsvorm.

Verdeling van kosten en opbrengsten

- Wanneer er geen financiële middelen beschikbaar zijn of het ziekenhuis deze niet wil vrijmaken, dan gaat dit ten koste van de zeggenschap die het ziekenhuis kan bedingen in de samenwerking;
- Een grotere inbreng van kosten en opbrengsten, betekent het aangaan van een meer traditionele samenwerkingsvorm;
- Voor het verkrijgen van zeggenschap in de planontwikkelingsfase, wanneer belangrijke keuzes worden gemaakt over o.a. de ruimtelijke plannen, is relatief weinig financiële inbreng benodigd.

Verdeling van risico's

- Wanneer het ziekenhuis geen risico's kan of wil dragen, dan gaat dit ten koste van de zeggenschap die het ziekenhuis kan bedingen in de samenwerking;
- Het dragen van een groter gedeelte van de risico's, betekent het aangaan van een meer traditionele samenwerkingsvorm;
- Als het ziekenhuis (financiële) risico's loopt bij de ontwikkeling van een zorgpark, dan mag dit niet ten laste komen van het primaire proces van zorgverlening.

Het is belangrijk dat ziekenhuisbesturen op bovengenoemde aspecten een keuze maken voor de lange termijn. Ook voor de bouw- en beheerfase dienen ziekenhuisbesturen al in de grondexploitatiefase een keuze te maken.

6.1.2 Ziekenhuizen moeten inspelen op situationele eigenschappen

Naast het maken van een strategische keuze op bovengenoemde aspecten, dienen ziekenhuizen in te spelen op situationele eigenschappen van een locatie. Het ziekenhuis heeft op deze situationele eigenschappen (op de korte termijn) niet veel invloed, terwijl die toch bepalend kunnen zijn voor de juiste samenwerkingsvorm. De situationele eigenschappen zijn onder te verdelen in 'wat het ziekenhuis kan' en de invloed van externe partijen.

Wat het ziekenhuis kan

- Beschikking over financiële middelen: wanneer het ziekenhuis zelf geen beschikking heeft over financiële middelen, is het sneller afhankelijk van andere partijen. Wanneer andere partijen nodig zijn voor de inbreng van financiële middelen, dan gaat dit ten koste van zeggenschap van het ziekenhuis over de inrichting van het zorgpark. Dit heeft een minder traditionele samenwerkingsvorm tot gevolg;
- Beschikking om risico's te dragen: wanneer het ziekenhuis zelf geen mogelijkheden heeft om risico's te dragen, is het sneller afhankelijk van andere partijen. Wanneer andere partijen nodig zijn voor het dragen van risico's, dan gaat dit ten koste van zeggenschap over de inrichting van het zorgpark. Dit heeft een minder traditionele samenwerkingsvorm tot gevolg;
- Beschikking over grond: wanneer ziekenhuizen niet over (voldoende) eigen grond beschikken, dan zijn ze afhankelijker van andere partijen voor de totstandkoming van een zorgpark. Het zijn hoofdzakelijk gemeenten die omliggende grond in bezit hebben. Afhankelijk van de ambitie van de gemeente dient de grond te worden overgenomen of wordt deze ingebracht in het project. De beschikking over grond, maakt een traditionele samenwerking gemakkelijker, maar leidt niet noodzakelijk tot een andere samenwerkingsvorm;
- Interne uitbreidingsbehoefte ziekenhuis: een interne uitbreidingsbehoefte van ziekenhuisfuncties, als gevolg van bijvoorbeeld fusies, verhuizingen of verbouwingen, vergroot de haalbaarheid van een zorgpark. Wanneer een aanzienlijk deel van de opstallen direct kan worden opgenomen is het gemakkelijker om financiën rond te krijgen en andere huurders aan te trekken. Wanneer het ziekenhuis zelf al een groot deel van de huurders aan zich weet te binden, heeft het andere partijen minder nodig en kan het een groot deel van de zeggenschap behouden. Dit blijft echter een keuze die het ziekenhuis zelf kan maken. Een grote interne uitbreiding van functies op het zorgpark, maakt het voor ziekenhuizen dus gemakkelijker om een meer traditionele samenwerkingsvorm te kiezen.

Invloed van externe partijen

- Ambities en mogelijkheden van gemeente rond het ziekenhuis: wanneer de gemeente actief betrokken is bij de vormgeving van de plannen van een zorgpark, vergroot dit de haalbaarheid en kwaliteit van het plan. Dit kan zijn als participant (met het inbrengen van financiële middelen en het dragen van risico's), als betrokkene bij de ruimtelijke ontwikkeling en de aansluiting op de omliggende gebieden en/of als regelgever. Wanneer een gemeente veel zaken wil inbrengen, kan een ziekenhuis voor een minder traditionele samenwerkingsvorm kiezen. Dit leidt wel tot verlies van een deel van de zeggenschap;
- Ambities en mogelijkheden van andere partijen rond het ziekenhuis: wanneer andere partijen actief betrokken zijn bij de vormgeving van de plannen voor een zorgpark, vergroot dit de haalbaarheid en kwaliteit van het plan. Wanneer deze partijen financiële middelen, risico's of kennis en ervaring willen inbrengen, kunnen ziekenhuizen kiezen voor een minder traditionele samenwerkingsvorm. Dit leidt wel tot verlies van een deel van de zeggenschap;
- Geïnteresseerde huurders: de aanwezigheid van geïnteresseerde huurders voor de afname van opstallen op het zorgpark, vergroot de financiële haalbaarheid en kwaliteit van het

plan. De risico's (bijvoorbeeld leegstandrisico's) zijn dan kleiner, waardoor ziekenhuizen kunnen kiezen voor een meer traditionele samenwerkingsvorm.

6.2 Beslismodel bij de keuze voor de juiste samenwerkingsvorm

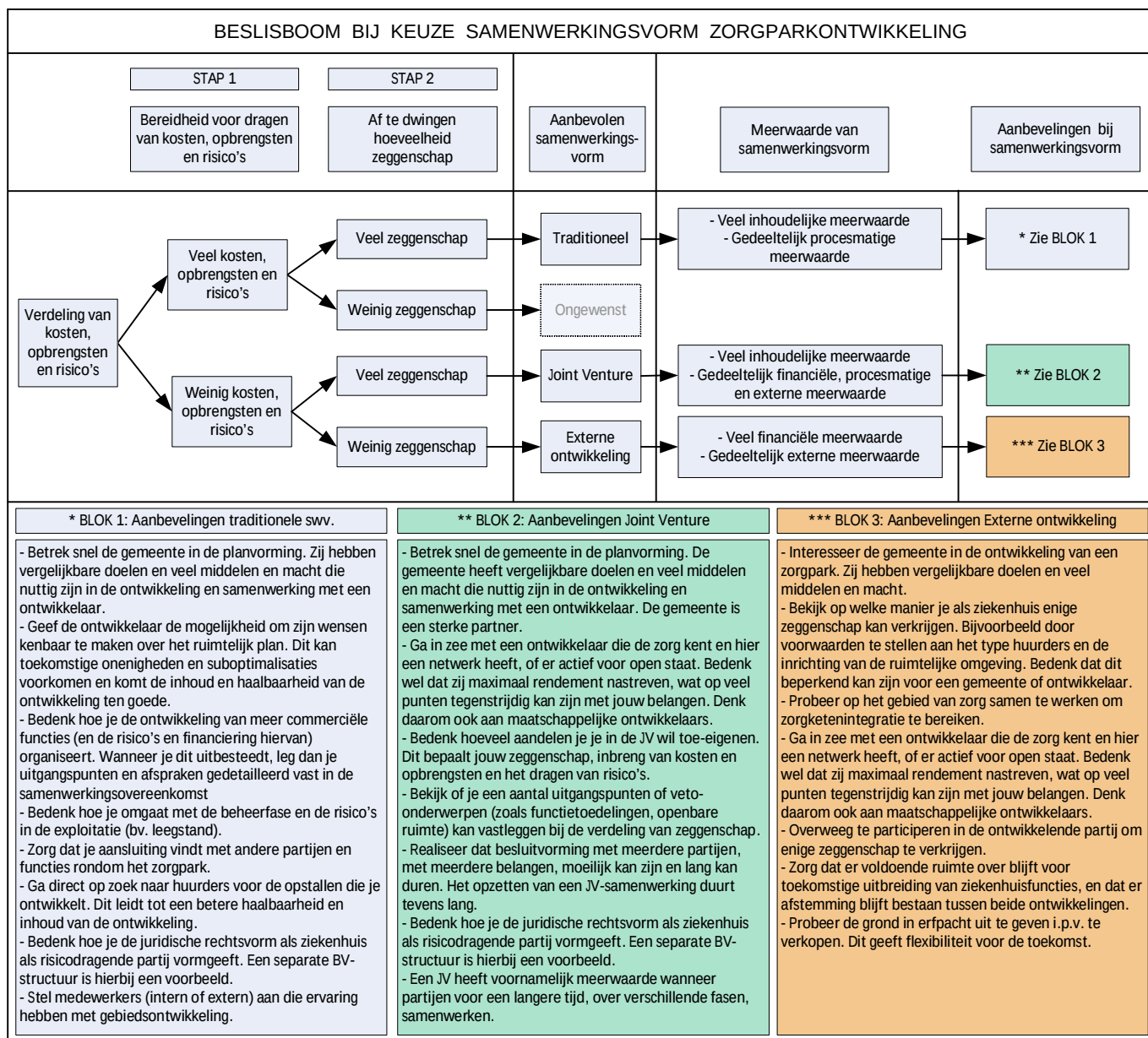
In deze paragraaf wordt een beslismodel voor de keuze van een samenwerkingsvorm gepresenteerd. De aspecten die hierin naar voren komen, zijn in voorgaande paragraaf reeds beschreven. In het beslismodel zijn keuzes op deze aspecten gerelateerd aan de samenwerkingsvorm en meerwaarden hiervan voor een ziekenhuis.

Voordat een ziekenhuisbestuur echter de gewenste samenwerkingsvorm kan bepalen, dient het eerst zorgvuldig de keuze voor een zorgpark te hebben afgewogen. Een zorgpark kan voordelen bieden voor een ziekenhuis, zoals ook beschreven in dit rapport. Ontwikkelaars, architecten en adviseurs proberen ziekenhuizen hiervan bovendien te overtuigen (van Beveren, 2009). Een ziekenhuis zal echter zelf een zeer bewuste en weloverwogen visie moeten hebben van het door hen beoogde zorgpark.

Wanneer een ziekenhuisbestuur interesse heeft in een zorgpark, zal het zichzelf allereerst de volgende belangrijke vragen moeten stellen:

- Met welk doel zouden wij een zorgpark willen hebben?
- Als een zorgpark hieraan bijdraagt; welke onderliggende doelen hebben wij dan met het zorgpark?
- Op welke wijze moet het zorgpark gaan bijdragen aan de bedrijfsvoering en dienstverlening van het ziekenhuis?
- Welke voordelen biedt een zorgpark ons als ziekenhuis?
- Wat zijn de marktmogelijkheden van een zorgpark? Zijn onze (toekomstige) patiënten en bezoekers hierbij mee gebaat? Zijn er partijen die zich op een zorgpark zouden willen vestigen?
- Wat zijn onze ruimtelijke mogelijkheden? Wie bezit er grond?
- Wat zou dan het volume ongeveer moeten zijn en welke functies willen wij er in onderbrengen?
- Wat zijn de kosten en baten van een zorgpark, bij ontwikkeling en beheer?

Na deze fase dient een ziekenhuisbestuur na te denken over de invulling van de samenwerking om te komen tot een zorgpark en het beheer er van. Om ziekenhuisbesturen een eerste handreiking te bieden in keuze voor een samenwerkingsvorm, is op basis van de bevindingen van dit onderzoek een beslismodel ontwikkeld. Dit beslismodel is gebaseerd op de lessen uit het literatuuronderzoek en casusonderzoek. Het relateert keuzes op het gebied van de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's aan de juiste samenwerkingsvorm. Het geeft vervolgens tevens de te verwachten meerwaarde van de samenwerkingsvorm en belangrijke aandachtspunten bij elk van de samenwerkingsvormen weer. Het beslismodel is weergegeven in figuur 21.



Figuur 21 Beslismodel bij keuze voor samenwerkingsvorm zorgparkontwikkeling

Het beslismodel geeft weer wat de aanbevolen samenwerkingsvorm is voor de totstandkoming van een zorgpark, op basis van de gewenste verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's. Deze aspecten zijn immers benoemd als de belangrijkste strategische keuzes die een ziekenhuisbestuur dient te maken bij de inrichting van een samenwerking.

De eerste stap is in het model is het bepalen welke kosten, opbrengsten en risico's zelf gedragen worden en welke overgelaten worden aan externe partijen. Hierop zijn de aspecten zoals weergegeven in figuur 20 tevens van invloed. Vervolgens dient een ziekenhuisbestuur binnen die gewenste rolverdeling te bepalen welke hoeveelheid zeggenschap kan worden afgedwongen. Uiteraard is dit ook afhankelijk van de eisen van eventuele andere partijen (gemeente en ontwikkelaar). Uiteindelijk leidt dit tot een van de drie samenwerkingsvormen.

Het dragen van veel kosten, opbrengsten en risico's en de wens om tevens veel zeggenschap te hebben, leidt tot een traditionele samenwerkingsvorm. Wanneer een ziekenhuis besluit om zelf veel kosten, opbrengsten en risico's te dragen, kan een ziekenhuis invloed en zeggenschap binnen de samenwerking afdwingen. Omdat zeggenschap erg gewenst is, is het daarom niet relevant om een samenwerkingsvorm te kiezen waarbij er weinig zeggenschap voor het ziekenhuis is. Deze

mogelijkheid is daarom niet meegenomen in het model. Wanneer er weinig kosten, opbrengsten en risico's kunnen worden gedragen, zal een ziekenhuisbestuur moeten bepalen of men toch zeggenschap kan afdwingen door een beperkt deel van de kosten, opbrengsten en risico's te dragen, of dat men alle kosten, opbrengsten en risico's door externen laat dragen en dus zeggenschap verliest. In het eerste geval betekent dit een joint venture samenwerking, en het laatste leidt tot een externe ontwikkeling.

Bij elk van de vier samenwerkingsvormen staan de verwachte meerwaarden vermeld. Wanneer men kiest voor een bepaalde samenwerkingsvorm, is het van belang de aanbevelingen bij deze samenwerkingsvorm mee te nemen.

Een ziekenhuisbestuur dient voor elk van de drie fasen in het proces bovenstaand beslismodel te doorlopen. Het is immers mogelijk (en wellicht soms ook wenselijk) om verschillende samenwerkingsvormen in verschillende fasen te gebruiken. Belangrijk hierbij is wel om een goede overgang tussen de fasen te realiseren.

Beperkingen van het beslismodel

Het beslismodel is ontwikkeld op basis van de uitkomsten van het onderzoek. Het is voor ziekenhuisbesturen een nuttig instrument voor een eerste inzicht en als startpunt bij het bepalen van de gewenste samenwerkingsvorm. Er zijn echter wel beperkingen aan het instrument, waardoor het niet te rigide moet worden gehanteerd. Enkele beperkingen zijn:

- Het inrichten van de samenwerking tussen partijen, is niet zo zwart-wit als het toepassen van de kenmerken van een samenwerkingsvorm, zoals ze in dit model zijn gepresenteerd. Uit het casusonderzoek is tevens gebleken dat er vele tussenvormen zijn. Een ziekenhuisbestuur dient de taak- en rolverdelingen bij de aanbevolen samenwerkingsvorm tegen het licht te houden;
- De uiteindelijk aanbevolen samenwerkingsvorm is in het beslismodel slechts gebaseerd op de gewenste en mogelijke verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's. Zoals eerder in dit hoofdstuk aangegeven, zijn er echter meerdere factoren die van invloed zijn op de gewenste samenwerkingsvorm (zoals grondbezit en ambities van andere partijen). Deze zijn niet meegenomen in het model;
- Er zijn slechts drie, van de vijf in de literatuur beschreven, samenwerkingsvormen meegenomen in het instrument. Reden hiervoor is dat er in het onderzoek geen voorbeelden zijn gevonden van ziekenhuizen die een bouwclaim- of concessiemodel hebben gehanteerd. Hierover kunnen dus geen uitspraken worden gedaan. Een concessie is wellicht interessant;
- Zoals eerder gesteld is het benoemen van de meerwaarde van een samenwerkingsvorm moeilijk. Dit instrument geeft dit nu zeer stellig weer. Het is dus belangrijk om met dit aspect bewust en niet rigide om te gaan.

Het beslismodel is een nuttig instrument dat een ziekenhuisbestuur een handvat biedt en direct praktisch toepasbaar is in de besluitvorming en de vervolgstappen die hieruit volgen.

7. Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk geeft een conclusie van de onderzoeksresultaten in paragraaf 7.1. Tevens worden aanbevelingen voor de praktijk (paragraaf 7.2) en aanbevelingen voor vervolgonderzoek (paragraaf 7.3) gedaan. Tot slot is een reflectie en discussie op het onderzoek opgenomen, waar de validiteit van het onderzoek tevens ter sprake komt (paragraaf 7.4).

7.1 Conclusies

Deze paragraaf geeft antwoord op de centrale onderzoeksvraag: “Wat is de meerwaarde van verschillende samenwerkingsvormen bij de totstandkoming van een zorgpark?” Hiermee wordt getracht aan de doelstelling te voldoen om aanbevelingen te geven aan ziekenhuisbesturen over de meerwaarde van mogelijke samenwerkingsvormen bij de totstandkoming van een zorgpark.

Dit onderzoek is begonnen met een uitgebreide en brede literatuur- en praktijkstudie naar de problemen bij de totstandkoming van zorgparken. Hieruit is naar voren gekomen dat ziekenhuizen, om te komen tot een zorgpark, moeten samenwerken met andere partijen, en dat zij te weinig kennis en ervaring hebben over de wijze waarop zij dit moeten doen. Het is voor hen onduidelijk hoe ze de samenwerking kunnen inrichten en wat de meerwaarde is van de verschillende samenwerkingsvormen. Ziekenhuizen zoeken naar een samenwerkingsvorm waarin zij op de juiste manier rollen en verantwoordelijkheden verdelen op het gebied van risicoverdeling, zeggenschap en de inbreng van financiële middelen.

Dit onderzoek is uitgevoerd middels literatuuronderzoek en casusonderzoek. Het literatuuronderzoek heeft inzicht gegeven in het concept en verschijningsvormen van zorgparken. Daarbij zijn de belangrijke stakeholders en hun belangen inzichtelijk geworden uit een stakeholderanalyse. Vervolgens zijn samenwerkingsvormen bij gebiedsontwikkeling, en hun meerwaarde, behandeld. In de literatuurstudie is tot slot ingegaan op belangrijke factoren die de keuze voor een samenwerkingvorm bepalen. Het literatuuronderzoek is uitgevoerd door het bestuderen van (wetenschappelijke) documentatie en interviews met ziekenhuismedewerkers en experts in de zorgmarkt. Het literatuuronderzoek heeft antwoord gegeven op vier onderzoeksvragen en heeft tevens geleid tot een conceptueel raamwerk dat de basis heeft gevormd voor het casusonderzoek.

In het casusonderzoek zijn vier zorgparken in Nederland bestudeerd. Dit betreft het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam, Albert Schweizer Ziekenhuis in Dordrecht, Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch en Röpke-Zweers Ziekenhuis in Hardenberg. In het casusonderzoek is ingegaan op de belangrijke actoren bij de ontwikkeling van het zorgpark, de gebruikte samenwerkingsvorm, de factoren die hiervoor bepalend waren, de meerwaarde die dit gaf en de tevredenheid over de samenwerking. Het casusonderzoek is uitgevoerd door het houden van interviews met de betrokken ziekenhuismedewerkers (projectleiders, Raad van bestuur) en het bestuderen van documentatie over de projecten (o.a. samenwerkingsovereenkomsten, intentieovereenkomsten en aanbestedingsdocumenten).

Met het literatuuronderzoek en casusonderzoek zijn antwoorden gevonden op de gestelde onderzoeksvragen. De onderzoeksvragen worden in deze paragraaf achtereenvolgens behandeld.

1. Wat is een zorgpark?

Een zorgpark is gedefinieerd als een “gebied met daarin een ziekenhuis en andere zorggerelateerde en niet-gerelateerde voorzieningen, ingericht in een aantrekkelijke campus-setting”. Het ontwikkelen van een zorgpark betreft dus een grootschalige gebiedsontwikkeling, wat dus verder

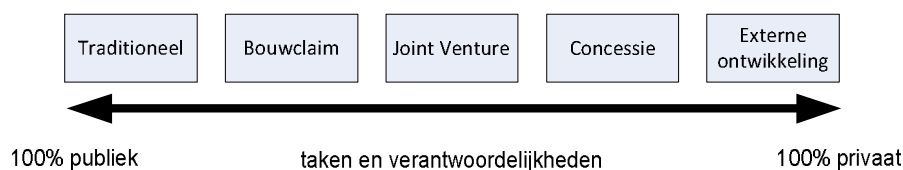
gaat dan een passage in een bestaand ziekenhuis of een bedrijfsverzamelgebouw. De belangrijkste motieven voor het ontwikkelen van een zorgpark zijn het kunnen aanbieden van geïntegreerde (zorg)functies, een verhoogde ruimtelijke kwaliteit rond het ziekenhuis, een betere concurrentiepositie en het aantrekken van meer bezoekers.

2. Wie zijn de belangrijkste stakeholders bij de ontwikkeling van een zorgpark?

Het literatuuronderzoek heeft duidelijk gemaakt dat verschillende partijen belangrijk zijn bij de ontwikkeling van een zorgpark: het ziekenhuis, ontwikkelaar, woningbouwcorporatie, gemeente, zorgaanbieders (huurders), belegger, zorgverzekeraar, financiers en patiënten. Uit de casussen blijkt dat deze partijen inderdaad alle een rol spelen, maar dat de belangrijkste partijen bij de ontwikkeling van een zorgpark zijn: het ziekenhuis, een ontwikkelaar (of een consortium van ontwikkelende partijen) en de gemeente.

3. Welke samenwerkingsvormen onderscheidt de literatuur bij gebiedsontwikkeling?

De literatuur over gebiedsontwikkeling onderscheidt vijf samenwerkingsvormen: de traditionele ontwikkeling, bouwclaim, concessie, joint venture en externe ontwikkeling. De samenwerkingsvormen onderscheiden zich van elkaar in de wijze waarop rollen en verantwoordelijkheden tussen de betrokken partijen in de samenwerking zijn verdeeld. Belangrijke aspecten waarop ze verschillen zijn de verdeling van zeggenschap, verdeling van kosten en opbrengsten en de verdeling van risico's. De vijf samenwerkingsvormen zijn weergegeven in figuur 22.



Figuur 22 Overzicht samenwerkingsvormen uit literatuur

4. Wat zijn de meerwaarden van de verschillende samenwerkingsvormen volgens de literatuur?

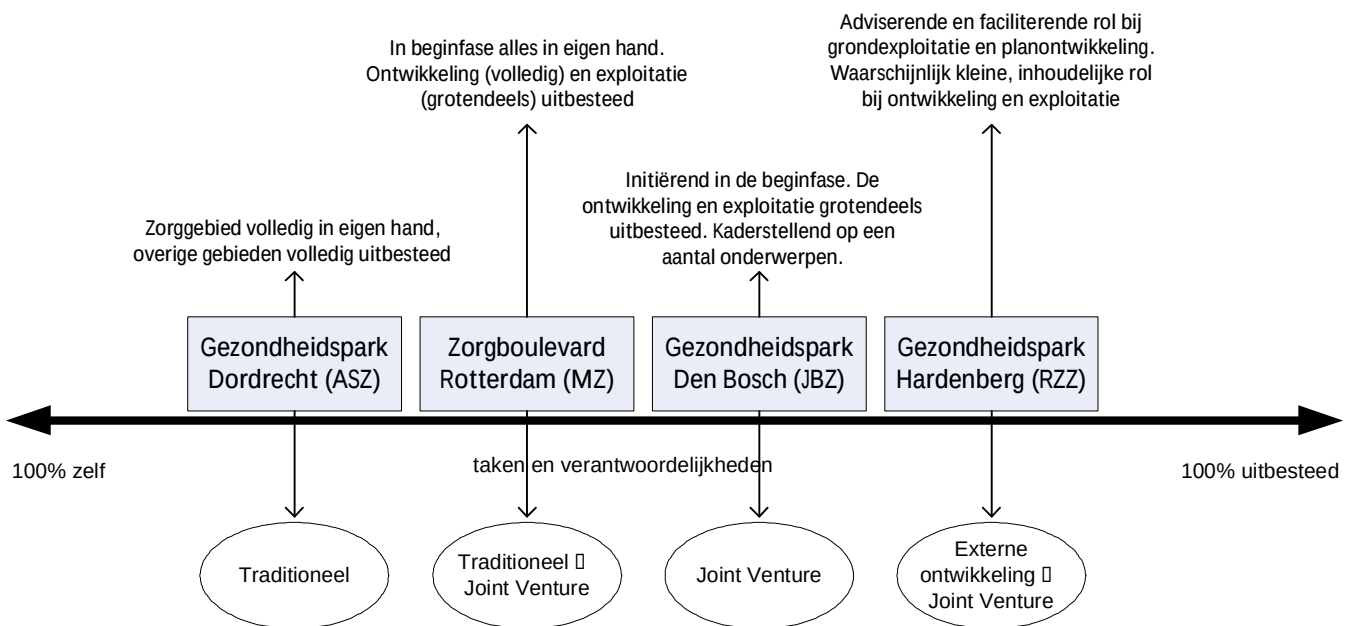
De meerwaarde van een samenwerkingsvorm is onder te verdelen in inhoudelijke, procesmatige, financiële en externe meerwaarde. Elk van de samenwerkingsvormen heeft meer of minder van de verschillende meerwaarden in zich. In tabel 21 is een overzicht gegeven van de verschillende meerwaarden die een samenwerkingsvorm kan hebben bij de ontwikkeling van een zorgpark.

Inhoudelijke meerwaarde	- Integrale benadering van het gebied; - Versterking van de zorgketen door afstemming in zorgfuncties; - Beter ruimtegebruik, hogere kwaliteit en imagoverbetering.
Financiële meerwaarde	- Verschuiving van risico's naar andere partijen; - Inbreng van financiering (kosten, cashflow, continuïteit) in het project door andere partijen.
Procesmatige meerwaarde	- Inbreng van complementaire kennis en ervaring op het gebied van gebiedsontwikkeling, financiering, afzetmogelijkheden, etc; - Beter afstemming van gezamenlijke doelen; - Leereffecten.
Externe meerwaarde	- Mogelijkheid tot het combineren van een zorgpark met andere projecten vanuit een gemeente, ontwikkelaar, etc. (zoals sportfaciliteiten, vestiging van ketenpartners, zorghotel, etc.)

Tabel 21 Meerwaarden van verschillende samenwerkingsvormen in literatuur

5. Wat zijn de gebruikte samenwerkingsvormen bij de ontwikkeling van zorgparken?

De toegepaste samenwerkingsvorm blijkt in de vier casussen sterk te verschillen. Er wordt bij het Albert Schweizer ziekenhuis vrij traditioneel samengewerkt, terwijl het Röpke-Zweers ziekenhuis meer een private ontwikkeling hanteert. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis en het Maasstad ziekenhuis verdelen de taken meer onder de samenwerkende partijen. Wel moet worden geconcludeerd dat de samenwerkingsvormen zoals beschreven in de literatuurstudie, als uitgangspunt gezien moeten worden en door ziekenhuizen niet exact op de voorgeschreven wijze zijn opgezet. Elk ziekenhuis heeft een samenwerking ingericht die een afgeleide is van een van de model-samenwerkingsvormen. Bovendien kunnen er binnen één project in het verloop van het proces meerdere samenwerkingsvormen worden toegepast. De toegepaste samenwerkingsvormen zijn weergegeven in figuur 23.



Figuur 23 Toegepaste samenwerkingsvormen bij zorgparkontwikkeling

6. Welke factoren zijn van invloed op de samenwerkingsvorm die ziekenhuizen toepassen bij de ontwikkeling van een zorgpark?

Specifieke eisen die elk ziekenhuis stelt op het gebied van de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's, bepalen voor het grootste deel de samenwerkingsvorm die bij elk van de ziekenhuizen is toegepast. Op deze aspecten heeft een ziekenhuis zelf veel invloed en maakt het een strategische keuze. Dit is een bevestiging van wat in het literatuuronderzoek reeds is gesteld. De resultaten uit het onderzoek worden op deze punten hieronder samengevat.

Geconcludeerd kan worden dat de gewenste zeggenschap voor het ziekenhuis het meest bepalende aspect is in de keuze voor een samenwerkingsvorm. Grote zeggenschap leidt voor het ziekenhuis tot zekerheid, beheersbaarheid en kwaliteitsborging over het zorgpark. Ziekenhuizen willen zeggenschap hebben over de inrichting van het zorgpark. Dit gaat om het type diensten en huurders die er zich vestigen, in het kader van medische samenwerking en zorgketenintegratie. Ook over de inrichting van het openbaar gebied op het zorgpark willen ziekenhuizen invloed, omdat het zorgpark fysiek aansluit op het ziekenhuis en daarmee invloed heeft op de werkzaamheden en het succes van het ziekenhuis zelf. Deze zeggenschap is met name belangrijk in de beginfase, wanneer de ruimtelijke plannen worden ontwikkeld en huurders worden

geselecteerd, en in de beheerfase, wanneer huurders van opstallen op het zorgpark komen en gaan. Het onderzoek laat wel zien dat een grote mate van zeggenschap, betekent dat het tevens zelf een groot deel van de kosten en opbrengsten en risico's moet dragen.

De verdeling van kosten en opbrengsten is een tweede belangrijke aspect dat de samenwerkingsvorm voor een ziekenhuis bepaalt. De mate waarin de ziekenhuizen financieel bijdragen verschilt, van bijna niets tot een zeer aanzienlijk deel. Redenen om als ziekenhuis financieel beperkt bij te dragen aan de ontwikkeling van een zorgpark, zijn een gebrek aan financiële middelen en/of de wens om de beschikbare financiële middelen in te zetten in het primaire proces van zorgverlening i.p.v. de ontwikkeling van een zorgpark. De inbreng van kosten en opbrengsten hangt sterk af van de gekozen verdeling van zeggenschap en vindt met name plaats in de planontwikkelingsfase en (in mindere mate) de beheerfase. In de bouwexploitatie worden de kosten en opbrengsten grotendeels aan andere partijen overgelaten.

Naast de verdeling van zeggenschap en kosten en opbrengsten, is de verdeling van risico's een derde belangrijk aspect in de keuze voor een samenwerkingsvorm. Twee ziekenhuizen lopen aanzienlijk risico's, terwijl twee andere ziekenhuizen zeer weinig risico lopen. Ziekenhuizen blijven voorzichtig in het aangaan van risico's en dragen hierbij zoveel mogelijk over aan andere partijen. Dit heeft verlies van zeggenschap tot gevolg. Reden hiervoor is dat ziekenhuizen het onacceptabel vinden wanneer risico's in de ontwikkeling en beheer van het zorgpark zich vertalen in negatieve financiële consequenties die vervolgens drukken op de financiering van het primaire proces van zorgverlening van het ziekenhuis. Ziekenhuizen zijn voornamelijk huiverig voor leegstandrisico's. De twee ziekenhuizen die hierin wel risico lopen hebben deze beheerst door langdurige huurcontracten aan te gaan voor het grootste deel van de te ontwikkelen opstallen. Ziekenhuizen leggen de risico's met name bij andere partijen neer in de bouwexploitatie en deels ook in de beheerexploitatie. Als reden hiervoor wordt gegeven dat een ontwikkelaar meer verstand heeft van de bouw en de risico's hierbij beter kan beïnvloeden en dragen.

Tot slot kan geconcludeerd worden dat de verdeling van kosten en opbrengsten en risico's hand in hand gaan. Wanneer kosten en opbrengsten worden overgeheveld naar externe partijen, worden de risico's dit ook en andersom.

Er zijn tevens andere aspecten die invloed hebben op de te kiezen samenwerkingsvorm bij de ontwikkeling van een zorgpark. Dit zijn echter aspecten waarover een ziekenhuis (op de korte termijn) weinig invloed over heeft. Deze aspecten zijn:

- de mogelijkheden van een ziekenhuis (beschikking over financiële middelen, beschikking om risico's te dragen, beschikking over grond en de aanwezige uitbreidingsbehoefte van eigen ziekenhuisfuncties). Hoe meer van deze mogelijkheden een ziekenhuis heeft, des te kleiner is dan de afhankelijkheid van externe partijen. Dit leidt tot een meer traditionele samenwerkingsvorm;
- de invloed van externe partijen (ambities en mogelijkheden van gemeente, andere partijen en eventuele geïnteresseerde huurders). Wanneer een ziekenhuis een gemeente en private partijen actief betreft bij de ontwikkeling van het zorgpark, hebben zij meer invloed op de ontwikkeling, wat leidt tot een minder traditionele samenwerkingsvorm. Wanneer toekomstige huurders zich al vroeg in het proces verbinden aan de huur van een groot deel van de opstallen, is er meer zekerheid over inkomsten in de beheerfase. Dit leidt tot een kleinere afhankelijkheid van externe partijen en een meer traditionele samenwerkingsvorm.

7. Wat is de meerwaarde van verschillende samenwerkingsvormen bij de ontwikkeling van zorgparken?

Geconcludeerd kan worden dat bij de ontwikkeling van zorgparken verschillende typen meerwaarden worden bereikt. Ondanks de toepassing van verschillende samenwerkingsvormen, bereiken alle ziekenhuizen financiële en inhoudelijke meerwaarde (uitgezonderd het RZZ, dat geen inhoudelijke meerwaarde bereikt). Procesmatige en externe meerwaarde worden minder bereikt.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat het verband tussen de gekozen samenwerkingsvorm en de meerwaarde hiervan, niet gemakkelijk blijkt aan te tonen. Hiervoor zijn drie redenen te noemen. Allereerst komen de gebruikte samenwerkingsvormen door ziekenhuizen niet geheel overeen met de samenwerkingsvormen die vanuit de theorie bekend zijn. Daarbij komt dat ziekenhuizen bij verschillende fasen van het proces verschillende samenwerkingsvormen kunnen gebruiken. Ten slotte zijn er, naast de gebruikte samenwerkingsvorm, nog veel meer factoren die de uiteindelijke meerwaarde bepalen (waarvan de verkregen mate van zeggenschap een belangrijke is), waardoor dit verband moeilijk te isoleren is. Op basis van het casusonderzoek en het theoretisch kader kunnen toch enkele uitspraken gedaan worden:

Financiële meerwaarde voor ziekenhuizen uit zich in de beperkt benodigde inbreng van financiële middelen en het beperkt dragen van risico's. Samenwerkingsvormen waarbij kosten en opbrengsten en risico's voor een groot deel zijn overgedragen aan andere partijen, de externe ontwikkeling en deels ook joint venture, leiden tot een grotere financiële meerwaarde.

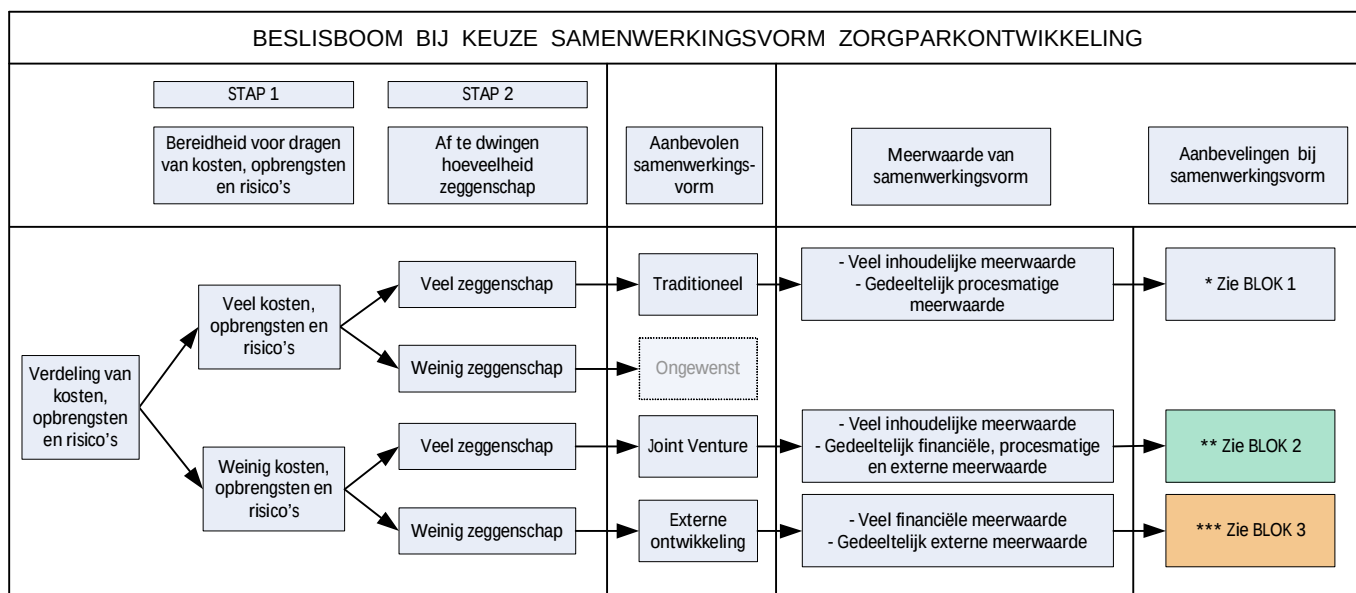
Inhoudelijke meerwaarde uit zich in een samenhangend en haalbaar ruimtelijk plan, waarbij zorg en niet-zorgfuncties op elkaar zijn afgestemd en meerwaarde bieden aan de dienstverlening van het ziekenhuis. Samenwerkingsvormen waarbij het ziekenhuis vanaf het begin van het proces intensief samenwerkt met andere partijen, traditionele ontwikkeling en joint venture, geven de hoogste inhoudelijke meerwaarde.

Externe meerwaarde wordt niet altijd behaald. Samenwerkingsvormen waarbij de gemeente (en eventuele andere partijen die ambities hebben rondom het zorgpark) actief is betrokken in de ontwikkeling, leidt tot meer externe meerwaarde.

Procesmatige meerwaarde wordt tevens weinig bereikt. Het is onduidelijk bij welke samenwerkingsvormen grotere procesmatige meerwaarde wordt bereikt, omdat vele andere factoren hier tevens op van invloed zijn. Er zijn aanwijzingen dat het scheiden van rollen en verantwoordelijkheden tussen partijen leidt tot grotere procesmatige meerwaarde.

Een laatste conclusie die kan worden getrokken is dat zeggenschap over het ruimtelijk plan en de huurders op het zorgpark, voor een ziekenhuis het belangrijkste aspect is dat de tevredenheid over de samenwerkingsvorm bepaalt. Wanneer een ziekenhuis op deze aspecten veel zeggenschap heeft, is men meer tevreden over de samenwerkingsvorm. Wanneer de inbreng van kosten en opbrengsten en het dragen van risico's meer worden overgeheveld naar externe partijen, leidt dit tevens tot een grotere tevredenheid bij ziekenhuizen.

Er kan geconcludeerd worden dat er niet één beste samenwerkingsvorm is voor de totstandkoming van een zorgpark, omdat hierop verschillende situatie-/lokatiespecifieke aspecten van invloed zijn. Om ziekenhuizen toch richting te geven in het bepalen van de voor hen juiste samenwerkingsvorm, is een beslismodel ontwikkeld. Hierin krijgt een ziekenhuisbestuur inzicht in de voor het ziekenhuis beste samenwerkingsvorm, op basis van de gewenste en mogelijke verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's. Daarbij is inzicht gegeven in de meerwaarde van deze samenwerkingsvorm en zijn algemene aandachtspunten bij elk van de samenwerkingsvormen benoemd. In figuur 24 is deze beslismodel in verkorte vorm weergegeven. Hierin ontbreken de aandachtspunten, die in het volledige beslismodel in hoofdstuk 6 wel zijn terug te vinden.



Figuur 24 Beslismodel bij de keuze voor een samenwerkingsvorm

7.2 Aanbevelingen voor de praktijk

In deze paragraaf worden, op basis van het onderzoek, aanbevelingen gedaan aan ziekenhuizen over de inrichting van de samenwerking bij de ontwikkeling van een zorgpark. Deze aanbevelingen richten zich op de actoren die betrokken worden, de samenwerking die een ziekenhuis met hen aan gaat, de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's en andere algemene aanbevelingen voor ziekenhuizen.

Gebruik het beslismodel bij de inrichting van een samenwerking

Er is niet één perfecte samenwerkingsvorm voor de ontwikkeling van een zorgpark. Een ziekenhuis moet daarom zoeken naar de samenwerking die het beste past bij hun wensen, mogelijkheden en omgeving. Een belangrijke aanbeveling is om het beslismodel te gebruiken bij het bepalen van de gewenste samenwerkingsvorm. Hierbij dienen ziekenhuizen een keuze te maken over de inbreng van financiële middelen en risico's die zij kunnen en willen inbrengen, en de beschikbare hoeveelheid zeggenschap die zij hiermee kunnen afdwingen. Hier wordt in de volgende aanbeveling verder op ingegaan. Dit leidt tot een bewuste afweging bij de keuze voor een samenwerkingsvorm. Deze afweging dient te worden doorlopen voor elk van de fasen. Tevens geeft het beslismodel belangrijke aanbevelingen per samenwerkingsvorm. Ziekenhuizen dienen deze aanbevelingen mee te nemen in de afweging en inrichting van de samenwerking. Tot slot dient een ziekenhuis een duidelijke strategie te hebben op de situationele aspecten, zoals beschreven in paragraaf 6.1.

Denk strategisch na over de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's. Het ziekenhuis dient een duidelijke visie te hebben op de gewenste verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's. Voornamelijk over de verdeling van zeggenschap dient een ziekenhuis een weloverwogen keuze te maken. Zeggenschap is gemakkelijk af te staan aan andere partijen, maar is erg moeilijk terug te krijgen. Bij het afstaan van zeggenschap dienen ziekenhuizen duidelijk hun uitgangspunten en voorwaarden vast te leggen.

Aanbevolen wordt om de verantwoordelijkheid voor het dragen van risico's te beperken. Het optreden van risico's, voornamelijk leegstandrisico's in de beheerfase, mag niet ten koste gaan van het primaire proces van zorgverlening. Het afsluiten van langdurige huurcontracten wordt hiervoor aanbevolen. Een andere aanbeveling betreft het alloceren van het leegstandrisico bij andere partijen.

Wanneer je als ziekenhuis veel zekerheid hebt over het maken van winst in de exploitatie van het zorgpark, doordat bijvoorbeeld een groot deel van de huur van opstallen voor de lange termijn vastligt (eigen ziekenhuisfuncties of externe huurders), wordt aanbevolen om zelf meer verantwoordelijk te zijn voor de inbreng van kosten en opbrengsten. Dit geeft tevens meer zeggenschap en kan zelfs extra financiële middelen genereren.

Betrek de juiste actoren op de juiste wijze bij de ontwikkeling van een zorgpark

De rol die elk van de actoren heeft bij de totstandkoming van een zorgpark, is afhankelijk van de te kiezen samenwerkingsvorm. Toch zijn er belangrijke aanbevelingen te doen voor de belangrijke actoren.

- Een belangrijke actor is het ziekenhuis zelf. Zorg voor betrokkenheid en draagvlak van de Raad van Bestuur bij de ontwikkeling. Aanbevolen wordt om een bestuurder in de projectorganisatie te laten plaatsnemen, of iemand van de projectorganisatie in de Raad van Bestuur onder te brengen. Dit zorgt er voor dat de werkzaamheden van het ziekenhuis beter aansluiten op die van het zorgpark en dat het proces soepeler en sneller doorlopen wordt.

Betrek medisch specialisten voor een goede samenwerking op zorggebied. Medisch specialisten hebben bestaande samenwerkingbanden en een erg sterk (lokaal) zorgnetwerk waardoor zij deze partijen tevens kunnen interesseren voor vestiging op het zorgpark.

Ziekenhuizen dienen expertise te hebben van aspecten zoals vastgoed, financiering, contractering, risicomanagement en juridische aspecten. Omdat zij dit doorgaans niet zelf in huis hebben dienen medewerkers of adviseurs te worden aangetrokken.

Het ziekenhuis dient ten slotte een inventarisatie te doen van het bestaande vastgoed. Nagegaan moet worden of er extra ziekenhuisfuncties kunnen worden toegevoegd en of deze op het zorgpark gelokaliseerd kunnen worden. Daarbij dient te worden afgewogen of sommige functies, zoals kantoren, apotheek en enkele poliklinieken, wellicht beter kunnen worden ondergebracht op het zorgpark.

- Betrek de gemeente direct bij de planvorming. De gemeente heeft vergelijkbare doelen als het ziekenhuis, heeft kennis en ervaring van gebiedsontwikkeling, heeft financiële middelen, kan risico's dragen, heeft macht op het gebied van regelgeving (bestemmingsplannen), is verantwoordelijk voor de openbare ruimte en de aanleg van infrastructuur en is een sterke partij in de samenwerking met een private ontwikkelaar. Bovendien kan een gemeente voor aansluiting zorgen op omliggende gebieden en kan het helpen in marketing en branding van het zorgpark. Probeer de gemeente wel voor lange tijd te verbinden aan het project, zodat zij de participatie niet zomaar kan terugdraaien. Belangrijk is ook om de verschillende 'petten' van de gemeente te onderscheiden. De gemeente kan meerdere rollen spelen: die van regelgever, participant en financier.
- Werk samen met een ontwikkelaar. Een ontwikkelaar kan financiële middelen inbrengen, risico dragen en de realisatie op zich nemen. Bovendien heeft een ontwikkelaar kennis van en ervaring met gebiedsontwikkeling. Zij kunnen hier, zeker in de beginfase, goede ideeën voor inbrengen. Houd wel rekening met hun primaire belang van winstmaximalisatie. Het is essentieel je sterk op te stellen en afspraken tot in het grootste detail vast te leggen, om toekomstige conflicten te voorkomen. Aanbevolen wordt tevens om met ontwikkelaars samen te werken die bekend zijn met gebiedsontwikkeling in de zorg. De belangen, eisen en wensen liggen bij de ontwikkeling van een zorgpark anders dan bij de ontwikkeling van een meer gangbare woonwijk of winkelcentrum. Hun netwerk in de zorg (bijvoorbeeld voor het aantrekken van huurders) is bij een zorgpark tevens belangrijk. Lang niet alle ontwikkelaars zijn hiervoor geschikt. Een samenwerking met een ontwikkelaar met een maatschappelijke doelstelling, verdient zeker aanbeveling, omdat deze partij doorgaans

een lager rendement accepteert en kwaliteit van de omgeving belangrijker vindt dan de traditionele ontwikkelaars.

- Ga direct op zoek naar geïnteresseerde huurders (voor de lange termijn) voor de opstallen op het zorgpark, enerzijds op het vlak van zorg en anderzijds op het vlak van leisure, winkels en andere niet-zorgfuncties. Een goede samenwerking met zorghuurders leidt tot een betere zorgketenintegratie en maakt financiering gemakkelijker. Richt een vereniging van huurders op om de samenwerking tussen het ziekenhuis en de zorgpartijen en de zorgpartijen onderling beter te organiseren.

Algemene aanbevelingen voor de praktijk

- Ga als ziekenhuis duidelijk na wat je visie en doel is bij een zorgpark. De vragen in paragraaf 6.2 zijn hierbij nuttig. Er wordt door ontwikkelaars en adviseurs in mooie woorden gesproken over een zorgpark en de voordelen, maar een ziekenhuis moet zelf afwegen of het past bij de lange termijn strategie van een ziekenhuis. Daar komt bij dat er, naast clustering van zorgfuncties in bijvoorbeeld een zorgpark, tevens een trend waarneembaar is waarin zorg steeds meer losgekoppeld wordt van het ziekenhuis en meer in de wijk, dichtbij de patiënt, plaatsvindt. Een samenwerking tussen het centrale zorgpark, met kennis en faciliteiten, en zorgpartijen in de wijk, is hierbij een mogelijkheid.
- Ga zuinig om met het vrijgeven van eigen grond voor de ontwikkeling van een zorgpark. Wanneer je grond verkoopt of inbrengt, verlies je hierover voor de lange termijn zeggenschap. Het uitgeven van grond in erfpacht verdient hierbij aanbeveling.
- Houd rekening met het geldende en toekomstige economische klimaat. Wanneer dit, zoals op het moment van onderzoek, zwak is, is de afzet van opstallen moeilijker en zijn ontwikkelaars, beleggers en financiers terughoudend in hun betrokkenheid bij een zorgpark.
- Vind aansluiting met omliggende gebieden en partijen. Een fysieke aansluiting met de omliggende gebieden is belangrijk voor de uitstraling en bereikbaarheid van het zorgpark. Daarbij biedt het ook mogelijkheden voor nieuwe samenwerkingen, bijvoorbeeld op het gebied van sport.

7.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan een aantal aanbevelingen gedaan worden voor vervolgonderzoek.

Voer dit onderzoek over een aantal jaren opnieuw uit

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden bij zorgparken waarvan er nog geen enkele is opgeleverd. Dit maakt het moeilijker om harde uitspraken te doen over de meerwaarden van en tevredenheid over de gebruikte samenwerking. Ziekenhuismedewerkers kunnen hierover slechts verwachtingen uitspreken, maar hebben nog geen inzicht in alle effecten van de keuzes die ze hebben gemaakt. Om met een grotere betrouwbaarheid uitspraken te kunnen doen, wordt aanbevolen om dit onderzoek over een aantal jaren, na oplevering van een reeks zorgparken, te herhalen. Bovendien is de verwachting dat over een aantal jaren meerdere ziekenhuizen een zorgpark ontwikkelen. Er zijn plannen bij de Isala klinieken te Zwolle, Medisch Spectrum Twente in Enschede, Zaan Medisch Centrum in Zaanstad en het Amsterdams Medisch Centrum in Amsterdam. Meer casussen en meer betrouwbare resultaten in de casussen, komen de conclusies ten goede. Bovendien kan de checklist, zoals beschreven in hoofdstuk 6, verder gevalideerd en aangevuld worden. Inzichten in de effecten van samenwerkingsvormen op het beheer van zorgparken is dan tevens mogelijk. Ook de manier waarop in de beheerfase de exploitatie en het onderhoud organiseerd wordt met de verschillende partijen, is dan een interessante onderzoeksvraag.

Toets en breid het beslismodel uit

Het beslismodel is zelfstandig ontwikkeld op basis van de uitkomsten van het onderzoek. Het verdient aanbeveling om deze te toetsen onder experts en ziekenhuisbesturen. Daarbij dienen slechts de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's als input in het model. Er zijn meerdere factoren, die in dit model geïncorporeerd zouden kunnen worden. Bovendien kunnen er meer dan de tot nu toe gevonden factoren zijn, die een invloed hebben op de samenwerkingsvorm. Het verdient daarom tevens aanbeveling om een nog beter inzicht te krijgen in de effecten van factoren op de te kiezen samenwerkingsvorm.

Onderzoek de factoren die gemeenten en ontwikkelaars prikkelen

Een van de mogelijke verbeterpunten is het verkrijgen van inzicht in de factoren op basis waarvan ontwikkelaars en gemeenten besluiten al dan niet te participeren in de ontwikkeling van een zorgpark. Inzicht in hun overwegingen is erg nuttig, bijvoorbeeld over hun gewenste inbreng van financiële middelen en het dragen van risico's, en de gewenste zeggenschap die ze hier voor terug willen hebben. Dit helpt ziekenhuisbesturen in het betrekken van deze belangrijke partijen.

Houd interviews met meer partijen

De interviews in dit onderzoek hebben zich toegespitst op ziekenhuizen. Zij zijn de partij die in de beginfase bepaalt welke samenwerkingsvorm wordt toegepast. Een interessante verrijking zou zijn om ontwikkelaars en gemeenten bij de vier casussen te interviewen om breder beeld te krijgen van de samenwerking en de tevredenheid hierover. Bovendien kan het leiden tot interessante inzichten over samenwerkingen die bij ziekenhuizen niet bekend zijn en voor alle partijen kunnen leiden tot een beter zorgpark en proces hier naartoe.

Onderzoek vergelijkbare locaties (stationslocaties, luchthavens en andere zorglocaties)

Ziekenhuizen zijn locaties in het publieke domein, met een duidelijke primaire taak van zorgverlening, waar daarbij vergelijkbare vraagstukken spelen als op andere locaties. Stationslocaties en luchthavens zijn vergelijkbare locaties. Bij deze locaties speelt tevens de dubbele rol van ontwikkelaar en eigenaar een rol. Op deze locaties heeft men (NS of Schiphol Groep) veel ervaring met vastgoed- en gebiedsontwikkeling. Een expertsessie heeft geleerd dat de aspecten uit de ontwikkelde checklist voor ziekenhuizen, sterk lijkt op de aspecten die van belang zijn bij stationsontwikkeling. Een vergelijkend onderzoek, waarbij lessen uit de stations- en luchthavenomgeving worden verkregen, kan interessante inzichten opleveren voor ziekenhuizen. De ontwikkeling van zorgparken in Hengelo en Leiderdorp, zonder een aanzienlijke rol voor ziekenhuizen, zouden succesvol kunnen zijn. In dit onderzoek zijn deze buiten beschouwing gelaten. Vervolgonderzoek kan hier interessante inzichten in geven. Vervolgonderzoek naar andere zorginstellingen, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, wordt tevens aanbevolen. Op deze locaties zijn op dit moment aanzienlijke ontwikkelingen gaande. Het is hierbij bijvoorbeeld interessant om te onderzoeken hoe verpleeghuizen samenwerken met gemeenten en ontwikkelaars.

Onderzoek de wijze van samenwerken bij de bouw van ziekenhuizen

Onderzoek naar de samenwerking bij de nieuwbouw of grootschalige verbouw van ziekenhuizen, kan goede inzichten opleveren over de dynamiek van grootschalige gebiedsontwikkeling in een ziekenhuisomgeving en de samenwerking die hierbij wordt gehanteerd tussen ziekenhuis, ontwikkelaar, gemeente en andere partijen. Hier zijn veel meer casussen voor beschikbaar, waar tevens lessen kunnen worden geleerd die bij de ontwikkeling van zorgparken relevant zijn.

Onderzoek de gewenste rechtsvorm van de vastgoedtak van een ziekenhuis

Doordat vastgoed in de nieuwe regelgeving onderdeel is geworden van de financiële balans van ziekenhuizen, hebben ontwikkelingen in het vastgoed van het ziekenhuis (zoals waardeveranderingen, risico's, verliezen, etc.) effect op de algehele financiële situatie van het ziekenhuis.

Omdat het primaire proces van zorgverlening niet in gevaar gebracht mag worden, moet het ziekenhuis op zoek naar andere juridische rechtsvormen voor het onderbrengen van het vastgoed. Zeker wanneer een ziekenhuis financieel en voor eigen risico gaat participeren in vastgoed op een zorgpark, is een gedegen afweging hierover belangrijk. Het is zeer nuttig om ziekenhuisbesturen inzicht te geven in de gevolgen van verschillende rechtsvormen op het gebied van bijvoorbeeld juridische en financiële aansprakelijkheid. Ziekenhuizen zijn zich hier niet allemaal voldoende van bewust of hebben moeite met het kiezen van de juiste vorm. Vervolgonderzoek in deze richting kan ziekenhuizen helpen.

Onderzoek de productmatige meerwaarde van een zorgpark

Dit onderzoek heeft zich voornamelijk gericht op de procesmatige kant van de totstandkoming van een zorgpark. Aan de productmatige kant, is nog veel interessant onderzoek te doen. Zo is het de vraag in hoeverre een zorgpark bijdraagt aan de doelen van het ziekenhuis: in hoeverre verbetert een zorgpark het primaire proces? In hoeverre is het financieel haalbaar of winstgevend te maken? Worden alle verwachte voordelen daadwerkelijk behaald? Ook interessant vervolgonderzoek is het bepalen van de gewenste functies op een zorgpark. Deze zal van de locatie afhankelijk zijn en moeten matchen met het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Wellicht is het mogelijk om op basis van locatiespecifieke factoren een 'menukaart' van zorg- en niet-zorgfuncties samen te stellen, waarin de omvang en het type functies zijn opgenomen.

7.4 Reflectie

Deze paragraaf geeft een reflectie op het onderzoek. Hierbij wordt ingegaan op de relevantie van het onderzoek, de betrouwbaarheid van de resultaten en de validiteit van de conclusies.

Relevantie

Dit onderzoek geeft inzichten in de verschillende samenwerkingen bij de ontwikkeling van zorgparken. Het beschrijft de samenwerkingen bij de vier zorgparken in ontwikkeling in Nederland en geeft inzichten in de wijze waarop rollen en verantwoordelijkheden zijn verdeeld onder de verschillende actoren. Inzichten in de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's, voor ziekenhuizen zeer belangrijke aspecten, worden tevens gegeven. Daarbij geeft het onderzoek een overzicht van de factoren die de keuze voor een samenwerkingsvorm bepalen. Hiermee zijn ziekenhuisbesturen, die nu zouden willen beslissen over het inrichten van een samenwerking bij de ontwikkeling van een zorgpark, zich beter bewust van de factoren die een samenwerkingsvorm bepalen en kunnen zij hierbij een betere afweging maken.

Naast inzicht in de samenwerking bij zorgparken, draagt het onderzoek tevens bij aan het algemene inzicht in zorgparken. Inzichten worden verschaft in de belangrijke problemen bij de ontwikkeling van zorgparken, de belangrijke stakeholders en de meerwaarde van een zorgpark voor de verschillende stakeholders. Tot slot zijn wetenschappelijke inzichten over samenwerking bij gebiedsontwikkeling (vaak vanuit het perspectief van een gemeente bij de ontwikkeling van bedrijventerreinen, woonwijken, binnensteden, etc.), weliswaar summier, met succes naar ziekenhuisomgevingen vertaald.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van het onderzoek geeft aan dat, wanneer de onderzoeksactiviteiten zouden worden herhaald, dezelfde onderzoeksresultaten worden bereikt. Belangrijk is om in het onderzoek fouten en vooroordelen te minimaliseren. Er zijn elementen die de betrouwbaarheid van het onderzoek hebben versterkt en elementen die twijfels oproepen bij de betrouwbaarheid.

De rol van de onderzoeker was zeer onafhankelijk en vrij. De onderzoeker heeft geen belangen moeten behartigen en heeft onbevooroordeeld kunnen werken. Bovendien heeft er bij de

probleemanalyse, literatuuronderzoek en casusanalyses interview en toetsing met verschillende experts plaatsgevonden. Beide activiteiten komen de betrouwbaarheid van de resultaten ten goede. Voor alle casussen is gebruik gemaakt van interviews met de direct betrokken projectleiders, van samenwerkingsovereenkomsten en van andere beschikbare informatie. De interviews zijn goed voorbereid en er is gebruik gemaakt van een van tevoren opgesteld en geoperationaliseerd interviewschema. Op deze manier zijn in alle casussen dezelfde vragen gesteld, zijn dezelfde onderwerpen besproken en zijn dezelfde methoden toegepast om informatie te vergaren. De interviews zijn direct verslagen en opgenomen in een casusonderzoek database. Hierin is alle informatie over de casussen op eenzelfde wijze, overzichtelijk gecodeerd en ontsloten. De interviewverslagen zijn bovendien ter toetsing voorgelegd aan de geïnterviewden en alle (al dan niet met kleine aanpassingen) goedgekeurd. Er is wel slechts met één persoon per ziekenhuis gesproken. Dit leidt tot subjectiviteit. Binnen ziekenhuizen is er echter vaak slechts één persoon die het gehele project en proces kent en de achtergrond kent van gebeurtenissen en beslissingen. Daarbij zaten de geïnterviewden zelf nog midden in het ontwikkelproces van hun zorgpark. Dit kan hebben geleid tot sociaal wenselijke antwoorden en het ontwijken van gevoelige antwoorden die het verdere proces zouden kunnen beïnvloeden. De onderzoeker heeft met doorvragen getracht zo betrouwbaar mogelijke antwoorden te verkrijgen. Het casusonderzoek laat zien dat er tevens fouten en verwijten zijn besproken.

Er is voor gekozen om geen interviews te houden met bijvoorbeeld ontwikkelaars en gemeenten. Zij zijn tevens betrokken bij de ontwikkeling van een zorgpark en kunnen interessante inzichten brengen. Dit onderzoek heeft zich meer gericht op de keuze die een ziekenhuis maakt voor een samenwerkingsvorm. In vervolgonderzoek kunnen interviews met de andere partijen tot interessante inzichten en betrouwbaardere resultaten leiden.

Aan de analyse van alle casussen liggen meerdere informatiebronnen en meerdere onderzoeksmethoden ten grondslag. Dit zijn voor alle casussen, voor zover mogelijk, dezelfde bronnen en methoden. Alleen in de bestudeerde overeenkomsten zat enig verschil. Voor het ASZ en MZ zijn samenwerkingsovereenkomsten ingezien, waar het voor het JBZ een concept samenwerkingsovereenkomst betrof. Voor het RZZ was nog geen samenwerkingsovereenkomst beschikbaar. Voor een aanzienlijk deel is er dus aan methoden- en bronnentriangulatie gedaan. Dit komt de betrouwbaarheid van de resultaten ten goede.

Voor de probleemanalyse is gebruik gemaakt van een groot aantal interviews met ziekenhuizen en experts, omdat (wetenschappelijke) literatuur ontoereikend was om duidelijkheid te geven over de problematiek achter de ontwikkeling van zorgparken. Voornamelijk over procesgerelateerde aspecten bij zorgparkontwikkeling, is weinig informatie beschikbaar gebleken. Voor de interviews met ziekenhuizen en experts is een selectie gemaakt van te interviewen personen. Deze selectie heeft de resultaten kunnen beïnvloeden. Het inzetten van experts leidt tot enige vorm van subjectiviteit. Wel zijn experts en ziekenhuizen met verschillende achtergronden en expertises benaderd. In de interviews is een vrij uniform beeld verkregen, waardoor dit redelijk betrouwbaar wordt geacht.

Het beslismodel en de conclusies van het onderzoek, zijn gebaseerd op een viertal casussen. Omdat de juiste inrichting van een samenwerking bij een zorgpark erg locatiespecifiek is, zouden meer casussen een nog betrouwbaarder beeld kunnen geven. Deze casussen zijn echter niet beschikbaar gebleken. Vervolgonderzoek over enkele jaren, wanneer er waarschijnlijk meer zorgparken zijn ontwikkeld, kan dit inzicht beter verschaffen.

Een andere kritiek bij het casusonderzoek is het moment van onderzoek. Dit onderzoek is uitgevoerd op momenten dat de ontwikkeling van de zorgparken nog niet afgerond was. In de casussen zijn dus nog niet alle lessen geleerd. Inzichten in de effecten van de samenwerking (meerwaarde en tevredenheid) zijn met dit onderzoek dus nog niet geheel betrouwbaar te noemen. Men kan hier voor een deel slechts spreken van verwachte effecten en minder van daadwerkelijke

effecten. Wanneer dit onderzoek over enkele jaren opnieuw wordt uitgevoerd, kunnen betrouwbaardere resultaten worden bereikt.

Validiteit

De validiteit van de getrokken conclusies is af te meten aan de constructvaliditeit, de interne validiteit en de externe validiteit. Deze zijn achtereenvolgens beschreven.

Constructvaliditeit is het gebruiken van de juiste meetactiviteiten voor de te onderzoeken concepten. Het gebruik van meerdere methoden en informatiebronnen, wordt triangulatie genoemd en verbetert de constructvaliditeit. In dit onderzoek zijn meerdere methoden toegepast: literatuuronderzoek, interviews en experttoetsingen. Tevens zijn diverse bronnen geraadpleegd: personen (waaronder direct betrokkenen), (wetenschappelijke) literatuur, documenten (zoals samenwerkingsovereenkomsten) en media (bijvoorbeeld websites voor projectbeschrijvingen). Hiermee is de constructvaliditeit van het onderzoek gewaarborgd. Wel zijn er enkele kanttekeningen bij te plaatsen: in de beginfase van het onderzoek zijn er relatief weinig bronnen geraadpleegd omdat er weinig bronnen beschikbaar waren. Zodoende is het noodzakelijk geweest om veel informatie via subjectieve interviews te vergaren. Daarbij, zoals in het vorige onderdeel tevens beschreven, zijn alleen interviews gehouden met ziekenhuizen, waar interviews met andere partijen omwille van de beperkte tijd niet zijn gehouden. Deze punten verminderen de constructvaliditeit. Wel zijn alle resultaten (zoals de stakeholderanalyse en checklist bij de keuze voor een samenwerkingsvorm) getoetst in workshops met diverse experts, wat de constructvaliditeit bevordert.

De interne validiteit is het vaststellen van een causale relatie, waarbij wordt aangetoond dat bepaalde condities leiden tot andere condities. De vraag is of de onderzoeker een gevolgtrekking mag doen. In dit onderzoek is een causale relatie getracht te vinden tussen samenwerkingsvorm en meerwaarde. Dit is, zoals eerder in het rapport beschreven, deels gelukt. Met name het verband tussen een samenwerkingsvorm en de procesmatige meerwaarde die het oplevert is moeilijk aan te tonen, om eerder beschreven redenen.

De externe validiteit is het vaststellen van het domein waarbinnen de bevindingen van het onderzoek kunnen worden gegeneraliseerd. Door de beperkte onderzoekstijd kon er slechts een beperkt aantal casussen onderzocht worden. Omdat het onderzoek zich richt op het ziekenhuis als initiatiefnemer, zijn hiermee wel alle mogelijk beschikbare casussen onderzocht. De vraag is wel in hoeverre de onderzoeksresultaten geldend zijn voor alle ziekenhuizen. Er zijn veel verschillen tussen de casussen in de manier van samenwerken. Wat ziekenhuizen belangrijk vinden binnen een samenwerking blijken echter redelijk vergelijkbaar. Vanwege de variëteit aan situaties en lokaties en de verschillen die hierdoor optreden, is het verstandig geweest meerdere casussen te onderzoeken. Voor overige discussie over het aantal casussen, zie 'Betrouwbaarheid'.

De tijd van onderzoek

Referenties

De referenties zijn onder te verdelen in referenties gebruikt in het theoretisch kader en referenties die in het casuonderzoek zijn toegepast.

Theoretisch kader

Apperloo et al (2003), *Samenwerkingsconstructies in de herstructurering*, kennisproduct in opdracht van VROM en Kenniscentrum PPS

Braak, W. van de (2003), *Zorg Parken*, afstudeerscriptie Faculteit der Bouwkunde, Technische Universiteit Delft, Juni 2003

Bryson (2004), *What to do when stakeholders matter*, Public Management Review, Vol.6 Issue 1

Bult-Spiering, M. & Dewulf, G. (2006). *Strategic Issues in Public-Private Partnerships. An international perspective*. Oxford: Blackwell Publishing

Bult-Spiering, M. et al (2005), *Handboek Publiek Private Samenwerking*, Utrecht: Lemma

Eden, C. en Ackermann, F. (1998), *Making Strategy*, Thousand Oaks, California: Sage

Fritzsche et al. (2005), *Huisvesting is strategisch goed. Wegwijzer voor vastgoedmanagement in ziekenhuizen*, Zeist: A-D Druk

Graaf, J. de (2008). *Nieuwe ontwikkeling: zorgboulevards*. Afstudeerscriptie Faculteit der Bouwkunde, Technische Universiteit Delft, oktober 2008

Joroff, M. et al (1993), *Strategic management of the fifth resource: corporate real estate*, The Industrial Development Research Foundation, US

Kenniscentrum PPS (2003), *Samenwerkingsconstructies in de herstructurering*, Den Haag: Ministerie van Financiën, Ministerie van VROM

Kenniscentrum PPS (2004), *Samenwerkingsmodellen en de juridische vormgeving daarvan bij PPS bij gebiedsontwikkeling*, Den Haag: Ministerie van Financiën

Kenniscentrum PPS (2006), *Publiek-Private Samenwerking bij Gebiedsontwikkeling, wanneer wel en wanneer niet*, Den Haag: Ministerie van Financiën

Lukassen et al (2004) *Rapportage Definitie Zorgboulevards*, Onderzoek Van Wagenberg Associates, Eindhoven

Mens (2005), *Zorgboulevards. Verkenningen in het zorglandschap van morgen*, Bussum: uitgeverij Thoth

Nauta, J. (2005), *Zorg voor morgen!*, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen

Pörtzgen, F. (2008), *Ziekenhuizen in ontwikkeling*, Stedebouw en Architectuur, jaargang 25, nummer november 2008

Slaager, M. (2008), *“Differentiatie door combinatie. Een onderzoek naar de toegevoegde waarde van de combinatie van facility- en vastgoedmanagement in de gezondheidszorg”*, afstudeerscriptie Master of Facility Management, Rijksuniversiteit Groningen, Mei 2008

Thissen et al (2005), *Ontwikkelen en beheren van zorgparken*, ZorgVisie, jaargang 35, nummer 11

Verschuren, P. & Doorewaard, H. (1995), *Het ontwerpen van een onderzoek*, Utrecht: Lemma BV

Wolting, B. (2006), *PPS en gebiedsontwikkeling*, Den Haag: Sdu uitgevers

Yin, Robert K. (1994), *Case Study Research. Design and Methods*, Thousand Oaks: Sage

Casusonderzoek

Bandel, A., et al. (2006), *Uniek gezondheidspark in Dordrecht*, ZM Magazine, 9/2006

Bijsterveld, K. (2005), *Nieuw gezondheidspark in Dordrecht wordt een echt stuk stad*, BuildingBusiness, juni/juli 2005, pp. 36-39

Gemeente Den Bosch (2006), *Woningbouw en zorgpark*,
<http://www.vestingstad.com/content.cfm?contentid=DE79358B-8021-0F65-0F8DE943CB7B882A>

Gemeente Dordrecht (2009), *Gezondheidspark*,
<http://cms.dordrecht.nl/dordt?waxtrapp=mrwkqDsHaKnPvBIqEfCfC> (4 augustus 2009)

Hagemans (2007), *Vlag kan uit bij het ziekenhuis*,
<http://www.brabantsdagblad.nl/regios/denbosch/article1582520.ece> (12 augustus 2009)

Pieterse Terwel Grevink (2005), *Medi-Mall basisprogramma* (Intern rapport)

Schoot, L.L. (2009), *Praktijkcasus Gezondheidspark Dordrecht*, tijdens Zorg Magazine Masterclass d.d. 9 april 2009, <http://www.zmmagazine.nl/page/114>

Zorgboulevard Rotterdam (2008), *Partijen betrokken bij Zorgboulevard Rotterdam*,
http://www.zorgboulevardrotterdam.nl/betrokken_partijen.html (3 augustus 2009)

Zorgvisie (2008), *MCRZ ontwikkelt zorgboulevard met consortium*,
<http://www.zorgvisie.nl/nieuws/nieuwsoverzicht/nieuwsartikel/MCRZOntwikkeltZorgboulevardMetConsortium.htm> (3 augustus 2009)

Bijlagen

Bijlage 1 – Overzicht oriënterende interviews en expertsessies

Bijlage 2 – Overzicht van zorgboulevards en zorgparken in Nederland

Bijlage 3 – Differentiatie van zorgboulevards

Bijlage 4 – Veranderende regelgeving in de organisatie en financiering van vastgoed in de zorg

Bijlage 5 – Gebiedsontwikkeling

Bijlage 6 – Overzicht bepalende factoren voor samenwerkingsvorm

Bijlage 7 – Overzicht geïnterviewde personen casusonderzoek

Bijlage 8 – Vragenlijst interviews projectleiders zorgparken

Bijlage 1 – Overzicht oriënterende interviews en expertsessies

In deze bijlage is een overzicht gegeven van de belangrijkste oriënterende interviews en de gehouden expertsessies.

Oriënterende interviews

Aarle, Marcel van (2009), zorgadviseur NPC, interview over de ontwikkeling van zorgparken, Utrecht, 04-03-2009

Berg, Trudy van der (2009), oud-zorgadviseur NPC (tegenwoordig Directeur Stichting Gezondheidscentra Utrecht), interview over de ontwikkeling van zorgparken, Utrecht, 24-02-2009

Beveren, Marcel van (2009), zorgadviseur NPC, interview over de ontwikkeling van zorgparken, Utrecht, 24-02-2009

Blanken, Anneloes (2009), Oud-promovendus PPS in de Zorgsector Universiteit Twente (tegenwoordig adviseur Ministerie van Financiën), interview over samenwerking in de zorg en de ontwikkeling van zorgparken, Den Haag, 14-04-2009

Boom van den, Arjan (2009), Oud-lid van projectbureau nieuwbouw Ziekenhuis en Medimall Rottersdam (tegenwoordig adviseur EGM Architecten), interview over de ontwikkeling van de Medimall Rotterdam, Dordrecht, 12-06-2009

Braak, Wouter van de (2009), oud-afstudeerder Zorgparken Faculteit Bouwkunde TU Delft (tegenwoordig adviseur bij Leyten), interview over de ontwikkeling van zorgparken, Rotterdam, 01-05-2009

Cate, Rob ten; Huet, Ronald van (2009), adviseurs DHV, interview over de ontwikkeling van het Gezondheidspark Dordrecht en zorgparken in het algemeen, Amersfoort, 17-04-2009

Dalen, Willem van (2009), zorgadviseur NPC, interview over de ontwikkeling van zorgparken, Rotterdam, 18-02-2009

Dooyeweerd, René (2009), adviseur huisvesting en vastgoed gezondheidszorg AT Osborne, interview over de ontwikkeling van zorgparken, Baarn, 19-06-2009

De Graaf, Jeroen (2009), oud-afstudeerder Zorgboulevards Faculteit Bouwkunde TU Delft, interview over de ontwikkeling van zorgboulevards en zorgparken, Delft, 07-04-2009

Heijer, Sjaak den (2009), zorgadviseur NPC, interview over de ontwikkeling van zorgparken, Amsterdam, 20-02-2009

Hout, John van den (2009), Commercieel Directeur Heijmans Vastgoed – Zorg, interview over de ontwikkeling van zorgparken, Best, 01-04-2009

Manshanden, Piet (2009), Projectleider Gezondheidspark Ziekenhuis, interview over de ontwikkeling van het Gezondheidspark Dordrecht, Dordrecht, 10-6-2009

Matser, Wim (2009), Projectleider Nieuwbouw Jeroen Bosch Ziekenhuis, interview over de ontwikkeling van het nieuwe Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch, 6-7-2009

Reedt Dortland, Maartje van (2009), Promovendus Zorgvastgoedontwikkeling Universiteit Twente, interview over de ontwikkeling van zorgparken, Enschede, 07-04-2009

Sleegers, Marcel (2009), adviseur NPC, interview over de ontwikkeling van zorgparken, Utrecht, 03-03-2009

Vorselman, Sander (2009), adviseur DHV, interview over de ontwikkeling van zorgparken en zorgvastgoed, Eindhoven, 27-04-2009

Expertsessies

Er zijn in dit onderzoek drie expertsessies georganiseerd. Deze zijn in onderstaand overzicht weergegeven.

1. Toetsing stakeholderanalyse zorgparken

Doel: toetsing en aanvulling van de stakeholderanalyse bij zorgparkontwikkeling

Plaats: Utrecht, 22-04-2009

Aanwezigen:

- Beveren, Marcel van, zorgadviseur NPC
- Van den Berg, Trudy, oud-zorgadviseur NPC (tegenwoordig directeur Stichting Gezondheidscentra Utrecht)

Telefonisch getoetst met:

- Braak, Wouter van den, oud-afstudeerder Zorgparken Faculteit Bouwkunde TU Delft (tegenwoordig adviseur bij Leyten), 22-04-2009
- Dooyeweerd, René (2009), adviseur huisvesting en vastgoed gezondheidszorg AT Osborne

2. Toetsing meerwaarden samenwerkingsvormen en factoren bij zorgparkontwikkeling

Doel: toetsing en aanvulling van:

- de meerwaarden van samenwerkingsvormen bij zorgparkontwikkeling
- de factoren zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's bij zorgparkontwikkeling

Plaats: Utrecht, 23-06-2009

Aanwezigen:

- Beveren, Marcel van, zorgadviseur NPC
- Van den Berg, Trudy, oud-zorgadviseur NPC (tegenwoordig directeur Stichting Gezondheidscentra Utrecht)

3. Toetsing bepalende factoren bij keuze voor samenwerkingsvorm

Doel: toetsing en aanvulling van de factoren die de keuze voor een samenwerkingsvorm bepalen

Plaats: Utrecht, 18-11-2009

Aanwezigen: allen adviseur NPC

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| • Beveren, Marcel van | • Loon, Marieke van |
| • Dalen, Willem van | • Luiken, Yvonne |
| • Geerling, Maaike | • De Ruiter, Bob |
| • Groot, Johan de | |

Bijlage 2 – Overzicht van zorgboulevards en zorgparken in Nederland

Op basis van De Graaf (2008) en Van Beveren (2009) is een overzicht gemaakt van de bestaande, in ontwikkeling zijnde en onzekere zorgboulevards en zorgparken in Nederland. Deze is weergegeven in tabel 22.

Naam	Oplevering	Type
Gerealiseerde zorgboulevards en zorgparken		
Zorgboulevard St. Elizabeth ziekenhuis Tilburg	2001	Zorgboulevard
Zorgboulevard Zuwe Hofpoort ziekenhuis Woerden	2007	Zorgboulevard
Zorgboulevard Twenteborg ziekenhuis Almelo	2008	Zorgboulevard
Zorgboulevard VieCuri Medisch Centrum Venlo	2001	Zorgboulevard
Orbis Medisch Centrum Sittard-Geleen	2008	Zorgboulevard
Medicare Center Hengelo	2000	Zorgboulevard
Medisch Centrum Leeuwarden	2001	Zorgboulevard
Gelre Ziekenhuis Apeldoorn	2009	Zorgboulevard
In ontwikkeling zijnde zorgboulevards en zorgparken		
Zorgboulevard Maasstad ziekenhuis Rotterdam (Medimall)	2010	Zorgpark
Gezondheids-park Dordrecht	2012	Zorgpark
Gezondheids-park Hardenberg	Onbekend	Zorgpark
Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp	2009	Zorgpark
Zorgpark Jeroen Bosch ziekenhuis Den Bosch	Onbekend	Zorgpark
In ontwikkeling (nog onduidelijke toekomst)		
Zorgvallei Venray	Onbekend	Onbekend
Zorgboulevard St. Jans Gasthuis Weert	Onbekend	Zorgboulevard
Zorgboulevard AMC Amsterdam	Onbekend	Onbekend
Zorgboulevard Zaans Medisch Centrum	Onbekend	Onbekend
Health Park St. Antonius / Mesos Utrecht	Onbekend	Onbekend
Health Park Isala Zwolle	Onbekend	Zorgpark
Zorgboulevard Haga Ziekenhuis Den Haag	Onbekend	Onbekend
Catharina Ziekenhuis Eindhoven	Onbekend	Onbekend
Medisch Spectrum Twente Enschede	Onbekend	Zorgpark

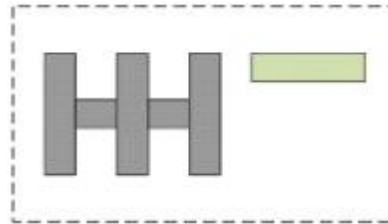
Tabel 22 Zorgparken en zorgboulevards in Nederland

Bijlage 3 – Differentiatie van zorgboulevards

De Graaf (2008) maakt onderscheid in een viertal klassen zorgboulevards die bouwkundig gedifferentieerd zijn.

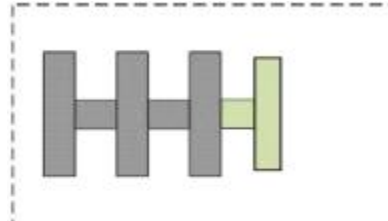
Klasse I

De zorgboulevard als fysiek losstaand gebouw naast het ziekenhuis



Klasse II

De zorgboulevard als entree of losstaande vleugel van het ziekenhuis



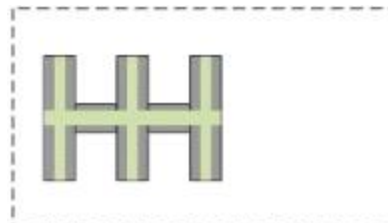
Klasse III

De zorgboulevard als levensader op het ziekenhuisterrein, als verbinding tussen bestaande gebouwen op het ziekenhuisterrein



Klasse IV

De zorgboulevard als levensader in het ziekenhuisgebouw, als verbinding tussen de verschillende functies binnen het ziekenhuis



Tabel 23 Differentiatie zorgboulevards, vrij naar De Graaf (2008)

Naast een productdifferentiatie, maakt De Graaf (2008) tevens een procesdifferentiatie. Hierbij onderscheidt hij de ontwikkeling van:

- een zorgboulevard door of in samenwerking met het ziekenhuis. Hierbij is de ziekenhuisdirectie veelal initiatiefnemer van de ontwikkeling;
- een zorgboulevard als commerciële ontwikkeling met private partijen als ontwikkelaars.

Bijlage 4 – Veranderende regelgeving in de organisatie en financiering van vastgoed in de zorg

Voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is het belangrijk dat zorginstellingen ondernemend besturen. Klantgerichtheid, doelmatige bedrijfsvoering en innovatief vastgoedbeheer zijn hierbij belangrijk (Raad voor de Volksgezondheid, 2006). Om die redenen heeft per 1 januari 2006 de WTZi de WZv vervangen. De WTZi geeft zorginstellingen meer vrijheid en verantwoordelijkheid door minder overheidsbemoeienis met de capaciteit en bouw van zorginstellingen (Slaager, 2008). De vergunningsplicht voor bouwactiviteiten via het College Bouwvoorzieningen Zorginstellingen (CBZ) is hiermee komen te vervallen. Per 1 januari 2009 is de vergoeding van de kapitaallasten vervallen en worden de kapitaallasten opgenomen in de integrale tarieven (DBC's). Dit gebeurt d.m.v. de Normatieve Huisvestingscomponent (NHc) (Kuipers, 2008). Dit is een opslag op de DBC- en functietarieven en bestaat uit een jaarlijks aangepast bedrag dat de investerings- en instandhoudingsuitgaven voor (vervangende) nieuwbouw en instandhouding moet kunnen financieren. Door het huisvestingsgebruik te optimaliseren, en dus per 'zorgproduct' lagere lasten te genereren, wordt de opslag verlaagd en is een zorginstelling in staat om goedkopere zorg aan te bieden.

De nieuwe regelingen dwingen zorginstellingen om slimmer om te gaan met de eigen huisvesting. Het prikkelt ziekenhuisbesturen om het bestaande en toekomstige vastgoed (terreinen en gebouwen) te rationaliseren en optimaliseren (Nauta, 2005). Onder de oude regelgeving was het onder ziekenhuizen gebruikelijk geworden om bouwplannen en investeringen te maximaliseren omdat de kapitaallasten na goedkeuring toch werden vergoed vanuit het College Tarieven Gezondheidszorg/de Nederlandse Zorgautoriteit. Hierdoor was de noodzaak tot innovatie en productiviteitsverbeteringen voor ziekenhuizen niet of nauwelijks aanwezig. Onder de nieuwe regelgeving wordt bouw en instandhouding onderdeel van de integrale bedrijfsvoering en moet het gezien worden als één van de vijf 'corporate resources', naast mensen, kennis, technologie en kapitaal (Joroff, 1993). Als strategische corporate resource, kan vastgoed bijdragen aan het optimaliseren van de kosten, aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en de productiviteit van de medewerkers, aan het welbevinden van de medewerkers, aan het vermogen om te reageren op marktomstandigheden, aan de implementatie van technologieën en aan het imago van de instelling. De investeringen die gemoeid zijn met de bouw en verbouw van ziekenhuisvastgoed zijn groot. Bovendien hebben beslissingen over vastgoed vaak langlopende consequenties. Zeker in een meer marktgerichte omgeving waar risico's groter zijn, moet vastgoed (samen met andere strategische bedrijfsmiddelen) een vast onderdeel zijn van de beleidscyclus van het ziekenhuis (Fritzsche et al, 2005).

Voor sommige instellingen is bovengenoemde verandering een uitdaging, terwijl het voor anderen een afschrikwekkend toekomstbeeld is dat niet past bij hun opvattingen over het verlenen van goede zorg (Nauta, 2005). Toch zijn ziekenhuizen vanaf 1 januari 2009 zelf verantwoordelijk voor hun vastgoed en wordt het voor hen belangrijk om hier op een strategische wijze mee om te gaan. Ziekenhuizen staan voor de uitdaging een integrale visie op hun vastgoed te ontwikkelen, om deze nieuwe 'corporate resource' te doordenken in al zijn mogelijkheden en consequenties en die vervolgens ook te dekken in de externe prijsstelling van eigen zorg- en dienstverlening. Investerings- en verbouw op elk niveau, moeten integraal worden afgewogen aan de hand van business cases. Hierbij moeten bouw en exploitatie nu integraal worden gezien. Dit leidt tevens tot een toename van risico's voor ziekenhuizen. Er moet een verschuiving plaatsvinden van afschrijvingsdenken naar (bedrijfseconomisch) rendements- en waardedenken, van een focus op gebouw en inrichting naar locatie, architectuur, omgeving en portefeuilleopbouw, van het vastgoed als omhulling van het primaire proces naar het vastgoed als marketinginstrument. Dit heeft ingrijpende gevolgen voor de manier waarop ziekenhuisbesturen vastgoed benaderen. Het

leidt bovendien tot meer concurrentie tussen ziekenhuizen onderling. Om de steeds kritischer wordende patiënt/consument te binden, worden vanuit ziekenhuizen verschillende strategieën (op het gebied van vastgoed) aangevoerd om zich te onderscheiden van andere ziekenhuizen. De opkomst van de zorgboulevard is hierbij een belangrijke ontwikkeling.

Bijlage 5 - Gebiedsontwikkeling

Gebiedsontwikkeling is een verzamelnaam voor grootschalige ruimtelijke ontwikkelingen in het landelijke en stedelijke gebied. Voorbeelden zijn het herstructureren van woonwijken, herontwikkeling van centrum/winkelgebieden, de aanleg van groen/water/recreatie, aanleg van woonwijken/bedrijventerreinen in uitleggebieden en aanpassingen/uitbreidingen van verschillende functies (Wolting, 2006). Deze functies zijn vastgoed – commercieel en residentieel- (rood), landschapontwikkeling (groen), infrastructuur (grijs) en waterbeheer (blauw). Bij *integrale* gebiedsontwikkeling worden deze verschillende functies met elkaar geïntegreerd tot een samenhangend programma. Betrokken partijen bij (integrale) gebiedsontwikkeling zijn publieke, private en maatschappelijke actoren, zoals overheden, ontwikkelaars, aannemers, investeerders, banken, woningbouwcorporaties, maatschappelijke instanties en burgers.

Er wordt door velen geschreven over gebiedsontwikkeling en eenieder gebruikt hiervoor een andere definitie. Het Kenniscentrum PPS (2003) komt tot de volgende definitie:

“Het komen tot een afstemming van verschillende relevante functies (wonen, werken, recreëren, mobiliteit, etc.) en belangen (publiek en privaat), leidend tot een totaaloplossing voor het betreffende plangebied. De ‘beste’ totaaloplossing is die oplossing, waarin voor elke belanghebbende de verhouding tussen potentiële meerwaarde en gevraagde investering is geoptimaliseerd.”

De kenmerken van integrale gebiedsontwikkeling worden samengevat in proces- en productkenmerken op basis van o.a. Bult-Spiering en Dewulf (2006).

Proceskenmerken van integrale gebiedsontwikkeling zijn:

- Samenwerking en interactie tussen verscheidene actoren (multi-actor) in een netwerkomgeving;
- Langdurig en dynamisch ontwikkelproces;
- Horizontaal organisatorische complexiteit,.

Productkenmerken van integrale gebiedsontwikkeling zijn:

- Samenhang tussen functies (multi-functie) voor het creëren van toegevoegde waarde en synergie door hogere ruimtelijke kwaliteit en afstemming met aangrenzende gebieden;
- Grootschalige investeringen ter realisatie van de (kostbare) ontwikkeling; dit heeft een sterke link met de onderlinge afhankelijkheid en onderhandelingen tussen actoren (bijvoorbeeld over risicoverdeling) binnen een netwerk;
- Projectinhoudelijke complexiteit van de opgave.

Betrokken partijen bij gebiedsontwikkeling

Gebiedsontwikkelingsprojecten kenmerken zich door de betrokkenheid van een grote verscheidenheid aan partijen. Door de fragmentatie van kennis en middelen, zijn er meerdere partijen nodig voor de ruimtelijke ontwikkeling van een gebied. Deze partijen hebben binnen de ‘gebiedsontwikkelingsarena’ verschillende doelen en motieven, macht en mate van participatie. De betrokken partijen bij gebiedsontwikkeling kunnen onderverdeeld worden in drie verschillende groepen: publieke, private en maatschappelijk actoren (Wolting, 2006):

Publieke partijen

Publieke partijen streven naar maatschappelijk rendement. Het maatschappelijk rendement wordt bepaald door de mate waarin de behoeften van (een deel van) de samenleving bevredigd worden. Het ruimtelijk inrichtingsbeleid is erop gericht om de volgende doelstellingen in meer of mindere mate te bereiken: revitaliseren van economische en sociaal achtergebleven gebieden, verbeteren van de leefbaarheid, verbeteren van de bereikbaarheid en creëren van werkgelegenheid.

Publieke partijen zijn onderverdeeld in bestuurders, die verantwoordelijk zijn voor het voeren van beleid, en ambtenaren, die verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van het beleid. In beide rollen zijn publieke partijen in verschillende bestuurslagen georganiseerd: landelijk, provinciaal, regionaal en gemeentelijk. Bij een gebiedsontwikkeling kunnen publieke partijen verschillende rollen en posities innemen: als aanjager, regisseur, participant of facilitator. Door haar bestuurlijk-juridische macht, hebben publieke partijen veel invloed op ruimtelijke ontwikkelingen. Gemeenten zijn bijvoorbeeld vaak regisseur van een gebiedsontwikkeling.

Voorbeelden van publieke partijen zijn een gemeente, provincie, ministerie, waterschap en de Dienst Landelijk Gebied.

Private partijen

Private partijen streven naar commercieel rendement op de investering en de continuïteit van de eigen onderneming. Private partijen kunnen net als publieke partijen verschillende rollen aannemen. Zij kunnen zelf regisserend zijn, maar vaker worden private partijen bij gebiedsontwikkeling betrokken in een participerende rol. Private partijen zijn vaak in het bezit van bepaalde noodzakelijke middelen voor gebiedsontwikkeling, zoals financiële draagkracht, bouwcapaciteiten, kennis of grondbezit in het plangebied. Gedurende het ontwikkelproces wordt de rol van private partijen doorgaans groter.

Voorbeelden van private partijen zijn een projectontwikkelaar, financier, aannemer, woningbouwcorporatie, belegger, grondeigenaar en een ingenieursbureau. Bovendien vormen private partijen onderling regelmatig consortia.

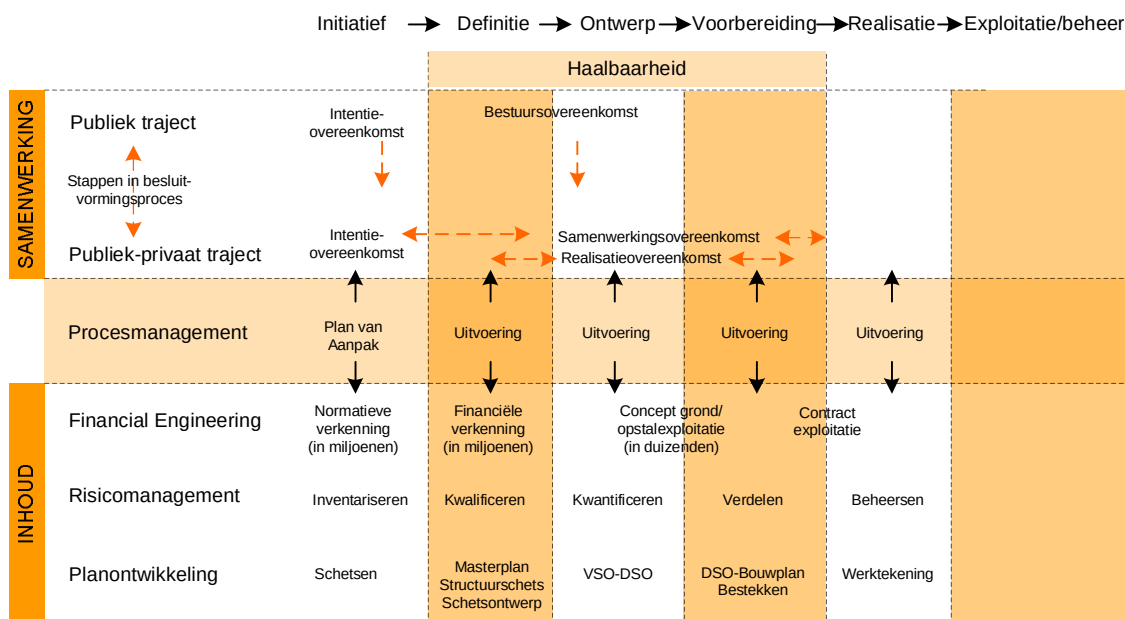
Overige actoren

Binnen gebiedsontwikkeling zijn tevens overige actoren betrokken. Dit zijn toekomstige gebruikers of belanghebbenden van hetgeen ontwikkeld wordt, maar kunnen tevens belangenorganisaties zijn. Belangenorganisaties komen vaak op voor één specifiek belang. Deze partijen worden doorgaans niet betrokken bij besluitvorming over gebiedsontwikkeling. Wel is het erg belangrijk om deze partijen op een goed wijze te betrekken bij de ontwikkeling, duidelijk met hen te communiceren en om draagvlak te creëren.

Voorbeelden van maatschappelijke partijen zijn bewoners, omwonenden, winkeliers belangenorganisaties, sponsoren en milieuorganisaties.

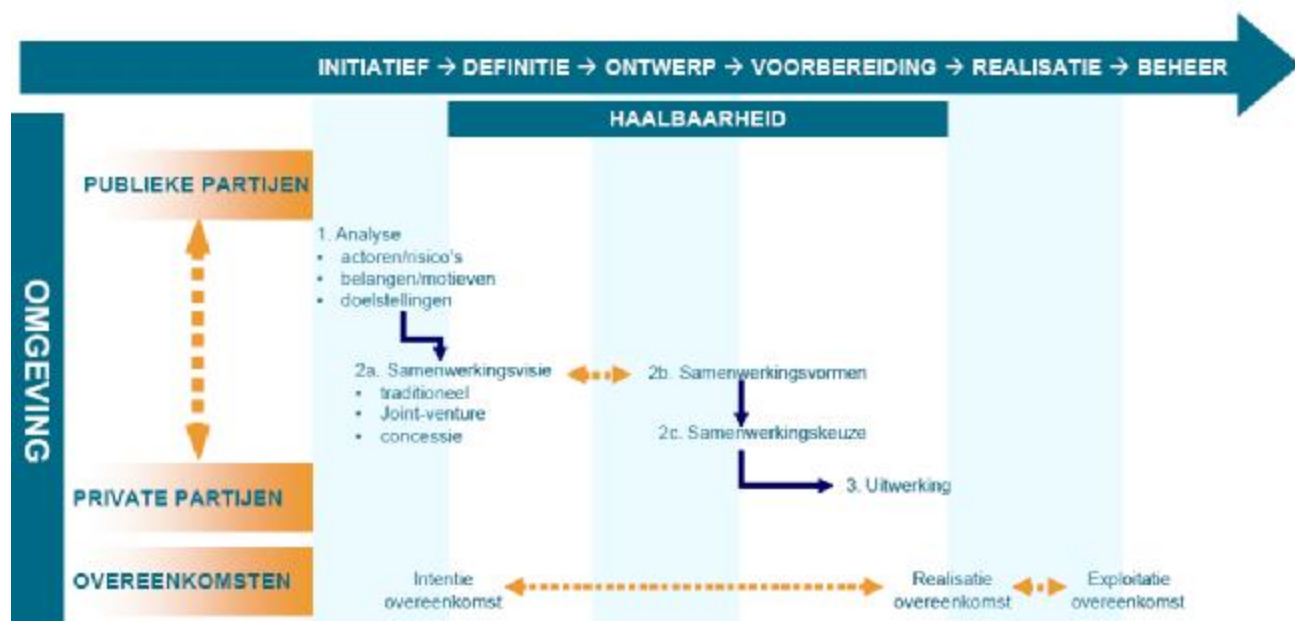
Totstandkoming van samenwerking in proces

Wolting (2006) combineert de vier fasen van gebiedsontwikkeling met de totstandkoming van samenwerking en inhoudelijke uitwerking van de gebiedsontwikkeling, tot figuur 25.



Figuur 25 Vier fasen van gebiedsontwikkeling in samenhang met de totstandkoming van de samenwerking en inhoudelijke uitwerking (Wolting, 2006)

Het proces dat een partij doorloopt bij de keuze voor een samenwerkingsvorm, is in figuur 26 weergegeven.



Figuur 26 Keuzeproces samenwerkingsvorm (Kenniscentrum PPS, 2004)

Bijlage 6 – Overzicht bepalende factoren voor samenwerkingsvorm

Het Kenniscentrum PPS (2004) beschrijft de factoren die bepalen welke samenwerkingsvorm gekozen wordt. Deze factoren zijn onder te verdelen in 'wat je wil', 'wat je kan' en projectkenmerken.

wat je wil

- zeggenschap: welke zeggenschap wil je hebben op het project en het proces, bijvoorbeeld vanuit het oogpunt van borging van de kwaliteit van de dienstverlening, de beheersbaarheid van het project, of de wenselijkheid om tussentijdse wijzigingen door te voeren?
- risico-overdracht: in welke mate ben je bereid om risico's te dragen en in hoeverre wil je deze overlaten aan marktpartijen?
- verdeling kosten/opbrengsten en verevening: welke verdeling tussen kosten en opbrengsten en risico's met marktpartijen vindt je wenselijk?
- integratie aanpak project: ben je bereid om het project als één geheel vorm te geven en te realiseren (integrale aanpak) en daarmee te accepteren dat de complexiteit en risico's toenemen, maar tevens de kans wordt vergoot op een hogere kwaliteit en een betere business case voor het project? Of wil je de verschillende onderdelen los van elkaar realiseren?
- eenvoud model: in welke mate vind je eenvoud van het samenwerkingsmodel en het daarvoor geldende juridische kader van belang?
- slagkracht: welke slagkracht heeft de projectorganisatie nodig en is het wenselijk om de organisatie daartoe op afstand van de beslissers te zetten?

wat je kan

- grondeigendom: wie heeft de grond in het projectgebied in eigendom? Kan je de benodigde grond verwerven?
- financieel beslag: kan je alle kosten en risico's dragen?
- capaciteitsbeslag van gemeente: welke capaciteit heb je en ben je hiermee voldoende toegerust voor het project?
- benodigde kennis en ervaring: welke kennis en ervaring heb je en op welke punten is aanvulling daarvan wenselijk door samenwerking met een private partij?

projectkenmerken

- complexiteit;
- duur van het project.

Elk van de gepresenteerde samenwerkingsvormen scoren anders op de verschillende criteria. Een overzicht hiervan is weergegeven in tabel 24.

Wat de gemeente wil	Zeggen-schap	Risico-overdracht	Kosten/op-brengsten	Integratie aanpak	Eenvoud model	Slagkracht
Traditioneel	++	-	--	-	++	-
Bouwclaim	+	-	-	0	+	0
Joint venture	+	+	++	+	-	+
Concessie	-	++	+	0	0	0
Zelfrealisatie	--	++	-	--	++	--

Wat de gemeente kan	Grond bij private partijen	Grond grotendeels gedeeld	Grond bij publieke partijen	Financieel beslag op gemeente	Capaciteits beslag van gemeente	Benodigde kennis gemeente
Traditioneel	--	--	++	++	++	++
Bouwclaim	++	+	0	+	+	+
Joint venture	0	++	0	0	-	0
Concessie	-	-	+	--	--	-
Zelfrealisatie	++	++	--	--	--	--

Project-kenmerken	Grote complexiteit	Beperkte complexiteit	Langdurend project	Kortdurend project
Traditioneel	++	0	++	0
Bouwclaim	++	0	++	0
Joint venture	++	0	++	0
Concessie	-	+	-	+
Zelfrealisatie	--	+	-	+

Tabel 24 Samenwerkingsvormen bij verschillende criteria- en projectkenmerken

Bijlage 7 – Overzicht geïnterviewde personen casusonderzoek

De geïnterviewde ziekenhuismedewerkers bij het casusonderzoek, zijn hieronder weergegeven.

Casus Zorgboulevard Rotterdam bij het Maasstad ziekenhuis

Barend Staal – Projectleider

Casus Gezondheidspark Dordrecht bij het Albert Schweizer ziekenhuis

Piet Manshanden – Projectmanager

Casus Gezondheidspark bij het Jeroen Bosch ziekenhuis

Wim Matser – Projectleider

Casus Gezondheidspark Hardenberg bij het Röpcke-Zweers ziekenhuis

Henk van der Wal – Lid Raad van Bestuur en Projectleider

Bijlage 8 – Vragenlijst interviews projectleiders zorgparken

Het interview dat is afgenomen onder projectleiders van zorgparken, t.b.v. het casusonderzoek, is in deze bijlage opgenomen.

Interview afstudeeronderzoek zorgparkontwikkeling

Door: Bram van Ooijen, Universiteit Twente, NPC

Het onderzoek

Dit interview is onderdeel van mijn afstudeeronderzoek aan de Universiteit Twente, opleiding Civil Engineering and Management, met als afstudeerrichting Construction Process Management. Mijn onderzoek zoekt richt zich op samenwerkingsvormen bij de ontwikkeling van zorgparken. Ik beschouw zorgparken als grootschalige gebiedsontwikkelingen rond ziekenhuizen waar zorgfuncties en commerciële functies worden toegevoegd. Ik richt mij dus niet op kleinschaligere ontwikkelingen, zoals een zorgpassage of een ziekenhuisvleugel met winkels.

Op een aantal locaties in Nederland zijn zorgparken in ontwikkeling, maar de verwachte groei van het aantal zorgparken valt tegen. Oorzaken hiervan zijn dat ziekenhuizen geen kennis en ervaring hebben bij een dergelijk grootschalige, ruimtelijke ontwikkeling en de investeringen en risico's hierbij erg groot zijn. Samenwerking met andere partijen, zoals een ontwikkelaar, gemeente en financiers, is noodzakelijk. Op welke wijze deze samenwerking moet worden vormgegeven, en wat de meerwaarde van verschillende soorten samenwerkingen is, is echter onduidelijk. Dit onderzoek beschrijft samenwerkingsvormen uit de literatuur en samenwerkingsvormen bij andere gebiedsontwikkelingen, zoals binnen- en buitenstedelijke woningbouw. In het bijzonder, geeft dit onderzoek inzicht in hoe andere ziekenhuizen samenwerken bij de ontwikkeling van een zorgpark en welke lessen hier zijn geleerd. Dit helpt ziekenhuizen bij het inrichten van een geschikte samenwerking voor de ontwikkeling van een zorgpark.

Het interview

Een onderdeel van het onderzoek is het uitvoeren van een casusonderzoek bij een aantal in ontwikkeling zijnde zorgparken in Nederland. Onderdeel van het casusonderzoek is het afnemen van interviews met medewerkers van ziekenhuizen, die betrokken zijn (geweest) bij de ontwikkeling van een zorgpark. Met de interviews wordt beoogd inzicht te krijgen in de manier van samenwerking tussen het ziekenhuis en andere partijen, de meerwaarde hiervan en de motieven hiervoor.

Het interview start met een aantal achtergrondvragen om een goed beeld te krijgen van het zorgpark. Hierna wordt er verder gegaan met vragen over de toegepaste samenwerkingsvorm. Vervolgens worden de mogelijkheden van andere samenwerkingsvormen voorgelegd. Het interview wordt beëindigd met een aantal korte afrondende vragen. Het geheel zal ongeveer één à anderhalf uur in beslag nemen.

Omgang met informatie en resultaten

De resultaten uit het interview worden gebruikt voor het casusonderzoek van mijn afstudeeronderzoek. Het afstudeeronderzoek is publiekelijk inzichtbaar, via de website van de Universiteit Twente. Voordat verwerking van de interviewresultaten in mijn onderzoek plaats vindt, zal ik de uitwerking van het interview aan u ter controle voorleggen.

ALGEMEEN

Om te beginnen wil ik u een aantal algemene vragen stellen m.b.t. het project.

1. Wat is uw functie binnen de organisatie en welke rol speelt u binnen het project?
2. Kunt u een korte beschrijving geven van het zorgpark?
 - a) Inhoudelijk: Wat is de aanleiding geweest voor het project? Wat wordt er met de ontwikkeling gerealiseerd?

- b) Financieel: Wat is het totale investeringsbedrag voor het zorgpark en hoeveel draagt het ziekenhuis hieraan bij?
- c) Doorlooptijd: Wat is de doorlooptijd van de ontwikkeling (*start- en einddatum*)? In welke fase bevindt de ontwikkeling zich op dit moment?
- d) Organisatie: In de rest van het interview gaan we diep in op de organisatie, maar kunt u een korte beschrijving geven van de organisatie van het zorgpark (bijvoorbeeld in de vorm van een organogram)?

3. Welke doelstelling heeft uw organisatie bij de ontwikkeling van het zorgpark (kort)?

TOEGEPASTE SAMENWERKINGSVORM

In dit deel richten we ons op de gebruikte samenwerkingsvorm bij de ontwikkeling van het zorgpark.

- 4. Bij de ontwikkeling van het zorgpark zijn vele partijen betrokken. Wie zijn de belangrijke partijen?
Ziekenhuis (RvB, medisch specialisten, huisvesting, facilitair bedrijf), gemeente, zorgaanbieders, patiënten, ontwikkelaar, woningbouwcorporatie, zorgverzekeraar, belegger(s), financier(s).
- 5. De literatuur onderscheidt vijf samenwerkingsvormen bij gebiedsontwikkeling: traditioneel, bouwclaim, joint venture, concessie, private ontwikkeling.
In welke samenwerkingsvorm heeft u de ontwikkeling van het zorgpark vormgegeven? (*zie bijlage*)
- 6. Heeft uw organisatie geheel zelfstandig kunnen besluiten over de te kiezen samenwerkingsvorm?
 - zo nee: wie heeft hierop nog meer invloed gehad en waarom?
- 7. Wanneer u over vijf jaar terugkijkt op de samenwerking die u heeft gehad met alle betrokken partijen, wanneer zou u de samenwerking dan succesvol noemen?
- 8. Ik ben op zoek naar de meerwaarde van verschillende samenwerkingsvormen voor de ontwikkeling van een zorgpark. De literatuur beschrijft vier verschillende meerwaarden die een samenwerkingsvorm kan hebben. Dit zijn inhoudelijke, procesmatige, financiële en externe meerwaarde. Ik geef kort een verduidelijking van deze begrippen.

Meerwaarde	Meerwaarde voor ziekenhuis
<u>Inhoudelijke meerwaarde:</u> - Integrale benadering van het gebied; - Versterking van de zorgketen door afstemming in zorgfuncties; - Beter ruimtegebruik, hogere kwaliteit en imagoverbetering.	
<u>Financiële meerwaarde:</u> - Verschuiving van risico's naar andere partijen; - Inbreng van financiering (kosten, cashflow, continuïteit) in het project door andere partijen.	
<u>Procesmatige meerwaarde:</u> - Inbreng van complementaire kennis en ervaring op het gebied van gebiedsontwikkeling, financiering, afzetmogelijkheden, etc; - Beter afstemming van gezamenlijke doelen; - Leereffecten.	

<u>Externe meerwaarde:</u> - Mogelijkheid tot het combineren van een zorgpark met andere projecten vanuit een gemeente, ontwikkelaar, etc. (zoals sportfaciliteiten, vestiging van ketenpartners, zorghotel, etc.)	
---	--

Welk van deze meerwaarden worden met de gekozen samenwerkingsvorm bereikt en waar uit zich dat in?

VERDELING VAN ZEGGENSCHAP, KOSTEN EN OPBRENGSTEN EN RISICO'S

De invulling van een samenwerkingsvorm is feitelijk het maken van afspraken over een bepaalde taak- en rolverdeling. Drie belangrijke onderdelen hierin zijn afspraken over:

- de verdeling van zeggenschap;
- de verdeling van kosten en opbrengsten;
- de verdeling van risico's.

9. Bij de samenwerking met andere partijen, worden afspraken gemaakt over de verdeling van zeggenschap over verschillende projectonderdelen. De fasen waarin onderscheid wordt gemaakt, zijn de:

- grondexploitatie;
- bouwexploitatie;
- beheerexploitatie.

De zeggenschap kan:

- volledig in handen zijn van het ziekenhuis;
- volledig in handen zijn van andere partijen;
- gedeeld worden tussen ziekenhuis en andere partijen.

Kunt u voor de drie fasen aangeven hoe de zeggenschap tussen de partijen verdeeld is?

10. De kosten en opbrengsten van het project zijn onder te verdelen in de fasen: grondexploitatie, bouwexploitatie en beheerexploitatie.

De kosten en opbrengsten kunnen:

- volledig voor rekening zijn van het ziekenhuis;
- volledig voor rekening zijn van andere partijen;
- gedeeld worden tussen ziekenhuis en andere partijen.

Kunt u aangeven op welke wijze de kosten en opbrengsten verdeeld zijn onder de partijen? (zie *bijlage*)

11. De risico's zijn tevens onder te verdelen in de fasen: grondexploitatie, bouwexploitatie en beheerexploitatie. Per fase kan onderscheid gemaakt worden in afzet-, kosten- en financieringsrisico. Tevens zijn er politieke/publiekrechtelijke risico's.

Grondexploitatierisico	Bouwexploitatierisico	Beheerexploitatierisico	Politiek/Publiekrechtelijk risico
- Afzetrisico	- Afzetrisico	- Afzetrisico	- risico interne koerswijzigingen
- Kostenrisico	- Kostenrisico	- Kostenrisico	- risico vertraging vergunningsverlening
- Financieringsrisico	- Financieringsrisico	- Financieringsrisico	

De verdeling van risico's tussen het ziekenhuis en andere partijen kan zijn:

- Volledig voor van het ziekenhuis;
- Volledig voor externe partijen;
- Gedeeld onder ziekenhuis en externe partijen.

Kunt u aangeven hoe bovenstaande risico's tussen de partijen verdeeld zijn?

12. Talloze aspecten bepalen de keuze voor een bepaalde samenwerkingsvorm. Hebben de verdeling van zeggenschap, kosten en opbrengsten en risico's een belangrijke rol gespeeld bij het bepalen van de samenwerkingsvorm? Zijn er andere aspecten die een belangrijke rol hebben gespeeld?

ANDERE SAMENWERKINGSVORM

13. Er is gekozen voor een bepaalde samenwerkingsvorm voor de ontwikkeling van het zorgpark. Zijn andere samenwerkingsvormen overwogen?
- zo ja: welke en waarom?
 - zo nee: waarom niet?

Indien ja: in vraag 14 en 15 doorgaan op deze samenwerkingsvorm

Indien nee: Welke andere samenwerkingsvorm acht u kansrijk bij de ontwikkeling van een zorgpark?

(Op deze samenwerkingsvorm doorgaan bij vraag 14 en 15.)

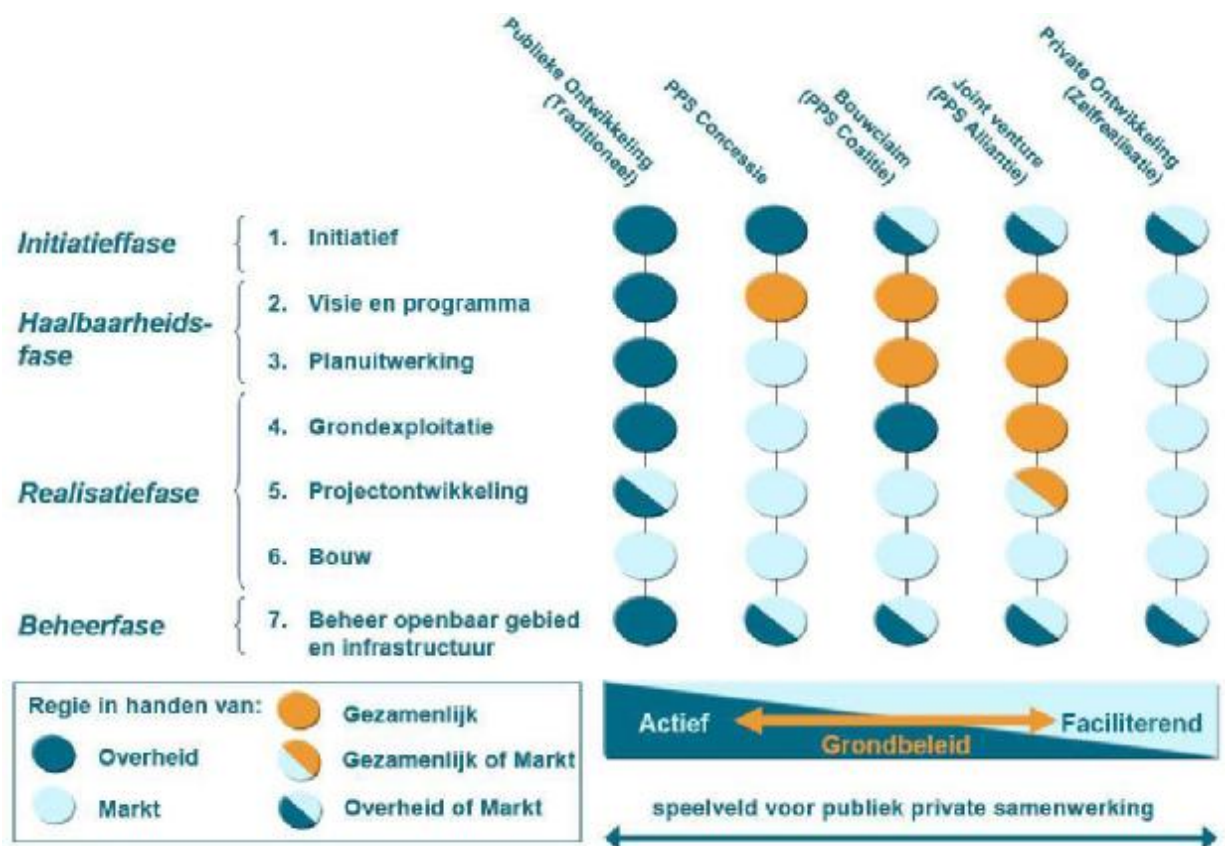
14. Welke effecten zou de keuze voor deze andere samenwerkingsvorm hebben gehad op de inhoudelijke, financiële, procesmatige en externe meerwaarde?
15. Welke effecten zou de keuze voor een andere samenwerkingsvorm hebben gehad op de:
- verdeling van zeggenschap?
 - verdeling van kosten en opbrengsten?
 - verdeling van risico's?
16. Bent u tevreden over de gekozen samenwerkingsvorm?
- zo ja: waarom?
 - zo nee: waarom?
17. Zou u in het vervolg kiezen voor een andere samenwerkingsvorm?

AFSLUITEND

Hiermee komen we bijna aan het einde van het interview. Ter afronding wil ik nog een aantal korte vragen stellen.

18. Zijn er gebieden die ter inspiratie hebben gediend bij de ontwikkeling van uw zorgpark (*bijvoorbeeld buitenland, andere gebieden, etc.*)?
19. Heeft u algemene aanbevelingen voor ziekenhuizen (of eventueel andere partijen) over samenwerking bij de ontwikkeling van een zorgpark?
20. Zijn er volgens u zaken nog niet aan de orde gekomen? Of wilt u nog iets benadrukken?
21. Hebt u nog vragen of opmerkingen met betrekking tot dit interview?
22. Bent u op een later tijdstip eventueel bereikbaar voor aanvullende vragen (mail/telefonisch)?
23. Ik kan u op een later moment op de hoogte stellen van de resultaten van het onderzoek. Bent u hierin geïnteresseerd?

Ik wil u hartelijk bedanken voor de mogelijkheid om een interview met u af te nemen. Ter controle, zal ik u het verslag van dit interview per e-mail toesturen. Mocht u hierover opmerkingen hebben, dan hoor ik die graag.



Bijlage bij vraag 10

Grondexploitatie	
Kosten	Opbrengsten
- Verwervingen van grond en opstallen	- Gronduitgifte (indien grond wordt overgedragen aan anderen voor de realisatie van de opstallen)
- Bouwrijp maken (zoals sanering, grondwerk, riolering, etc.)	- Subsidies (mogelijkheid tot het verkrijgen van)
- Woonrijp maken (aanleg van infrastructuur, groen, etc.)	
- Apparaatskosten (van organiseren en toezien op het proces)	
- Overige kosten (zoals communicatie, uitbesteding, BTW, etc.)	

Bouwexploitatie	
Kosten	Opbrengsten
- Grondkosten (kosten voor de opstalontwikkelaar voor het verkrijgen van bouwrijpe grond)	- Verkoopopbrengst (door de verkoop van opstallen aan beleggers, particulieren, etc.)
- Bouwkosten (bouwkundige voorzieningen, W&E installaties, etc.)	
- Honoraria (apparaatskosten en overige kosten)	
- Kapitaallasten van de investering	

Beheerexploitatie	
Kosten	Opbrengsten
- dagelijks onderhoud (schoonmaak, etc.)	- Gekapitaliseerde huuropbrengsten (verwachte opbrengsten uit exploitatie door de verhuur/pacht van vastgoed)
- kleinschalig onderhoud (reparaties, etc.)	
- grootschalig onderhoud (verbouwingen, etc.)	
- apparaatskosten (organisatiekosten, bijvoorbeeld kosten voor facilitair bedrijf)	
- kosten voor eventuele uitbesteding van beheer en exploitatie aan andere partij (dit kan tevens een opbrengst zijn)	