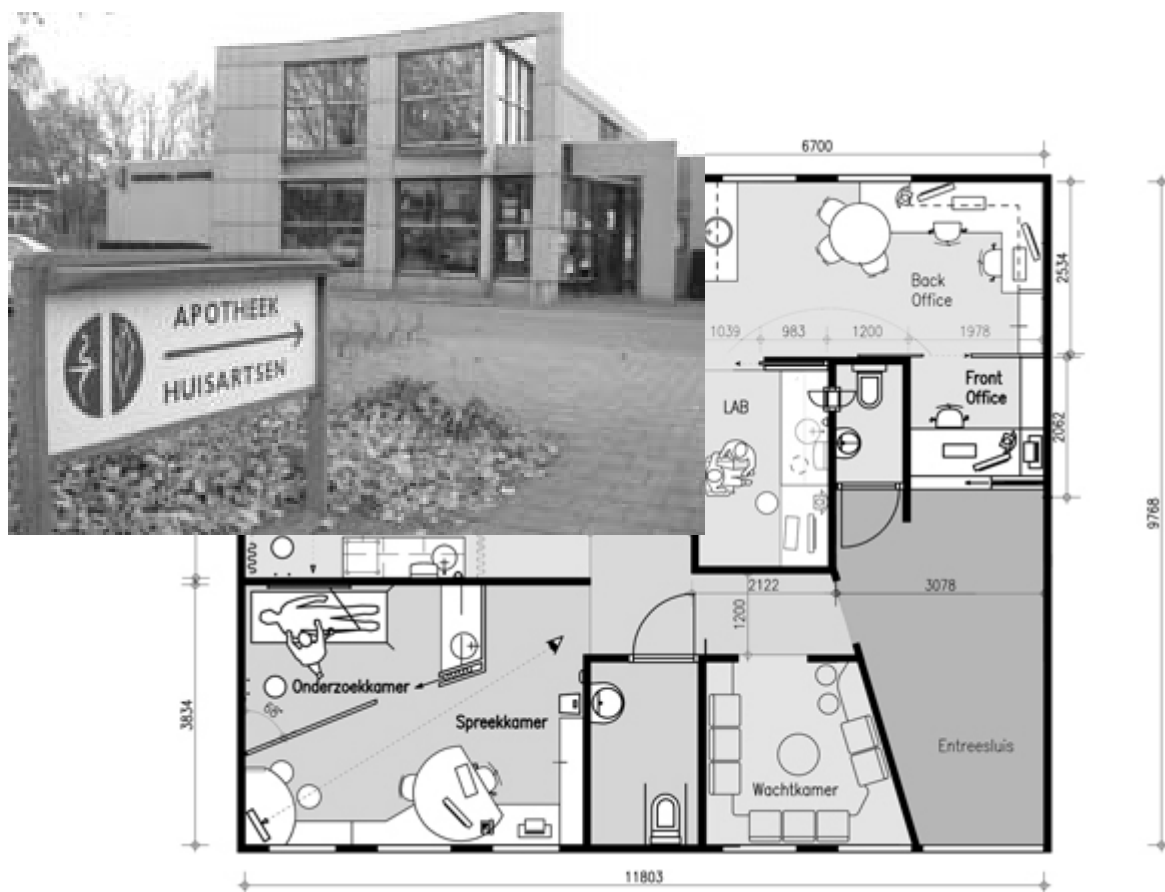


Een methode ter bepaling van de haalbaarheid van een eerstelijnszorgconcept



Masterthesis Vastgoedkunde Rijksuniversiteit Groningen

Auteur:

E. Vlaming BSc

Begeleider / eerste beoordelaar
Tweede beoordelaar

Prof.dr. E.F. Nozeman
Prof.dr. A.J. Van der Vlist

Interne begeleiding Rotteveel M⁴

Ing. S. van Zoelen

Alkmaar, september 2011

Colofon

Deze scriptie is tot stand gekomen in opdracht van:

Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen
Landleven 1
9747 AD Groningen
Postbus 800
9700 AV Groningen
<http://www.rug.nl/frw>



Rotteveel M⁴ B.V.
Robijnstraat 30
1812 RB Alkmaar
072 - 515 58 44
<http://www.rotteveelm4.nl>



Auteur:

E. Vlaming
Billitonstraat 38
9715 ET Groningen
E: e.vlaming@student.rug.nl
T: 06 - 44 615 126
Studentnummer: 2001497

© Erik Vlaming – Rotteveel M⁴ B.V.

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de door de Auteurswet gestelde uitzonderingen, mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd (waaronder begrepen het opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand) en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.



Bron: Van de Rijdt-Van de Ven e.a., 2006

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van het afstudeeronderzoek dat heeft plaatsgevonden in het kader van de Master Vastgoedkunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Het onderzoek omvat een methode ter bepaling van de haalbaarheid van een eerstelijnszorgconcept. Het onderzoek is uitgevoerd om een instrument te kunnen bieden bij het ontwikkelen en in de markt plaatsen van een eerstelijnszorgconcept door vastgoedontwikkelde partijen en tracht een brug te slaan tussen de vastgoedsector en de (eerstelijns)zorgsector.

Ik wil mijn begeleiders, prof. dr. E.F. Nozeman van de Rijksuniversiteit Groningen en ing. S. van Zoelen van Rotteveel M⁴ Vastgoedontwikkeling, bedanken voor hun inzet en bijdrage aan deze rapportage en de begeleiding van het onderzoek. Tevens wil ik Rotteveel M⁴ Vastgoedontwikkeling bedanken voor het faciliteren van een stageplaats en de geboden hulp bij het onderzoek. Mijn dank gaat eveneens uit naar de geïnterviewde personen voor hun medewerking en bijdrage aan het onderzoek. Tot slot wil ik mijn ouders bedanken voor de steun, kennis en middelen die mij in staat gesteld hebben te komen waar ik nu sta.

Erik Vlaming BSc

Alkmaar, september 2011

Inhoudsopgave

Management summary	6
1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding.....	8
1.2 Probleem-, doel- en vraagstelling	9
1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie.....	10
1.4 Conceptueel Model.....	11
1.5 Afbakening	11
1.6 Onderzoeksopzet	11
1.7 Leeswijzer	14
1.8 Onderzoeksmodel	14
2. Theoretisch kader	15
2.1 Conceptontwikkeling.....	15
2.2 Haalbaarheid	18
2.3 Fasering	24
2.4 Conclusie.....	26
3. Eerstelijnszorgconcepten	27
3.1 Eerstelijnszorg	27
3.2 Concepten	27
3.3 Actoren	29
3.4 Ontwikkelingen	33
3.5 Locatie.....	35
3.7 Verzorgingspopulatie en ruimtebehoefte	35
3.8 Huurprijs	37
3.9 Opslag algemene ruimten.....	40
3.10 Conclusie.....	40
4. Concept methode	41
4.1 Inleiding	41
4.2 Concept methode	41
4.3 Conclusie.....	45
5. Gesprekken experts	46
5.1 Inleiding	46
5.2 Analyse van de gesprekken met experts	46
5.3 Consensus en controverse	49
5.4 Commentaar en aanvullingen	49
5.5 Conclusie.....	50
6. Casestudy	51
6.1 Sint Pancras	51
6.1.1 Inleiding	51
6.1.2 Ontwikkeling	51
6.1.3 Haalbaarheid	51
6.1.4 Conclusie.....	52

6.2 De Draai Heerhugowaard	52
6.2.1 Inleiding	52
6.2.2 Ontwikkeling	52
6.2.3 Haalbaarheid	53
6.2.4 Conclusie.....	53
6.3 Overdie Alkmaar	54
6.3.1 Inleiding	54
6.3.2 Ontwikkeling	54
6.3.3 Haalbaarheid	55
6.3.4 Conclusie.....	55
6.4 Aanpassingen methode	55
6.5 Conclusie.....	56
7. Quickscan ter bepaling van de haalbaarheid	57
7.1 Methode	57
7.2 Quickscan.....	57
7.2 Waarde en beperkingen	61
7.3 Meetmoment.....	61
7.4 Rol in het ontwikkelproces	61
7.5 Knelpunten	61
8. Conclusie	63
9. Aanbevelingen	65
10. Reflectie	68
Gedocumenteerde literatuur.....	69
Geïnterviewde personen	73
Bijlage 1: Vragenlijst experts.....	74
Bijlage 2: Normatieve ruimtebehoefte naar discipline.....	76
Bijlage 3: Berekening BTW-compensatie	77

Management summary

Deze thesis is de uitkomst van het onderzoek dat heeft plaatsgevonden naar een methode ter bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten. Aan de hand van literatuur, interviews met experts en een drietal casussen is dit onderzoek nader uitgewerkt.

Het samenwerken in eerstelijnszorgconcepten zoals een Hoed, Goed of gezondheidscentrum heeft zowel voor de zorgverleners als voor de consument voordelen. De zorgverleners kunnen efficiënt samenwerken en een groot aantal functies kunnen worden gedeeld. Voor de consument is er één laagdrempelig punt voor de eerstelijnszorg in de wijk of buurt. Door demografische ontwikkelingen, de substitutie van de tweede naar de eerste lijn, extramuralisatie, de wens van zorgverleners om parttime te werken, taakdelegatie en het ontstaan van DBC's (diagnosebehandelcombinaties) zal het aantal eerstelijnszorgconcepten de komende jaren blijven toenemen.

De huisarts is door zijn doorverwijsfunctie de spil in de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept. De solistisch opererende huisarts zal op den duur plaats maken voor de interdisciplinair samenwerkende huisarts. De fysieke uitwerking van deze samenwerking is te vinden in de verschillende eerstelijnszorgconcepten.

Conceptontwikkeling zoekt naar een optimale vastgoedoplossing waarbij wordt ingespeeld op de wensen en eisen van de gebruiker en houdt rekening met relevante trends en ontwikkelingen. Bij conceptontwikkeling wordt er vanuit de behoeften van de klant gedacht. Concepten kunnen worden gerepeteerd naar functie, type of ontwerp.

Haalbaarheid kan worden geoperationaliseerd naar verschillende aspecten: markttechnisch, juridisch, financieel, organisatorisch, technisch, functioneel, maatschappelijk en bestuurlijk. Er zijn verschillende methoden om de verschillende aspecten van haalbaarheid vast te stellen, echter in haalbaarheidsstudies wordt met name de financiële- en markttechnische haalbaarheid en ruimtelijke inpassing onderzocht. Bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten is de organisatorische haalbaarheid, de niet-fysieke kant van het ontwikkelproces, essentieel.

Er lijkt in de literatuur een verantwoorde methode ter bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten te ontbreken. De opgestelde methode, een quickscan in de vorm van een checklist is een praktische tool om de haalbaarheid globaal te toetsen en vast te stellen waar de (mogelijke) knelpunten zich bevinden.

De methode geeft vroegtijdig inzicht in welke knelpunten zich waar bevinden en biedt een alternatief voor diepgaande onderzoeken. De methode kan op verschillende momenten in het vastgoedontwikkelproces gebruikt worden om de haalbaarheid te bepalen en geeft een overzicht in welke fasen de verschillende criteria zich voordoen.

De methode in de vorm van een checklist wordt weergegeven in hoofdstuk 7.

Eerstelijnszorgconcepten behoren tot het maatschappelijk vastgoed. Tot op heden worden eerstelijnszorgconcepten veelal ontwikkeld door woningbouwcorporaties.

Deze partijen zijn bereid een eventuele onrendabele top te accepteren, hebben een maatschappelijke doelstelling en zijn gebaat bij voorzieningen in gebieden waar zij veel bezit hebben.

Toch ontstaat er steeds meer interesse vanuit projectontwikkelaars, mede door tegenvallende resultaten in het commercieel en residentieel vastgoed.

Voor vastgoedpartijen kan het ontwikkelen van een eerstelijnszorgconcept interessant zijn, te meer omdat de verwachting is dat de zorgsector de komende decennia zal blijven groeien. Daarnaast is er sprake van langdurige huurcontracten en kan er direct worden geïnvesteerd in de eindgebruiker. Er is eveneens een trend waar te nemen dat zorgpartijen steeds meer gaan samenwerken en zich in eerstelijnszorgconcepten gaan vestigen.

Echter, de vastgoedpartijen dienen rekening te houden met lange, intensieve trajecten met veel partijen en de ontwikkelaar zal genoeg moeten nemen met een relatief gering rendement.

Om een eerstelijnszorgconcept haalbaar te krijgen is het belangrijk 3 of 4 huisartsen bij de ontwikkeling te betrekken. Zij vertegenwoordigen een verzorgingsgebied van tussen de 8.000 en 10.000 inwoners. Met een verzorgingspopulatie van deze omvang wordt het voor andere zorgpartijen erg interessant om mee te doen.

De ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten kan het beste bottom-up plaatsvinden omdat de ontwikkelende partij rechtstreeks investeert in de eindgebruiker. Creatief en slim ontwerpen kan de bouw- en ontwikkelkosten reduceren wat resulteert in het ontstaan van gunstiger voorwaarden voor de zorgpartijen om te participeren. De betaalbaarheid en solvabiliteit van de huurder staan in deze voorwaarden centraal.

Creatief en slim ontwerpen kan onder andere door menging van elkaar complementerende functies. Eerstelijnszorgconcepten kunnen worden gemengd met tal van functies. In de praktijk gebeurt dit met name met woningen en retail. Door eventuele binnenplase verevening kan de financiële haalbaarheid van dergelijke concepten vergroot worden. Doordat er sprake is van relatief hoge bouwkosten en de huurprijs voor een deel gebonden is aan de door de NZa vastgestelde tarieven vormt de verwervingsprijs van de locatie een belangrijke factor bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten.

Er is sprake van grote cultuurverschillen tussen de zorg- en de vastgoedsector. Een gedegen kennis van afnemers, hun culturen, gebruiken en hoe zij werken is essentieel.

De knelpunten in de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten liggen met name in het bij elkaar en gemotiveerd houden van de partijen, de prijsvorming, planologisch-juridische trajecten en het niet kunnen vinden van een geschikte en betaalbare locatie. Het risico is dat partijen afhaken, vaak gebeurt dat wanneer de huurprijs naderhand te hoog blijkt.

De vele individuele zorgpartijen zullen allereerst overeenstemming moeten bereiken over de manier van samenwerking binnen een eerstelijnszorgconcept. Op basis van de wensen en eisen van de zorgpartijen en de locatie zal er een ontwerp gemaakt worden. Daarna starten de onderhandelingen met de ontwikkelende partij over huurprijs, servicekosten, opslag voor algemene ruimten en opleveringsniveau. Dit alles moet passen binnen een bepaalde tijdsplanning en planologische inpassing.

Alle windows of opportunity, geconcretiseerd in de punten van de quickscan, dienen (tegelijkertijd) open te staan om een voorspoedige ontwikkeling te kunnen bewerkstelligen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Het onderwerp van het onderzoek betreft het werken naar een methode ter bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten. Eerstelijnszorg is het eerste aanspreekpunt voor de zorg die mensen nodig hebben. Zorgverleners in de eerstelijnszorg zijn bijvoorbeeld de huisarts, apotheek, fysiotherapeut, tandarts, verloskundige, maatschappelijk werk en Centrum voor Jeugd en Gezin.

Een vorm van een eerstelijnszorgconcept is een Goed (gezondheidszorg onder één dak). Andere voorkomende varianten zijn Hoed (huisartsen onder één dak), AHoed (apotheek en huisartsen onder één dak), Toed (tandartsen onder één dak), Zoed (zorg onder één dak) en een gezondheidscentrum. Een eerstelijnszorgconcept houdt in dat verschillende eerstelijnszorgverleners geclusterd in één gebouw gevestigd zijn. Gezondheidspartijen zoals tandartsen, fysiotherapeuten, apotheek, huisarts en dergelijke hebben het voordeel dat qua huisvesting veel functies gedeeld kunnen worden, waaronder de wachtruimte, receptie, sociale- en technische ruimten en IT-infrastructuur. Dit werkt kostenbesparend voor de zorgpartijen. Bovendien is de zorg laagdrempelig meer vraaggericht en voor de consument (College Bouw Zorginstellingen, 2005). Een eerstelijnszorgconcept kan daarnaast beschikken over functies waarvoor men normaliter naar een ziekenhuis of polikliniek moet. Eveneens kunnen de diverse gevestigde zorgverleners op verscheidene manieren met elkaar samenwerken. De samenwerking in de eerstelijnszorg is gewijzigd van solitair opererende actoren naar grotere multidisciplinaire samenwerkingsvormen. Uit onderzoek blijkt dat de helft van de huisartsen in een vorm van groepspraktijk werkt. In 1970 was dit slechts twee procent (H&W, 2007). Daarbij blijkt dat de gemiddelde praktijkkosten per fte (fulltime-equivalent) bij een meerpersoonspraktijk beduidend lager zijn dan bij een solo praktijk (NZa, 2009).

Een eerstelijnszorgconcept zoals een gezondheidscentrum is een voorbeeld van een hybride gebouw. Een hybride gebouw is een gebouw met meerdere functies, waarbij een meerwaarde ontstaat voor de functies en de omgeving. Deze meerwaarde ontstaat doordat er interactie plaats vindt tussen de functies onderling en de gebruikers van het gebouw. Dit synergetisch effect kan worden samengevat als $1 + 1 = 3$.

Over de Nederlandse markt voor eerstelijnszorg zijn weinig gegevens bekend. Gegevens over oppervlakten, gemiddelde huurprijzen en contracten worden niet gerapporteerd of gepubliceerd (Koersvelt, 2009). Er is bij huisartsen geen concurrentie op prijs omdat zorgverleners wettelijk vastgestelde vergoedingen per dienst of product ontvangen. Deze vergoedingen worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In deze vergoedingen per dienst of product is een vastgesteld percentage voor huisvesting gereserveerd. Het maakt niet uit of een huisarts in Oost-Groningen of in het centrum van Amsterdam gevestigd is, de basisvergoeding is overal gelijk (Koersvelt, 2009; NZa, 2009). Bij paramedische zorg, zoals fysiotherapie, zijn de tarieven wel vrijgegeven.

In de literatuur wordt wel aandacht besteed aan het samenwerken binnen en bouwen van een eerstelijnszorgconcept, maar lijkt een verantwoorde methode ter bepaling van de haalbaarheid te ontbreken. Er zijn in de literatuur wel methoden ter bepaling van de haalbaarheid van vastgoedontwikkelingen voorhanden (Nozeman e.a., 2010; Cadman e.a., 2010; Baijer & Traudes, 2011; Miles e.a., 2007). Deze methoden zijn echter niet toegespitst op de bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten. De methoden vanuit de literatuur schenken onvoldoende aandacht aan de niet-fysieke kant van het vastgoedontwikkelp proces. Deze niet-fysieke kant is essentieel bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten.

1.2 Probleem-, doel- en vraagstelling

Probleemstelling

Er is geen bewezen praktische methode ter bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten

Doelstelling

Het ontwikkelen van een methode op basis van criteria die inzicht verschaft in de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten.

Vraagstelling

Het onderzoek is uiteengezet in een aantal vragen. De onderzoeksvraag luidt:

Welke methode verschaft op praktische wijze inzicht in de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten?

De hoofdvraag is uiteengezet in een aantal deelvragen:

- Wat houdt conceptontwikkeling in?
- Wat wordt onder haalbaarheid verstaan en welke methoden zijn er om de haalbaarheid van een concept te bepalen?
- Welke locatie-eisen en ruimtebehoefte hebben de verschillende zorgpartijen?
- Hoe ziet een eerstelijnszorgconcept eruit?
- Onder welke condities komt de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept juist wel of niet van de grond?
- Is het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten interessant voor commerciële vastgoedpartijen?

1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Maatschappelijke relevantie

Eerstelijnszorgconcepten bieden huisvesting aan samenwerkingsvormen tussen zorgverlenende partijen. Deze samenwerking komt ten goede aan de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg (LVG, 2011). Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat huisartsen binnen een gezondheidscentrum minder doorverwijzen naar de tweede lijn, daar waar het grootste deel van de zorgkosten gemaakt worden (Nivel, 2009). Van belang is “how real estate strategy supports corporate strategy” (Nourse & Roulac, 1993). Slimme vastgoedconcepten kunnen daardoor een bijdrage leveren aan het betaalbaar houden van de zorg.

Door eerstelijns- en maatschappelijke voorzieningen te bundelen ontstaan centrale, laagdrempelige, wijkgerichte zorgpunten welke kunnen uitgroeien tot sociale ontmoetingsplekken. Vaak is bij zorgpartijen onvoldoende kennis aanwezig over het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten. Vastgoedpartijen beschikken over deze kennis en zorgaanbieders kunnen bij hun core-business blijven. Voor vastgoedpartijen kan de zorgmarkt een interessante markt zijn omdat er een veelal een afnamegarantie is en er langdurige (10-20 jaar) huurcontracten gesloten kunnen worden.

Daarnaast kan door demografische ontwikkelingen de zorgsector gezien worden als een groeimarkt.

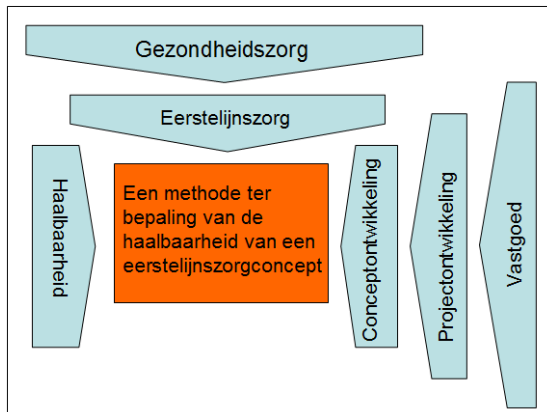
De methode ter bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten draagt bij aan het inzichtelijker maken van de processen en aspecten bij het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten voor zowel vastgoedpartijen als zorgpartijen. De methode kan eveneens een brug slaan tussen de vastgoedsector en de zorgsector en draagt bij aan een verdere professionalisering van de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten.

Wetenschappelijke relevantie

Er is tot op heden in de wetenschappelijke literatuur geen verantwoorde methode ter bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten voor handen. Er wordt in de literatuur wel aandacht besteed aan het samenwerken binnen en opzetten van een eerstelijnszorgconcept. Het handboek “*Opzetten van een gezondheidscentrum of Hoed*” en het *Handboek Bouw Eerste Lijn* (LHV, 2009; Van de Rijdt-Van de Ven, 2001) zijn daarnaast geschreven vanuit het oogpunt van zorgaanbieders en niet vanuit het oogpunt van vastgoedpartijen.

1.4 Conceptueel Model

In het conceptueel model worden de relaties tussen de verschillende begrippen weergegeven om tot een helder overzicht te komen. Vanuit de bredere onderwerpen gezondheidszorg en vastgoed heeft een specificatie plaatsgevonden richting conceptontwikkeling in de eerstelijnszorg. Er is een methode opgesteld welke de haalbaarheid van deze eerstelijnszorgconcepten bepaalt.



Afbeelding 1.1: Conceptueel model Bron: auteur

1.5 Afbakening

Het onderzoek richt zich uitsluitend op eerstelijnszorgconcepten en vervolgens specifiek op de haalbaarheid van deze concepten. De nichemarkt zorgvastgoed en project- en conceptontwikkeling in het algemeen dienen als context waarbinnen het onderzoek gedaan is.

1.6 Onderzoekopzet

Methodiek

Een onderzoek dient te voldoen aan betrouwbaarheid, herhaalbaarheid en validiteit (Bryman, 2008). Het onderzoek heeft voornamelijk een explorerend karakter. Dit houdt in dat in het onderzoek gestart zal worden met veronderstellingen in plaats van met scherp geformuleerde hypothesen. De veronderstellingen worden al doende aangepast en de werkwijze kan worden gekenmerkt als "trial and error". Er kan gesproken worden van het uitmelken van materiaal: eruit halen wat erin zit. Explorerend onderzoek wordt gebruikt wanneer er wel een goede theorie voorhanden is, maar de aansluiting met de te onderzoeken situatie nog onbekend is. Een explorerende benadering is veel flexibeler dan een toetsende benadering en heeft de voorkeur in relatief onbekende situaties (Swanborn, 1987).

Operationalisatie

Het onderzoek kan grofweg worden onderverdeeld in drie fasen en kan worden gekenmerkt als een drietrapsraket. In fase 1 is een conceptmethode opgesteld op basis van de literatuur. Deze methode is in fase 2 aangevuld en aangepast aan de hand van de input van verschillende experts. In fase 3 wordt de bruikbaarheid in de praktijk van de methode getoetst op basis van drie casestudies.

Het resultaat is een compleet beeld van de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten vanuit verschillende inzichten en een breed toepasbare methode ter bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten.

Fase 1: Literatuur

Op basis van de literatuur (hoofdstuk 2 en 3) is door de auteur op basis van een aantal eisen een conceptmethode opgesteld. De conceptmethode omvat een quickscan in de vorm van een checklist waarin relevante factoren bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten naar haalbaarheidsaspect behandeld worden.

Fase 2: Experts

In de gesprekken met de verschillende experts is de conceptmethode ter bepaling van de haalbaarheid op basis van de literatuur besproken. Door de experts is commentaar en aanvullingen op de methode gegeven. Op basis van deze input en aanvullingen vanuit de casestudy is een definitieve methode opgesteld, zoals wordt weergegeven in hoofdstuk 7. De interactie met de experts heeft ertoe geleid dat de methode waardevoller en uitgebreider is geworden. Naast de methode ter bepaling van de haalbaarheid zijn andere belangrijke factoren bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten besproken.

De complete vragenlijst voor de experts is in bijlage 1 te vinden.

Bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra spelen drie invalshoeken een rol; de fysieke kant (het gebouw), de niet-fysieke kant (samenwerking) en de financieel-juridische kant.

Op basis van deze invalshoeken zijn de verschillende experts geselecteerd. In tabel 1.1 worden de verschillende geïnterviewde experts en hun specialismen weergegeven.

Tabel 1.1: Experts en specialismen Bron: auteur

Naam	Specialisme
W.M. Bakx	Het ontwikkelen van eerstelijnszorgcentra en interdisciplinaire samenwerking
J.A.G. Steijns	Interdisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg
G. te Hoonte	Het ontwikkelen van zorgvastgoed
F.J. Koersvelt	Het exploiteren van eerstelijnszorgcentra
I. Rovers	Kennis van multidisciplinaire samenwerking
A.H.J Van de Rijdt- Van de Ven	Het ontwikkelen van eerstelijnszorgcentra en interdisciplinaire samenwerking
G. De Kam	Maatschappelijk vastgoed en locaties
J. Hermus	Het ontwikkelen, exploiteren en verhandelen van eerstelijnszorgcentra
A. Broek	De fysieke kant van eerstelijnszorgcentra
E.R.G Venghaus	Het ontwikkelen van eerstelijnszorgcentra
H. Roepman	Interdisciplinair samenwerking in de eerstelijnszorg
M. Wegman	Het ontwikkelen van eerstelijnszorgcentra
J. Verkerk	Het ontwikkelen van eerstelijnszorgcentra en interdisciplinaire samenwerking
N. Van Berkum	Het ontwikkelen, exploiteren en verhandelen van eerstelijnszorgcentra
E.G. Westerink	De financieel-juridische kant van eerstelijnszorgcentra
L. Kliphuis	Interdisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg

Fase 3: Casestudy

De methode vanuit fase 2 is getoetst aan de hand van een casestudy. Een casestudy maakt het mogelijk om naast de context het unieke per casus inzichtelijk te maken (Bryman, 2008). "Een casestudy is een vorm van onderzoek waarin een hedendaags verschijnsel in de dagelijkse praktijk wordt onderzocht" (Swanborn, 2008).

De casestudies hebben een exploratief karakter. Er is gekeken of er contrasterende of consistente patronen tussen de cases aanwezig zijn (Yin, 1994).

Er zijn meerdere cases onderzocht. Hierbij is gebruik gemaakt van het onderscheid in verschillende situaties. Dit onderscheid wordt eveneens gemaakt in het "*Handboek oprichten van een gezondheidscentrum of Hoed*" (Van de Rijdt-Van de Ven, 2001):

- Van solo- of duopraktijken naar een Hoed/Goed (Sint Pancras)
- Oprichting van een eerstelijnszorgconcept in een bestaande wijk (Overdie)
- Oprichting van een eerstelijnszorgconcept in een nieuwbouwwijk (De Draai)

Daarnaast zal moeten blijken of de methode vanuit fase 2 geschikt is voor de verschillende praktijksituaties. In de casestudy is gekeken naar de verschillende haalbaarheidsaspecten en de mogelijke knelpunten die kunnen optreden of zijn opgetreden.

Dataverzameling

Voor dit onderzoek zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens verzameld. Deze gegevens zijn verkregen door middel van: experts/gezondheidsorganisaties, empirische waarnemingen, desk research en literatuuronderzoek. Centraal in het onderzoek staat de survey-methode waarbij interviews met experts en betrokken partijen gehouden zijn. Deze surveys bestaan uit gestructureerd face-to-face interviews met experts op het gebied van eerstelijnszorg/zorgvastgoed en de betrokkenen in de casestudies (Swanborn, 2008).

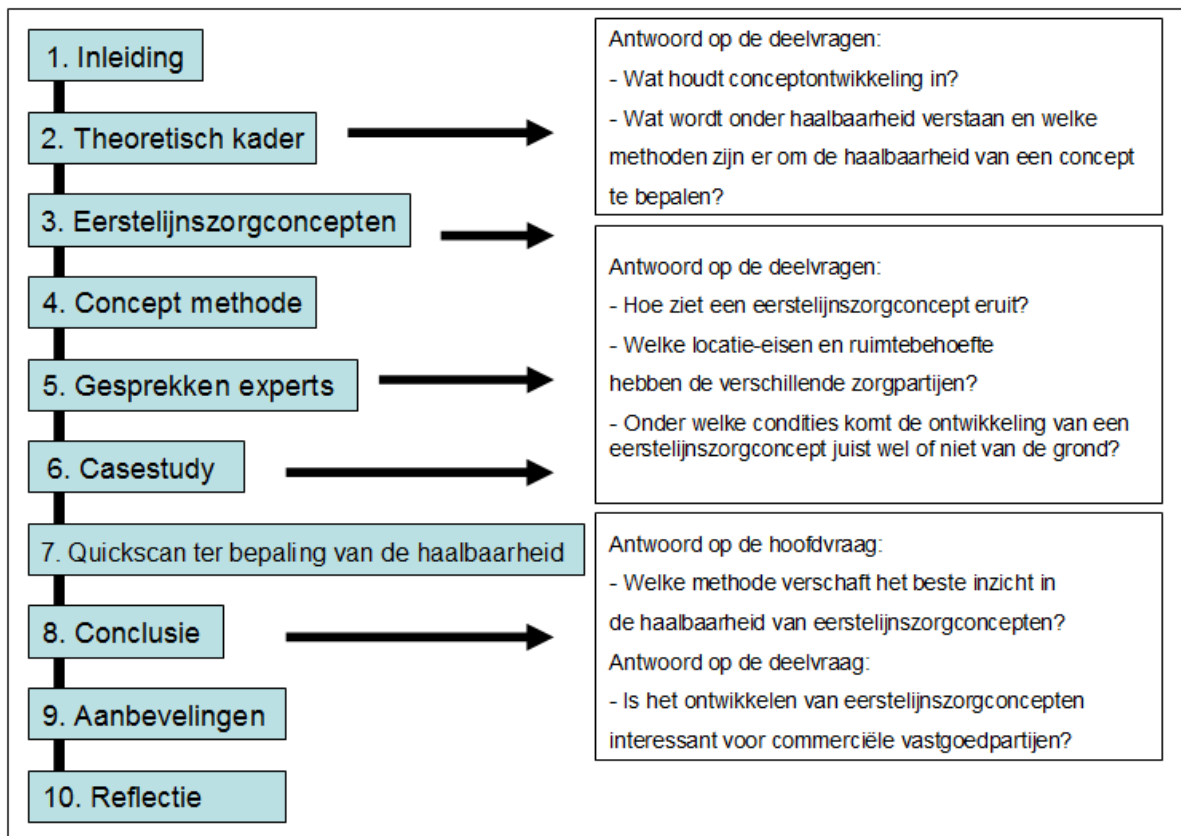
De experts op het gebied van (eerstelijns)zorgvastgoed is de opgestelde methode op basis van de literatuur voorgelegd en om commentaar en aanvullingen gevraagd. De betrokkenen in de casus zijn geïnterviewd om een helder beeld van de casus te kunnen schetsen.

Analyse

De verzamelde gegevens en informatie zijn in de rapportage verwerkt. Dit resulteert allereerst in een methode die inzicht in de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten verschaft. Daarnaast geeft het een beeld van de specifieke situaties in Sint Pancras, Overdie en De Draai wat betreft de haalbaarheid van een eerstelijnszorgconcept.

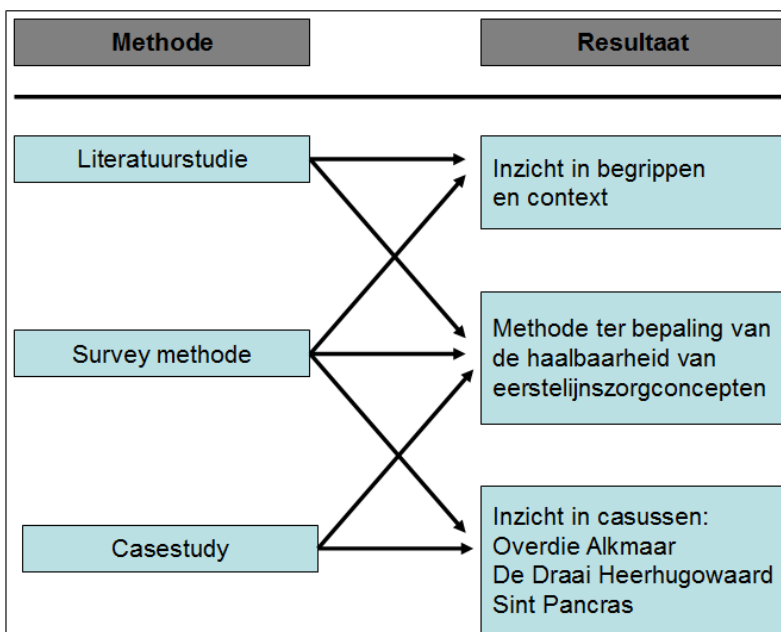
De interviews zijn opgenomen en vervolgens uitgeschreven en geanalyseerd op hun waarde en representativiteit. De vanuit de literatuur opgestelde methode is aangevuld met commentaar van de experts en de waarnemingen vanuit de verschillende cases. Hierdoor is de vanuit de literatuur opgestelde methode eveneens op waarde geschat en worden de beperkingen van de methode belicht.

1.7 Leeswijzer



Afbeelding 1.2: Leeswijzer Bron: auteur

1.8 Onderzoeksmodel



Afbeelding 1.3: Onderzoeksmodel Bron: auteur

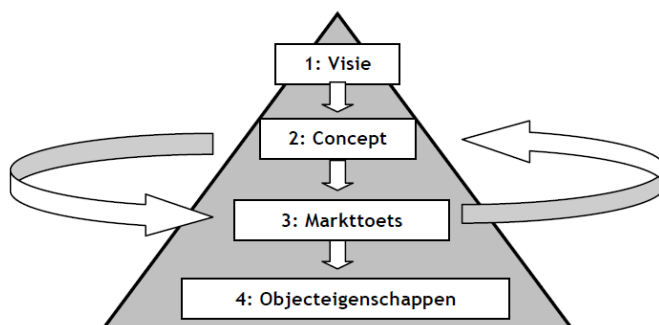
2. Theoretisch kader

In het theoretisch kader worden de achterliggende thema's van het onderzoek naar eerstelijnszorgconcepten beschreven. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvragen "Wat houdt conceptontwikkeling in?" en "Wat wordt onder haalbaarheid verstaan en welke methoden zijn er om de haalbaarheid van een concept te bepalen?"

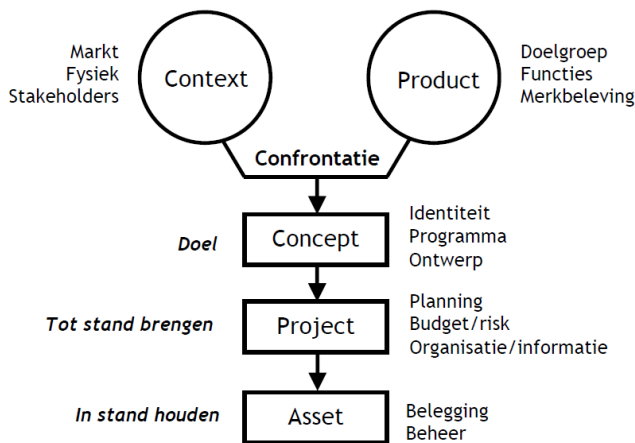
2.1 Conceptontwikkeling

De term conceptontwikkeling wordt veel gebruikt binnen de vastgoedsector. Het lijkt echter een containerbegrip te zijn geworden en wordt gebruikt in vele vakgebieden. Wat conceptontwikkeling in de vastgoedkunde onderscheidt van andere vakgebieden is de dimensie "locatie" (Stegmeijer, 2011). Een belangrijk kenmerk van conceptontwikkeling is dat het de ideeën en belangen van verschillende partijen en betrokkenen bundelt en op die manier een groter draagvlak creëert. De definitie van conceptontwikkeling volgens Sentel (2008) is "het zoeken naar en het vinden van de optimale vastgoedoplossing voor een locatie, rekening houdend met relevante trends en ontwikkelingen plus de wensen en eisen van de klanten" (Sentel, 2008). De essentie ligt in het denken vanuit de behoeften van de klant ten aanzien van het product (Sentel & Van Elst, 2008). Een andere definitie kan worden gevonden in Nozeman (2010) "een vastgoedconcept is een naar type, functie en/of ontwerp repeteerbaar vastgoedproduct". Er is bij conceptontwikkeling onderscheid te maken in: Gebiedsconcepten, vastgoedconcepten en productconcepten. Dit onderscheid wordt gemaakt op basis van schaalniveau. Conceptontwikkeling is een onderdeel van marketing en gaat over het afstemmen van vraag en aanbod. Conceptontwikkeling is daarom essentieel als leidraad bij productvorming. "Conceptontwikkeling levert geen pasklare oplossingen voor elke situatie maar is een activiteit die 'common sense' en 'fingerspitzengefühl' combineert met meetbare en waarneembare inzichten op het vlak van vraag, aanbod, locatie en beleid" (Sentel, 2008).

Een concept start met een visie, waarna een conceptuele uitwerking plaatsvindt. Dat kan in de vorm van een schets of maquette. Tevens worden de functionele en ruimtelijke mogelijkheden in kaart gebracht. Het concept wordt vervolgens getoetst aan de markt waarna de concrete objecteigenschappen worden toegevoegd. Wanneer het concept niet aan de marktbehoefte voldoet dient het te worden aangepast en vindt de markttoets opnieuw plaats. Wanneer vervolgens het concept bij de markt past vindt er een verplaatsing naar de specifieke objecteigenschappen plaats, het Programma van Eisen (PvE). Hierna zal het plan getoetst worden op zowel financiële en juridische haalbaarheid (Sentel, 2008).



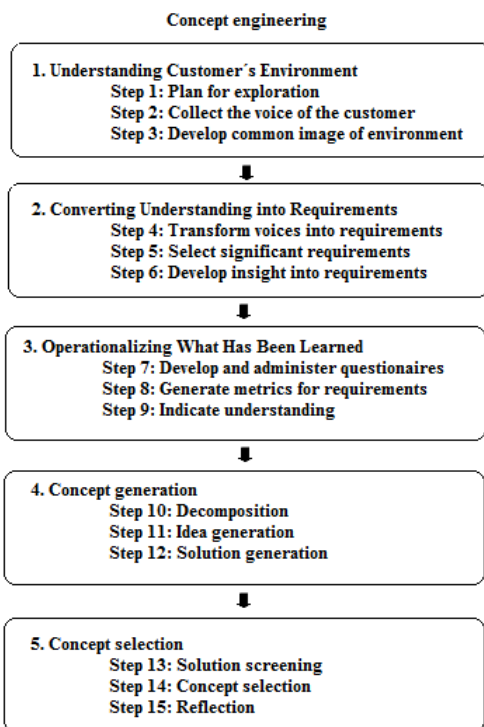
Afbeelding 2.1: Vastgoedconcept Bron: Sentel, 2008



Afbeelding 2.2: TCN Flow Bron: Sentel & Van Elst, 2008

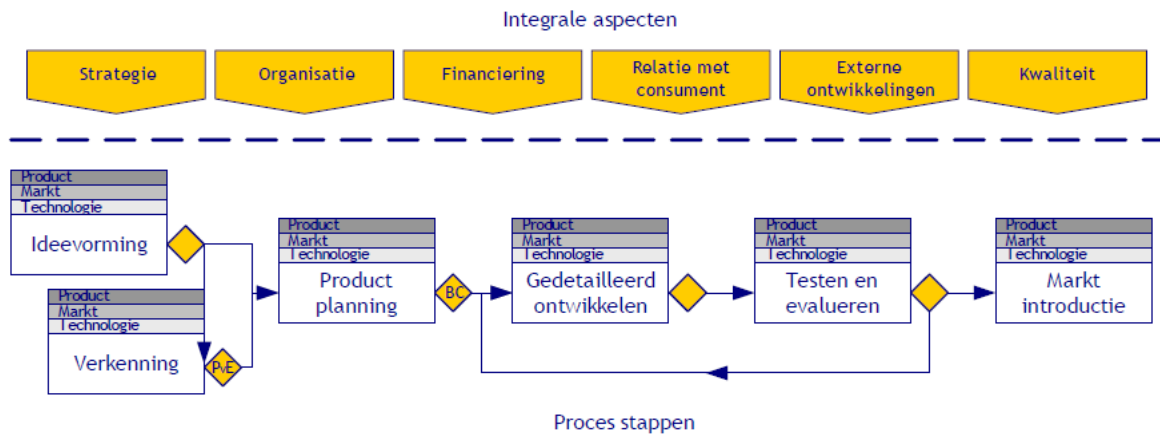
Een soortgelijk model kan gevonden worden in de TCN Flow (afbeelding 2.2). De TCN Flow begint met een product dat op basis van marktvraag wordt gedefinieerd. Het product staat dan nog los van de eventuele locatie of context. Daarna volgt de confrontatie tussen het product en de context en ontstaat er een concept. Het concept bestaat uit drie aspecten; identiteit, programma en ontwerp. Het concept wordt vertaald in een project, welke tot stand gebracht en in stand gehouden zal worden (Sentel & Van Elst, 2008).

Burchill en Fine (1997) hebben een model ontwikkeld waarbij conceptontwikkeling stapsgewijs benaderd wordt. Bij dit model staan de behoeften van de klant centraal welke kunnen worden geverifieerd door middel van enquêtes. De behoefte van de klant wordt omgezet in ideeën en oplossingen. Met het doorlopen van het iteratief proces worden de ideeën en oplossingen gecombineerd en verbeterd, wat resulteert in het beste concept. Het model van Burchill en Fine wordt weergegeven in afbeelding 2.3



Afbeelding 2.3: Concept engineering Bron: Burchill & Fine, 1997

Van Wiggen (2006) heeft een model voor conceptontwikkeling ontwikkeld welk bestaat uit een zestal fasen. In de ideevormingsfase wordt naar nieuwe mogelijkheden binnen de vastgoedmarkt gezocht, bijvoorbeeld een (onvervulde) consumentenwens. In de verkenningsfase wordt het concept vervolgens nader uitgewerkt met de beoogde doelen, een tijdsplanning, een verkennend marktonderzoek en een globale financiële en technische beoordeling. In de volgende fase wordt het concept verder uitgewerkt en verbeterd waarna het aan de consument geïntroduceerd wordt.



Afbeelding 2.4: Model voor conceptontwikkeling Bron: Van Wiggen, 2006

Vos (2004) omschrijft conceptontwikkeling als het uitvinden van waarde en meerwaarde. Een concept is uniek, innovatief en realistisch. Een concept bestaat uit de vier elementen programma, ruimte, draagvlak en geld. Nozeman e.a. (2010) geeft aan dat er twee mogelijkheden zijn op welke wijze concepten tot stand komen. De eerste mogelijkheid is dat er sprake is van een locatie waar ideeën vandaan komen. Bij de tweede mogelijkheid is er sprake van een idee zonder dat er nog een locatie is, deze concepten zijn footloose. Het gaat bij vastgoedconcepten niet louter om de functies, locatie en omvang, maar eveneens om zaken als branchering, dienstenpakket, doelgroep, positionering, vormgeving, technische uitvoering, juridische structuur, afwerkingniveau, marketingstrategie en het exploitatie- en beheermodel. Het vastgoedconcept wordt tijdens het iteratieve proces en het multidisciplinaire karakter van vastgoedontwikkeling regelmatig aangepast doordat uitgangspunten en condities veranderen (Nozeman e.a., 2010).

Het model van Burchill en Fine (1997) lijkt het beste aan te sluiten bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten doordat de behoeften van de klant in dit model centraal staan. Door eerst met zorgaanbiedende partijen te praten (understanding customer's environment, converting understandings into requirements) worden de wensen, eisen en de ruimtebehoefte per partij in kaart gebracht. Met deze input kan een Programma van Eisen en Voorlopig Ontwerp op maat gemaakt worden.

2.2 Haalbaarheid

Net als conceptontwikkeling is haalbaarheid een erg ruim begrip. Een plan is haalbaar wanneer het uitgevoerd of bereikt (gerealiseerd) kan worden binnen de gestelde uitgangspunten en randvoorwaarden. In een haalbaarheidsanalyse wordt bepaald of een voorgestelde vastgoedontwikkeling de vooraf opgestelde doelstellingen van de investeerder zal behalen (Cadman e.a., 2010). Vaak wordt bij haalbaarheid enkel aan het financiële deel daarvan gedacht, maar in een haalbaarheidsonderzoek wordt het project breder beschouwd (Pleijte, 2008). Een investeringsanalyse wordt uitgevoerd om te bepalen of een project goede risico- en rendementsverhoudingen heeft die door de investeerder geëist worden.

IPS Consultants (2011) definieert een haalbaarheidsstudie als “De formele studie ondernomen om te bepalen of een voorgenomen project haalbaar is”. Miles e.a. (2007) definiëren haalbaarheid als: *“A real estate project is feasible when the real estate analyst determines that there is a reasonable likelihood of satisfying explicit objectives when a selected course of action is tested for fit to a context of specific constraints and limited resources”*. Een specifiekere definitie van een haalbaarheidstudie kan worden gevonden in: *“De haalbaarheidstudie is de analyse van functionele, technische, financiële, ruimtelijke en locatieaspecten van een voorgenomen project, om een beslissing te kunnen nemen over de eventuele realisatie van het project”* (College Bouw Zorginstellingen, 2007).

Een haalbaarheidsstudie bevat drie afzonderlijke activiteiten: de marktstudie, de fysieke haalbaarheid en de financiële haalbaarheid (IPS Consultants, 2011). Een haalbaarheidsstudie dient continu verfijnd en aangepast te worden tijdens het ontwikkelproces (Miles e.a., 2007).

Bij haalbaarheid kan onderscheid worden gemaakt naar markttechnische haalbaarheid, financiële haalbaarheid, juridische haalbaarheid, organisatorische haalbaarheid, technische haalbaarheid, functionele haalbaarheid, maatschappelijke haalbaarheid en politiek/bestuurlijke haalbaarheid (College Bouw Zorginstellingen, 2007; Cheuve, 2010).

Ad 1. Markttechnische haalbaarheid

Centraal bij de markttechnische haalbaarheid staat of het betreffende project voldoende aantrekkingskracht heeft op gebruikers. De markttechnische haalbaarheid kan in de initiatieffase worden getoetst door middel van oriënterende gesprekken met zorgaanbiedende partijen. Veelal vinden deze gesprekken plaats naar aanleiding van geluiden vanuit de markt, welke voort kunnen komen uit huisvestingsproblematiek of problemen met het vinden van opvolging. Vaak zijn de trekkers van de ontwikkeling van een eerstelijnszorgaccommodatie één of meerdere huisartsen of een apotheker.

Het is voor vastgoedpartijen van belang het vertrouwen van de zorgverlenende partij te winnen. Vanuit de gesprekken wordt duidelijk hoe de zorgpartijen tegenover de ontwikkeling van en participatie in een eerstelijnszorgaccommodatie staan. Wanneer er vanuit de zorgpartijen geen of onvoldoende draagvlak is zal een dergelijke ontwikkeling niet haalbaar zijn.

Ad 2. Financiële haalbaarheid

Op basis van het programma, verhuur/verkooprijzen, grondprijzen, bouwkosten, rentes, rendementseis, ontwikkeltijd en beleggingswaarde kan de financiële haalbaarheid van de beoogde ontwikkeling bepaald worden. Bij de financiële haalbaarheid zijn het maximale vermogensbeslag, rendement (IRR) en de bijbehorend risico's voor de ontwikkelaar essentieel. Er wordt bij vastgoedontwikkeling veelal gerekend met de residuele grondwaardemethode. Deze methode geeft inzicht in de maximum te bieden grondprijs op basis van een bepaald te realiseren programma. Het is van belang alle kosten en opbrengsten vooraf in kaart te brengen om te zien of er een tekort of een surplus behaald wordt. Eén van de belangrijkste factoren bij de financiële haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten is het vaak geringe aanvangsrendement wat de ontwikkelende partij dient te accepteren. Daarnaast is er sprake van een relatief lange ontwikkeltijd en kan de financierbaarheid problemen opleveren (Van de Rijdt-Van de Ven, 2001).

Ad 3. Juridische haalbaarheid

Om de juridische haalbaarheid te toetsen dient te worden onderzocht of de voorgenomen ontwikkeling niet in strijd is met wettelijke bepalingen en regelgeving. Belangrijke zaken zijn het Bouwbesluit, het bestemmingsplan, de gemeentelijke bouwverordening en milieuwetgeving. Wanneer de voorgenomen ontwikkeling in strijd is met wettelijke bepalingen en regelgeving kan het ontwerp of de locatie aangepast worden.

Ad 4. Organisatorische haalbaarheid

De organisatorische haalbaarheid is sterk afhankelijk van de relaties en onderlinge samenwerking van de geïnteresseerde zorgpartijen. Het is van belang dat de zorgpartijen onderling overeenstemming over de visie, doelen en ambities bereiken wat betreft huisvesting, alsmede de gezamenlijke kosten en huurniveaus. Wanneer er voldoende draagvlak is kan er een intentieovereenkomst gesloten worden tussen de ontwikkelde partij en de zorgpartij(en). Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (2009) heeft een film over samenwerking gemaakt, getiteld *Het boekje van Ellen*. Deze film geeft een indruk over wat er op organisatorisch gebied mis kan gaan bij het ontwikkelen van maatschappelijk vastgoed.

Ad 5. Technische haalbaarheid

De technische haalbaarheid richt zich op de haalbaarheid van de technische uitvoering van het project. Bij de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept is de implementatie van innovatieve technieken en systemen essentieel, waaronder IFD (Industrieel Flexibel en Demontabel) en BIM (Building Information Model).

Ad 6. Functionele haalbaarheid

De functionele haalbaarheid hangt af van in hoeverre de ontwikkeling in functionele zin beantwoordt op eisen en wensen van de gebruikers, eigenaren en omgeving. Dit wordt de gebruikswaarde van het concept genoemd. Onder functionele haalbaarheid wordt eveneens de mate verstaan waarin wordt ingespeeld op de toekomstige functionaliteit van het concept, welke door verschillende ontwikkelingen constant aan verandering onderhevig is.

Ad 7. Maatschappelijke haalbaarheid

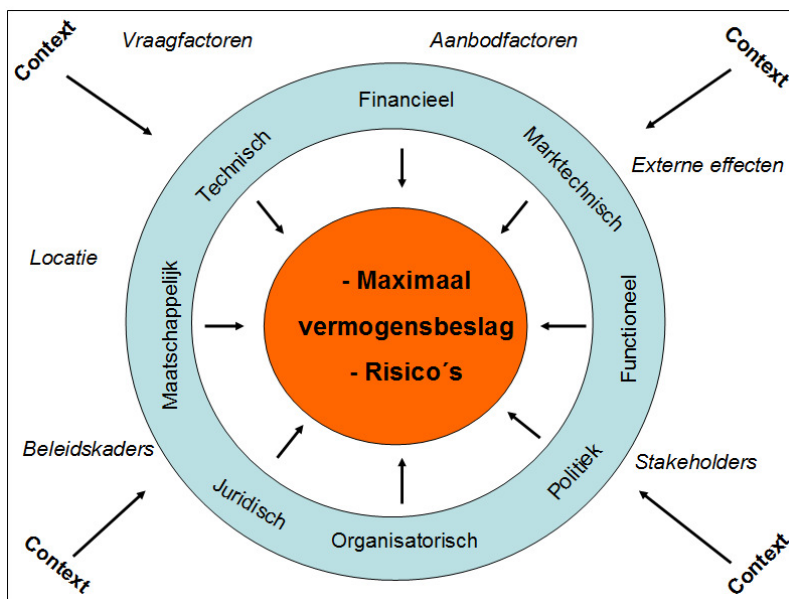
Wanneer bekend wordt dat een ontwikkeling plaats gaat vinden, kunnen individuele burgers, groepen burgers en organisaties zich tegen deze ontwikkeling keren.

Door burgers en organisaties kan een eerstelijnszorgconcept gezien worden als een NIMBY-ontwikkeling (not in my backyard) door zaken als de bouwhoogte, veranderende verkeerstromen en een verhoogde parkeerdruk. Zij kunnen tegen deze ontwikkeling bewaar en/of beroep aantekenen.

Ad 8. Politiek/bestuurlijke haalbaarheid

De gemeentelijke overheid legt in haar structuurvisie de beoogde toekomstige ontwikkelingen in haar gemeente vast. Hieruit kan naar voren komen dat de desbetreffende gemeente ambities heeft een gezondheidscentrum in de gemeente te ontwikkelen. Er kan een gesprek tussen de gemeente en de ontwikkelende partij plaatsvinden waarbij de intenties van de verschillende partijen besproken worden. Politiek gezien is de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept veelal gewenst omdat het bijdraagt aan het voorzieningenniveau en de zorginfrastructuur versterkt.

Op de verschillende besproken aspecten steunt de totale haalbaarheid van het project. Wanneer één of meer van de aspecten niet ondersteund wordt zal het project wankel(er) worden. De verschillende aspecten van haalbaarheid werken door in het maximale vermogensbeslag en de risico's van het project, welke essentieel zijn voor elke investeerder. Factoren die van belang zijn bij de haalbaarheid van een concept zijn: vraagfactoren, aanbodfactoren, locatie en beleidskaders (Sentel, 2008). Daarnaast spelen de stakeholders en eventuele externe effecten een belangrijke rol bij de haalbaarheid van een project of concept. Gezamenlijk met de verschillende factoren vormen zij de context waarbinnen een ontwikkeling plaatsvindt. Afbeelding 2.5 geeft deze relaties schematisch weer.



Afbeelding 2.5: Haalbaarheid Bron: auteur

Er worden bij vastgoedontwikkeling verschillende analyses toegepast bij het doen van een haalbaarheidsonderzoek. Door middel van een combinatie van de verschillende analyses kan een degelijk haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd worden als onderdeel van een businesscase.

1. Kosten-batenanalyse (KBA)
2. Risicoanalyse
3. Beheersbaarheidanalyse
4. Locatieanalyse
5. Marktanalyse
6. SWOT-analyse
7. Gevoeligheidsanalyse/variantenanalyse
8. Knelpuntenanalyse
9. Actorenanalyse
10. Go/ No Go / Go elsewhere -analyse

Ad 1: Kosten batenanalyse

Een kosten-batenanalyse heeft tot doel de toekomstige kosten en baten van een project inzichtelijk te maken en te zien of er eventueel winst te behalen is. De huurstromen kunnen middels de cap rate worden gekapitaliseerd naar de waarde van het project. Op basis van een kosten-batenanalyse kan het brutoaanvangsrendement (BAR) op de investering berekend worden en een investeringsbeslissing genomen worden. Daarnaast wordt er een bedrijfswaardeberekening gemaakt waarin de toekomstige kasstromen contant gemaakt (verdisconteerd) worden. Wanneer de contante waarde hoger of gelijk is aan de investeringswaarde van het project is de ontwikkeling rendabel (Ernst & Young, 2009).

Ad 2: Risicoanalyse

Een risicoanalyse is een onderdeel van risicomangement en heeft tot doel de mogelijke risico's van het project inzichtelijk te maken. "Risicomangement is het onderkennen en beheersen van risico's en onzekerheden tijdens het ontwikkelen van een project met als doel de kans op succesvol verloop ervan te verhogen" (Gehner, 2003).

Op hoofdlijnen zijn er drie soorten risico's te onderscheiden: Omgevingsrisico's, projectrisico's en organisatierisico's. Deze risico's kunnen worden gerubriceerd naar schaal, fase en niveau. Risico kan in formulevorm worden samengevat als kans maal effect.

Ad 3: Beheersbaarheidanalyse

De beheersbaarheidanalyse geeft aan in hoeverre de vijf beheersaspecten tijd, geld, kwaliteit, informatie en organisatie (TGKIO) in de verschillende fasen van de ontwikkeling beheerst worden (Kor & Wijnen, 2005).

Ad 4: Locatieanalyse

De locatieanalyse geeft een beoordeling van potentiële locaties op basis van de gestelde criteria. Tevens vindt er een onderzoek naar de ruimtelijke mogelijkheden en beperkingen van de verschillende locaties plaats.

Ad 5: Marktanalyse

De marktanalyse is een cruciaal onderdeel van de haalbaarheidsanalyse en onderzoekt de afzetmarkt van het betreffende concept alsmede de eventuele vraag naar het concept en de verhuur- en verkoopprijzen. Daarnaast wordt het concurrerend aanbod in de marktanalyse onderzocht.

Een marktanalyse bestaat uit een marktstudie, waarin vraag en aanbod onderzocht worden en de verhandelbaarheidanalyse (marketability), waarin wordt onderzocht hoe het concept door de markt ontvangen en verhandeld zal worden. In een verhandelbaarheidanalyse spelen nut, schaarste, wensen en effectieve koopkracht een rol (Miles e.a., 2007; Cadman e.a., 2010).

Ad 6. SWOT-analyse

Een SWOT-analyse geeft de Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats van een bepaald concept of ontwikkeling weer. Op basis van een SWOT-analyse wordt een strategie voor de toekomst bepaald.

Ad.7 Gevoeligheidsanalyse / variantenanalyse

Een gevoeligheidsanalyse is erop gericht de gevoeligheid van de waarden (input) van een rekenmodel vast te stellen. De onzekerheid en volatiliteit van de waarden waarmee gerekend wordt, worden vastgesteld.

Bij een variantenanalyse wordt er met verschillende scenario's gerekend. Dit kan bijvoorbeeld door de kosten op +5% te stellen, de opbrengsten per m² op 80% stellen, te rekenen met leegstand in het eerste jaar of de mutatiegraad op 3% te stellen. Hiermee kan worden nagegaan welke gevolgen dit voor de haalbaarheid van het project heeft.

Ad 8.Knelpuntenanalyse

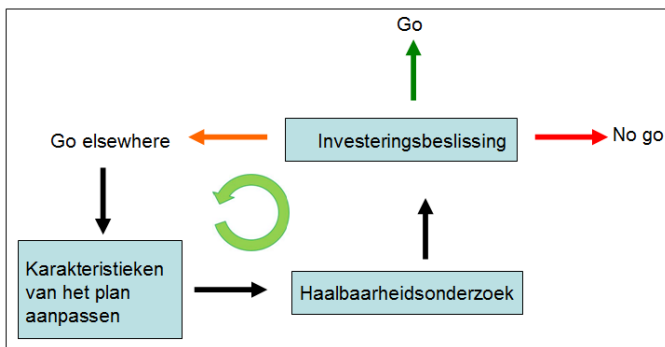
Een knelpuntenanalyse legt de knelpunten binnen een concept bloot. Vervolgens worden er maatregelen opgesteld gericht op het oplossen van de knelpunten.

Ad 9. Actorenanalyse

In een actorenanalyse worden de verschillende belangen, posities, achtergrond en invloed van de verschillende actoren in beeld gebracht. Het doel is om inzicht te genereren in welke actoren en op welke wijze deze actoren bij het ontwikkelproces betrokken dienen te worden omdat zij een bijdrage kunnen leveren of het betreffende project kunnen stagneren.

Ad 10: Go / No go / Go elsewhere analyse

In de go / no go / go elsewhere analyse wordt de totale haalbaarheid van het concept getoetst. Bij het maken van de investeringsbeslissing kan gekozen worden te stoppen met het concept (no go), de karakteristieken van het concept aan te passen (go elsewhere) of het project groen licht te geven (go). Na eventuele aanpassing van het plan dient er opnieuw een haalbaarheidsonderzoek plaats te vinden. Dit proces wordt schematisch weergegeven in afbeelding 2.6



Afbeelding 2.6: Go / No go / Go elsewhere Bron: auteur

In tabel 2.1 wordt de mate waarin de verschillende analyses de haalbaarheidsaspecten toetsen weergegeven. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen op hoofdlijnen toetsen en diepgaand toetsen. Hieruit komt naar voren dat met name in een haalbaarheidsonderzoek de financiële en markttechnische haalbaarheid getoetst wordt en de verschillende aspecten van de locatie onderzocht worden.

Tabel 2.1: Analyses en typen haalbaarheid Bron: Bertijn, 2005; IPS Consultants, 2010 bewerkt door auteur

Haalbaarheid → Analyse ↓	Juridisch	Financieel	Functioneel	Maatschappelijk	Bestuurlijk	Techuisch	Organisatorisch	Markttechnisch
SWOT	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig
KBA	Oppervlakkig	Diepgaand	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig
Risico	Oppervlakkig	Diepgaand	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig
Beheersbaarheid	Oppervlakkig	Diepgaand	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Diepgaand	Oppervlakkig
Locatie	Diepgaand	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Diepgaand	Diepgaand	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig
Markt	Oppervlakkig	Diepgaand	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Diepgaand
Gevoeligheid/ varianten	Oppervlakkig	Diepgaand	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Diepgaand
Knelpunten	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig
Actoren	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Diepgaand	Diepgaand	Oppervlakkig	Diepgaand	Oppervlakkig
Go / No go / Go elsewhere	Oppervlakkig	Diepgaand	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig	Oppervlakkig

Oppervlakkig
 Diepgaand

2.3 Fasering

Bij projectontwikkeling wordt veelal gebruik gemaakt van een indeling in fasen. Er is door verscheidene auteurs onderscheid gemaakt in fasering (Cadman, e.a., 2010; Miles e.a., 2007; Nozeman e.a., 2010; Ratcliffe e.a., 2009). De indeling in verschillende fasen heeft tot doel om het ontwikkelproces transparanter en inzichtelijker te maken en leidt tot een betere risicobeheersing. Daarnaast wordt in elke fase een aantal interne en externe documenten opgesteld, waarmee een fase afgesloten wordt en een nieuwe fase ingeluid wordt (Nozeman e.a., 2010). Tabel 2.2 geeft dit weer.

Tabel 2.2: Fasen en interne en externe documenten

Bron: Nozeman e.a., 2010

Fase	Intern	Extern
1. Initiatief	Researchexposé	Intentieovereenkomst
2. Ontwikkel	Ontwikkelexposé	Samenwerkingsovereenkomst
	PvE/ VO / DO / Bestek	Contract architect en adviseur
		PvE/ VO / DO / Bestek*
3. Realisatie	Uitvoeringsexposé	Aanbesteding
4. Exploitatie	Dispositie-exposé	Overdracht

* PvE= Programma van Eisen, VO = voorlopig ontwerp, DO = definitief ontwerp

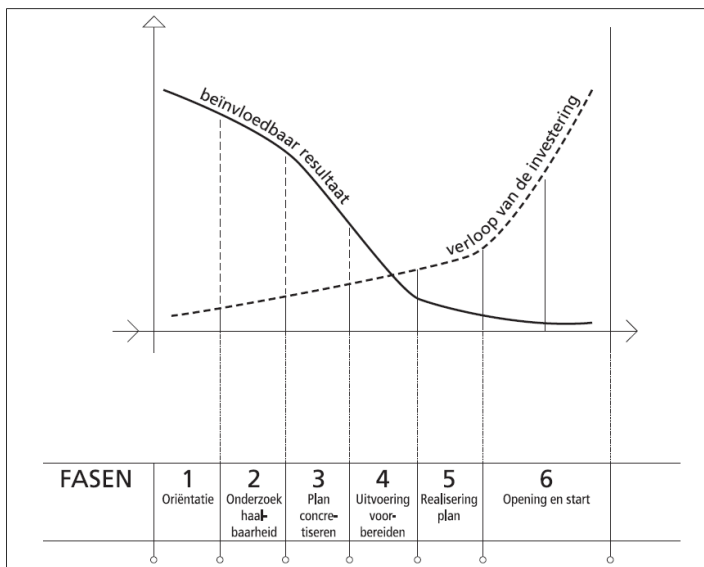
Van de Rijdt-Van de Ven (2001) onderscheidt een zestal fasen bij de totstandkoming van een gezondheidscentrum of HOED. Daarnaast maakt Van de Rijdt-Van de Ven onderscheid tussen de aspecten draagvlak, visie, samenwerking en organisatie, locatie en gebouw en financiering. Deze fasering is specifiek toegespitst op het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten en eveneens geschikt voor verschillende initiatiefnemende partijen. Het initiatief voor de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten kan genomen worden door zorgpartijen zelf, een woningbouwcorporatie, de gemeentelijke overheid of een projectontwikkelaar. In tabel 2.3 is samengevat wat in welke fase bij welk onderdeel van belang is. Wat opvalt is dat drie van de vijf onderdelen (draagvlak, visie, samenwerking en organisatie) betrekking hebben op de niet-fysieke kant van vastgoedontwikkeling.

Tabel 2.3: Fasering en onderdelen Bron: Van de Rijdt-Van de Ven (2001), bewerkt door auteur

Onderdeel → ↓ Fase	Draagvlak	Visie	Samenwerking en organisatie	Locatie en gebouw	Financiering
<i>1. Oriëntatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Het initiatief nemen - Draagvlak onderzoeken - Belanghebbenden in kaart brengen - Steun voor initiatief creëren 	<ul style="list-style-type: none"> - Verduidelijken aanleiding en wat men wil bereiken 	<ul style="list-style-type: none"> - Verkenning bij belanghebbenden over mogelijke samenwerkingsvormen 	<ul style="list-style-type: none"> - Inventariseren van mogelijke reeds aanwezige opties voor locatie of gebouw 	<ul style="list-style-type: none"> - Inschatten ontwikkelkosten - Regelen financiering ontwikkeltraject
<i>2. Onderzoek haalbaarheid</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Wensen en belangen partijen in kaart brengen - Intentieverklaring en samenwerkingsovereenkomst 	<ul style="list-style-type: none"> - Uitwisselen visies en uitgangspunten - Vaststellen doelstelling en gewenst zorgaanbod 	<ul style="list-style-type: none"> - Bepalen welke samenwerkingspartners en samenwerkingsvorm nodig zijn voor realisering doelstellingen en zorgaanbod 	<ul style="list-style-type: none"> - Doelstellingen, zorgaanbod en gewenste samenwerking vertalen naar eisen voor locatie en gebouw 	<ul style="list-style-type: none"> - Verkennen financiële haalbaarheid - Inschatten investeringskosten - Onderzoeken financiering mogelijkheden
<i>3. Het plan concretiseren</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Opzetten projectorganisatie - Taakverdeling 	<ul style="list-style-type: none"> - Uitwerken zorgaanbod 	<ul style="list-style-type: none"> - Mate van samenwerking en organisatie concretiseren 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaststellen Programma van Eisen (PvE) - Verkennen keuze locatie en gebouw - Keuzen architect 	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlopige begroting - Financiering zekerstellen
<i>4. Uitvoering voorbereiden</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Interne informatie en besluitvorming - Externe informatie - Draagvlak onderhouden 	<ul style="list-style-type: none"> - Vervolg uitwerken zorgaanbod 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaststellen organisatieplan - Samenwerking formaliseren (juridische vorm/contracten) 	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlopig ontwerp - Definitief ontwerp - Bestek - Aanbesteden 	<ul style="list-style-type: none"> - Definitieve begroting
<i>5. Realisering plannen</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Publiciteit voor opening 	<ul style="list-style-type: none"> - Actualiseren en concretiseren gezamenlijke visie en doelstellingen 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisatieopbouw en teamvorming 	<ul style="list-style-type: none"> - Bouw (ruwbouw en afbouw) - Inrichting - Regelen verhuizing 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewaking kosten
<i>6. Opening en start</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Vieren opening 	<ul style="list-style-type: none"> - Periodiek evalueren en bijstellen doelstellingen 	<ul style="list-style-type: none"> - Start feitelijke zorgverlening en samenwerking 	<ul style="list-style-type: none"> - Nazorg bouw en eindoplevering 	<ul style="list-style-type: none"> - Eindafrekening bouw

Het resultaat van fase 1 is dat er voldoende steun voor het initiatief is en er een haalbaarheidsonderzoek gedaan kan worden. Vervolgens ontstaat er in stap 2 overeenstemming over de visie en het zorgaanbod en kan er een intentie- of samenwerkingsovereenkomst getekend worden en een ruwe schets van het Programma van Eisen gemaakt worden. In stap 3 wordt het Programma van Eisen vastgesteld en wordt de keuze gemaakt tussen huur en koop van het gebouw. Wanneer de financiële haalbaarheid positief is kan er opdracht gegeven worden aan de architect en kan een tijdsschema worden vastgesteld. Het resultaat van stap 4 is een organisatieplan en een vastgelegde juridische vorm alsmede een bouwklare ontwerp en de aanbesteding van de bouw. In stap 5 is de organisatie startklaar en kan het gebouw opgeleverd worden. In stap 6 wordt het beoogde doel bereikt.

Bij aanvang van het bouwproces en het opstellen van het Programma van Eisen (PvE) kan de opdrachtgever veel invloed uitoefenen op het eindresultaat zonder hier grote kosten voor te moeten maken. Wijzigingen in latere fasen in het bouwproces kunnen echter grote financiële consequenties met zich meebrengen. Afbeelding 2.7 geeft dit weer. Het schema toont hoe de investering toeneemt en de invloed op het resultaat kleiner wordt.



Afbeelding 2.7: Invloed en kosten

Bron: Van de Rijdt-Van de Ven, 2001

2.4 Conclusie

Concepten worden ontwikkeld vanuit ideeën, wensen en eisen van gebruikers en de ontwikkelingen die in de toekomst plaats vinden. Deze kunnen op verschillende locaties verwezenlijkt worden. Bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten kan onderscheid worden gemaakt in de fysieke (locatie en gebouw) en de niet-fysieke kant (draagvlak, visie, samenwerking) van haalbaarheid.

Een plan is haalbaar wanneer het gerealiseerd kan worden binnen de gestelde uitgangspunten en randvoorwaarden. In een haalbaarheidsanalyse wordt bepaald of een voorgestelde vastgoedontwikkeling de vooraf opgestelde doelstellingen van de investeerder zal behalen. Haalbaarheidsonderzoek omvat meer dan alleen een financiële paragraaf. De haalbaarheidsanalyse onderzoekt de verschillende aspecten van haalbaarheid om een beslissing te kunnen nemen over eventuele realisatie van het project.

Binnen het vastgoedontwikkelp proces kan onderscheid gemaakt worden naar fasen. De fasering uit het Handboek: oprichten van een gezondheidscentrum of Hoed (Van de Rijdt-Van de Ven, 2001) kan gebruikt worden bij het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten. Hierbij is, in tegenstelling tot veel gebruikte indelingen in fasen (Cadman, e.a., 2010; Miles e.a., 2007; Nozeman e.a., 2010; Ratcliffe e.a., 2009), veel aandacht voor de niet-fysieke aspecten van vastgoedontwikkeling. Op basis van de verschillende haalbaarheidsaspecten in het vastgoedontwikkelp proces is een conceptmethode opgesteld welke in hoofdstuk 4 behandeld wordt. In hoofdstuk 3 zal allereerst dieper worden ingegaan op hoe eerstelijnszorgconcepten eruit zien.

3. Eerstelijnszorgconcepten

Er bestaat een breed palet van verschillende eerstelijnszorgconcepten. Dit hoofdstuk zal antwoord geven op de vraag hoe eerstelijnszorgconcepten eruit zien en welke ruimtebehoefte en locatie-eisen de verschillende zorgpartijen hebben.

3.1 Eerstelijnszorg

Eerstelijnszorg is de laagdrempelige, toegankelijke hulp en zorg die wordt verleend in de directe omgeving van de patiënt/cliënt. Eerstelijnszorg is direct toegankelijk voor de patiënt/cliënt en vindt extramuraal (buiten een instelling, zoals een ziekenhuis) plaats.

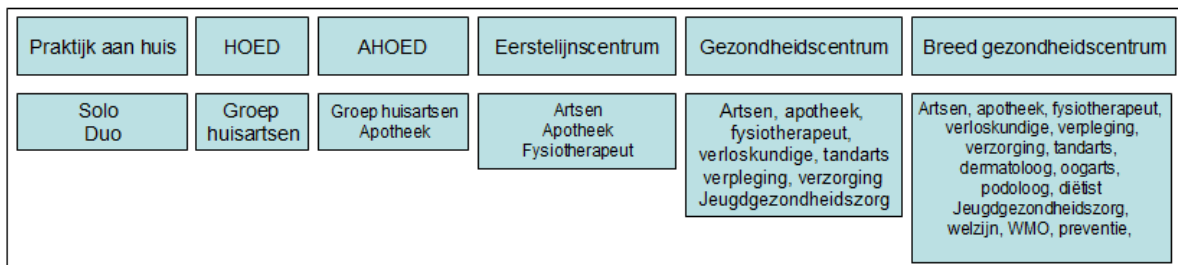
De tweedelijnszorg omvat de zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en de geestelijke gezondheidszorg welke alleen toegankelijk is na verwijzing van een zorgverlener uit de eerste lijn. Een tussenvorm kan gevonden worden in anderhalflijszorg, waarbij een arts vanuit een ziekenhuis spreekuur houdt in een gezondheidscentrum. In dit getrapte proces dat ontstaan is op basis van het echelonneringsprincipe, het opdelen van de gezondheidszorg in samenhangende echelons, fungeert de eerstelijnszorgverlener als poortwachter voor de tweedelijnszorg (Nivel, 2009).

3.2 Concepten

Er bestaat een groot aantal samenwerkingsvormen binnen de eerstelijnszorg.

De samenwerkingsvormen kunnen alle op verschillende manieren worden ingevuld. Deze verschillen hebben betrekking op schaalgrootte, het aantal disciplines en samenwerkingsverbanden en de intensiteit van de samenwerking. De fysieke uitwerking van deze samenwerkingsvormen is te vinden in eerstelijnszorgconcepten. De huisarts en apotheek vormen veelal de kern van een eerstelijnszorgconcept. Deze kern wordt aangevuld met andere eerstelijns- en maatschappelijke organisaties. Er ontstaat daardoor een grote verscheidenheid aan eerstelijnszorgconcepten met complementerende functies. Afbeelding 3.1 geeft verschillende accommodaties en mogelijk bijbehorende disciplines weer.

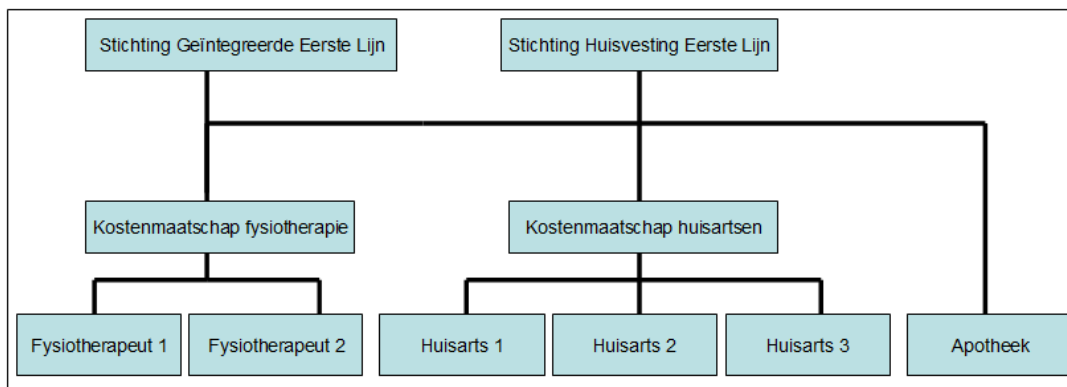
De vraag naar eerstelijnszorgconcepten ontstaat vanuit het verzorgingsgebied en verzorgingspopulatie middels de eerstelijnszorgaanbieders en wordt gevoed door verschillende ontwikkelingen in de eerstelijnszorg. Het aantal patiënten is maatgevend voor wat er exploitatietechnisch mogelijk is.



Afbeelding 3.1: Disciplines en accommodatie Bron: auteur

De verschillende concepten kunnen eveneens worden aangevuld met commerciële functies of woningen. Dit kan een positief effect hebben op de financiële haalbaarheid doordat er binnenplannen verevend kan worden. Indien de regels binnen het bestemmingsplan het toelaten kan er op de locatie verdicht worden en daarmee de financiële haalbaarheid worden vergroot.

De eerstelijnszorgconcepten kunnen worden ondergebracht bij een juridische entiteit. Wanneer de ruimte gehuurd wordt, is er meestal sprake van een overkoepelende stichting met kostenmaatschappen. Per discipline kan een aparte kostenmaatschap opgericht worden welke via een overkoepelde stichting huur afdraagt aan de exploitant. De zorgpartijen nemen zitting in het bestuur van deze stichting. Een voorbeeld van een dergelijke constructie hiervan wordt weergegeven in afbeelding 3.2



Afbeelding 3.2: Stichting en kostenmaatschappen Bron: auteur

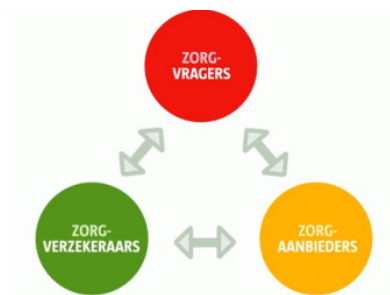
Het voordeel hierbij is dat de verhuurder met één partij te maken heeft: de Stichting Huisvesting Eerste Lijn. Eventuele opbrengsten van multidisciplinaire samenwerking worden ondergebracht in de Stichting Geïntegreerde Eerste Lijn. Deze opbrengsten kunnen worden besteed aan de verbetering van de zorg. Andere voorkomende juridische vormen in de eerstelijnszorg zijn een samenwerkingsovereenkomst en een (coöperatieve) vereniging (LVG, 2006). Bij een aantal gezondheidscentra zijn de zorgverleners in loondienst van het centrum.

In het geval van eigendom kan het pand worden ondergebracht bij een besloten vennootschap (B.V.) of vereniging van eigenaren (VvE). De zorgpartijen kunnen dan eventueel huur betalen aan hun eigen B.V. van waaruit zij het beheer en onderhoud regelen en rendement op het geïnvesteerde vermogen behalen.

Er zijn tal van andere juridische constructies mogelijk zoals het onderbrengen van het pand in een obligatiefonds of beleggingsfonds waarin de zorgpartijen participeren. Het is van belang regelgeving, aansprakelijkheid, eventueel benodigd vreemd vermogen en de fiscale situatie van de verschillende entiteiten vooraf te onderzoeken. De herinvesteringsreserve (HIR) is hierbij een belangrijk punt. De continuïteit van het centrum is een belangrijk uitgangspunt bij de keuze voor een juridische entiteit. De tendens in de eerstelijnszorg op dit moment is om de ruimte te huren. De oorzaak hiervan ligt in de huiverigheid van banken bij het verstrekken van financiering. De huur kan vanuit de omzet betaald worden waardoor is het risico voor zorgpartijen beperkt is.

3.3 Actoren

Er zijn verschillende actoren actief bij de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept, welke allen hun eigen belangen hebben. Er is in de zorg sprake van een driehoeksverhouding tussen zorgverzekeraars, zorgaanbiedende partijen en de zorgvragers (cliënten). Hierbij verzekeren zorgvragers zich bij een zorgverzekeraar en consumeren zorg bij de zorgaanbieders. De zorgaanbieders leveren vervolgens zorg tegen betaling door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar ontvangt verzekeringspremie van de zorgvrager en betaalt de zorgaanbieder voor de verschillende verrichtingen (producten en diensten). De overheid reguleert de verhouding tussen de verschillende actoren. De driehoeksverhouding tussen zorgaanbieders, zorgvragers en zorgverzekeraars wordt weergegeven in afbeelding 3.3



Afbeelding 3.3: Driehoeksverhouding Bron: NZa, 2011

Zorgaanbiedende partijen

Er is een groot aantal zorgverlenende partijen welke extramurale zorg bieden binnen de eerstelijnszorg. Dit kunnen huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, tandheekkundigen, mondhygiënisten, verloskundigen, eerstelijnspsychologen, logopedisten, diëtisten, ergotherapeuten, podotherapeuten, cesartherapeuten, huidtherapeuten en overige (para)medische functies zijn.

Naast medische functies kunnen ook maatschappelijke functies zich in een eerstelijnszorgconcept vestigen, bijvoorbeeld een Centrum voor Jeugd en Gezin, een Centrum voor Sport en Beweging, een thuiszorgorganisatie, een vestiging van de Gemeentelijke Gezondheid Dienst en het loket van een woningbouwcorporatie. De zorgpartijen kunnen eveneens zelf investeren in een eerstelijnszorgconcept ten behoeve van eigen huisvesting of exploitatie. Echter, de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept door een zorgverlenende partij dient naast de core-business (zorg verlenen) plaats te vinden en kost veel tijd en energie. Daarnaast beschikken zorgpartijen niet altijd over kennis en expertise op het gebied van vastgoedontwikkeling.

De motieven voor zorgpartijen om zich in een eerstelijnszorgconcept te vestigen zijn uiteenlopend. Voor zorgaanbieders waarbij de pensioenleeftijd nadert, is een praktijk in een multidisciplinair centrum veelal gemakkelijker over te dragen aan een nieuwe zorgaanbieder dan een solopraktijk (aan huis). Daarnaast kan een investering in een multidisciplinair centrum gezien worden als pensioenvoorziening.

Er komt door taakdelegatie meer gespecialiseerd personeel in de praktijk te werken dat bijdraagt aan de ruimtebehoefte. Vanaf drie huisartsen kan er gezamenlijk een praktijkondersteuner (POH) ingehuurd worden. Vanaf vijf huisartsen kan er een praktijkverpleegkundige bij komen.

Er moet een bepaalde schaalgrootte zijn om het gespecialiseerde personeel aan te kunnen nemen. Het gevolg voor huisvesting is dat de zorgpartijen bij elkaar in een gebouw willen zitten. Zorgpartijen participeren voor diagnosebehandelcombinaties (DBC) in een zorggroep. Voor deze DBC's worden aparte contracten afgesloten met zorgverzekeraars. Een ander motief kan zijn dat zorgpartijen een strategische marktpositie willen innemen in een nieuw gezondheidscentrum of willen concurreren met algemene ziekenhuizen. Afbeelding 3.4 geeft de verschillende motieven van zorgverleners weer.

		Motief	Zorgverlener							
			Huisarts 1	Huisarts 2	Huisarts 3	Apotheek	Fysiotherapeut	Thuiszorg	Logopedie	Podotherapeut
Motieven	Finandeeel gedreven	Economisch belang bij verwijzers								
		Opvolgingsproblematiek								
		Kostenefficiëntie								
		Integrale bekostiging dwingt tot samenwerking								
		Wens tot schaalvergroting								
	Kwaliteits gedreven	Verouderde huisvesting								
		Kwaliteit van de zorg								
		Werken met collega's in teamverband								
		Creëren van een A1-locatie voor eerstelijns zorg in de wijk								

Afbeelding 3.4: Motieven voor de participatie in een gezondheidscentrum

Bron: Verkerk, 2010

Er moet bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten door de verschillende individuele zorgverleners een groot aantal persoonlijke en zorginhoudelijke keuzes gemaakt worden. Bijvoorbeeld wanneer een huisarts met apotheekhoudende praktijk aan huis in een eerstelijnszorgconcept wil participeren. Dit heeft grote gevolgen voor de praktijkvoering en privésituatie van deze huisarts. Het gevolg van deze persoonlijke en zorginhoudelijke keuzes is dat er vaak sprake is van lange en intensieve organisatorische trajecten.

Zorgverzekeraars

De zorgverzekeringsmaatschappijen kopen de zorg van de zorgaanbieders in. Zij kunnen sturen op kwaliteit door meer dan het standaardtarief te vergoeden, bijvoorbeeld via een plustarief. Middels het plustarief kunnen de zorgverzekeraars sturen op samenwerking en kwalitatief hoogwaardige huisvesting, bijvoorbeeld binnen een eerstelijnszorgconcept. ZorgPunt, eigendom van zorgverzekeraar Menzis en investeerder Reggeborgh heeft circa dertig huisartsenpraktijken gekocht, waar de huisartsen nu in loondienst werken (Ligtvoet, 2011). Dit is een interessante ontwikkeling omdat zorgverzekeraars als opdrachtgever kunnen fungeren bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten.

Zorgvragers

De zorgvragers consumeren de zorg en zijn gebaat bij kwalitatief goede en betaalbare zorg. De groep zorgvragers zal de komende jaren door demografische ontwikkelingen toenemen. De zorgvrager heeft het voordeel op één punt de verschillende eerstelijnszorgvoorzieningen te kunnen vinden.

Zorggroepen

Zorggroepen zijn overkoepelende organisaties van eerstelijnsgezondheidszorg. Een voorbeeld hiervan is in Almere te vinden waar Zorggroep Almere een groot aantal eerstelijns- en maatschappelijke functies en ouderenzorg bundelt in eerstelijnszorgcentra.

Regionale Ondersteuning Structuur (ROS)

Eind 2003 heeft het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) besloten dat de eerstelijnszorg integraal ondersteund dient te worden. Daartoe werden Regionale Ondersteuning Structuren in het leven geroepen. Regionale Ondersteuning Structuren bieden informatie, diensten, advies gericht op het versterken van de eerstelijnszorg en worden gefinancierd vanuit collectieve middelen.

Zij helpen de eerstelijnszorgverleners met het opstellen van een visie, bedrijfsplan, kwaliteitsplan en bieden ondersteuning bij het maken van strategische keuzes. Er kan bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra onderscheid worden gemaakt in het fysieke deel en het niet-fysieke deel. De ROS-en houden zich bezig met het niet-fysieke deel; op het gebied van samenwerking en multidisciplinaire groepspraktijken. Er zijn 21 ROS-en in Nederland welke gezamenlijk een landelijk dekkend netwerk vormen.

Koepelorganisaties

De verschillende brancheorganisaties hebben normen geformuleerd wat betreft de benodigde installaties en voorzieningen in een eerstelijnszorgconcept. Tevens is het mogelijk bij deze organisaties advies in te winnen. De belangrijkste koepelorganisaties zijn:

- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Landelijke Overleg Versterking Eerstelijns (LOVE)
- Vereniging voor Arts en Auto (VvAA)

De LHV heeft een bouwadviesgroep welke regelmatig publiceert over nieuwe ontwikkelingen en efficiënte ontwerpen. De LHV heeft het *Handboek: oprichten van een gezondheidscentrum of Hoed* van de LVG (Van de Rijdt-Van de Ven, 2001) herzien en het *Handboek Bouw Eerste Lijn* uitgebracht (LHV, 2009). Dit handboek bevat veel basisinformatie voor het opstarten van een eerstelijnszorgconcept.

Overheid

De gemeentelijke overheid heeft een faciliterende rol bij de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept. Zij verleent de verschillende vergunningen en vrijstellingen. De gemeentelijke overheid kan een korting geven op de grondprijs om een maatschappelijk gewenste ontwikkeling zoals een eerstelijnszorgcentrum te ondersteunen. De Rijksoverheid stimuleert samenwerking in de eerstelijnszorg en samenwerking onder één dak. Dit gebeurt in samenspraak met de zorgverzekeraars. Primair is de gemeente verantwoordelijk voor het op orde zijn van de huisartsenzorg.

In het huidige regeerakkoord stellen de regeringspartijen VVD en CDA als doel de eerstelijnszorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te organiseren (Rijksoverheid, 2010).

Eveneens schetst de Rijksoverheid een gewenst toekomstbeeld voor de eerstelijnszorg waarin “zorgaanbieders structureel multidisciplinair met elkaar samenwerken op een gemeenschappelijke, herkenbare plek die bereikbaar en toegankelijk is”. De voorkeur gaat hierbij uit naar het samenwerken onder één dak (Rijksoverheid, 2010).

De gemeentelijke overheid krijgt met de uitvoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) een aantal zorggerelateerde taken. Het belang van de gemeente om in eerstelijnszorgcentra te participeren neemt hierdoor toe.

Woningbouwcorporaties

Woningbouwcorporaties zijn vaak betrokken bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten. Woningbouwcorporaties hebben een maatschappelijke taak en zijn bereid een onrendabele top te accepteren. De initiële investering die zij doen is nominaal terwijl de huren zijn geïndexeerd. Woningbouwcorporaties met veel bezit in een wijk vergroten met de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept de kwaliteit van de wijk. Daarnaast genieten zij een voordeel doordat zij tegen aantrekkelijke voorwaarden kunnen lenen, de zogenaamde WSW geborgde financiering (Waarborgfonds Sociale Woningbouw, 2011).

Per 1 januari 2011 is de regelgeving omtrent de WSW-geborgde financiering gewijzigd en is het niet in alle gevallen meer mogelijk WSW-geborgde financiering te verkrijgen.

Wanneer een ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept plaats vindt in de nabijheid van een wijk of buurt met een functie gericht op die wijk of buurt is het wel mogelijk een WSW-geborgde financiering te verkrijgen (De Staatscourant, 2010). De mogelijkheden van het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten door woningbouwcorporaties nemen door de wijziging van nationale en Europese wetgeving echter af. Door de afroaming van reserves door de overheid moeten woningbouwcorporaties kritischer kijken naar hun rendementseisen. Bij woningbouwcorporaties verloopt de besluitvorming daarnaast vaak trager en spreken woningbouwcorporaties de taal van de zorgverleners minder goed dan commerciële projectontwikkelaars (Verkerk, 2010; Vastgoedmarkt, 2011).

Beleggers

Voor beleggers, zowel institutioneel, particulier als woningbouwcorporatie, is een eerstelijnszorgconcept een interessante belegging. Doordat er sprake is van langdurige huurcontracten (10+10 jaar) zijn de risico's beperkt. De kans dat een zorgverlener failliet gaat is erg klein. Eveneens draagt een belegging in een eerstelijnszorgconcept bij aan de diversificatie van de beleggingsportefeuille. De belegger investeert bovendien maatschappelijk verantwoord. Het nadeel van een investering in een eerstelijnszorgconcept is het relatief lage rendement. Een ander nadeel is dat de belegger relatief kleine huurovereenkomsten heeft, waardoor er een groter verschil ontstaat tussen het bruto en netto rendement dan bij één omvangrijk huurcontract. Voor beleggers is de courantheid en alternatieve aanwendbaarheid van een pand belangrijk. Doordat eerstelijnszorgconcepten specifieke objecten zijn is deze alternatieve aanwendbaarheid gering.

Projectontwikkelaar

Een projectontwikkelaar ontwikkelt voor eigen rekening en risico vastgoed met als doel rendement te realiseren. Projectontwikkelaars hebben kennis en expertise op het gebied van vastgoedontwikkeling. Er zijn relatief weinig ontwikkelaars die zich richten op eerstelijnszorg maar er ontstaat steeds meer interesse in deze nichemarkt. De ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten kan interessant zijn, mede door tegenvallende resultaten in het commercieel en residentieel vastgoed.

Kansen voor projectontwikkelaars zijn gelegen in het vanuit de gebruikers (zorgpartijen/opdrachtgevers) lokaal ontwikkelen van een eerstelijnszorgconcept. De projectontwikkelaar dient zich hiervoor wel te specialiseren in kennis en kunde en te voorkomen dat de ontwikkelaar gewantrouwd wordt. Daarnaast zal de projectontwikkelaar genoeg moeten nemen met een lager rendement en zijn het veelal lange en intensieve trajecten die doorlopen moeten worden (Cuppen, 2007).

Adviseur

Adviseurs, in de vorm van advies- en projectmanagementbureaus, richten zich op de begeleidende rol bij de realisatie van eerstelijnszorgconcepten. Zij hebben voornamelijk kennis van eerstelijnszorg in relatie tot huisvesting en fungeren veelal als cultuurvertaler tussen de ontwikkelde partij en de zorgpartijen.

De grotere apothekersketens en de brancheorganisaties hebben adviseurs in dienst welke adviseren bij de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept. De adviseurs werken op basis van een feebeloning.

3.4 Ontwikkelingen

Er vindt een aantal ontwikkelingen plaats in de eerstelijnszorg. Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat de eerstelijnszorg in de toekomst zal veranderen. Hieronder worden de belangrijkste ontwikkelingen beschreven.

Marktwerking en bezuinigingen

De Rijksoverheid poogt door middel van marktwerking de prijs van zorg te kunnen drukken en de kwaliteit te verhogen. Het doel is dat de zorgaanbieders gaan concurreren en efficiënter gaan werken. Door meer marktwerking vindt er in de zorg een verschuiving plaats van een aanbodgestuurde naar een op vraag gerichte benadering.

Een toename in de zorgvraag door vergrijzing en medicalisering en de afname van de beroepsbevolking zal resulteren in minder beschikbaar personeel voor het groeiend aantal zorgvragers. De belastingopbrengsten zullen door de afname van de beroepsbevolking dalen. Om de zorg betaalbaar te houden zal er efficiënter gewerkt moeten gaan worden (Expertpanel Zorg en Bouw, 2010).

Substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn

De kosten in de zorg worden voor het overgrote deel in de tweedelijnszorg gemaakt (Cuppen, 2007). Daarom is het zowel voor de zorgverzekeraars als maatschappelijk van belang de kosten te drukken door een prominentere rol voor de eerstelijnszorg. De diagnostiek kan voor een groot gedeelte plaats vinden in de eerste lijn en bepaalde veel voorkomende aandoeningen kunnen in de eerste lijn worden behandeld met ondersteuning van nurse practitioners (Nivel & RIVM, 2005).

Extramuralisatie

Mensen blijven steeds langer zelfstandig thuis wonen. Deze mensen hebben behoefte aan laagdrempelige wijkgerichte zorg en thuiszorg. Deze functies kunnen worden ondergebracht in een eerstelijnszorgconcept.

Dependances ziekenhuizen (transmurale centra)

Ziekenhuizen zoals die nu bestaan zullen op den duur verdwijnen. De kolossale ziekenhuizen zullen vervangen worden door poliklinieken en dependances die niet perse samen onder één dak hoeven te zitten. Deze poliklinieken en dependances kunnen ondergebracht worden in gezondheidscentra. Alleen de hoogcomplexe functies zullen op geconcentreerde plaatsen blijven bestaan.

Het aantal ziekenhuizen zal afnemen en ziekenhuizen zullen zich steeds meer gaan specialiseren (Expertpanel Zorg en Bouw, 2010; Rigo Research en Advies, 2003).

Groeiend aantal groepspraktijken

Er is sprake van een afnemend aantal solo-praktijken en een toenemend aantal groepspraktijken. Deze tendens zal blijven doorzetten doordat huisartsen steeds meer gaan samenwerken. Zorgaanbieders zijn, in tegenstelling tot vroeger, niet altijd meer ondernemer maar in dienst van een stichting, bedrijf of andere zorgpartij.

Jonge, met name vrouwelijke huisartsen, geven de voorkeur aan een parttime baan (in loondienst). Tevens zijn zij bereid samen te werken binnen multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

Toenemende rol ICT-toepassingen

Er is in de zorg een toenemende rol van ICT-toepassingen waarneembaar. Zowel in het zorgverleningsproces (gegevensbeheer) als in de communicatie is ICT van belang, bijvoorbeeld voor het elektronisch patiënten dossier (EPD). In de toekomst zal zelfs een groot deel van de diagnostiek middels ICT-toepassingen plaats kunnen vinden.

Specialisatie in diagnosebehandelcombinaties (DBC)

Steeds meer zorgpartijen gaan zich binnen een zorggroep specialiseren in diagnosebehandelcombinaties (DBC). Zo zijn er DBC's voor diabetes, COPD (longziekte), cardiovasculair risicomanagement en ouderenzorg. De zorggroepen sluiten hiervoor aparte contracten af met de zorgverzekeraars. Zo ontstaan er gespecialiseerde zorggroepen voor verschillende ziektebeelden (Nivel, 2009).

Preventiegericht

Om de zorgbehoefte en zorgkosten te verminderen zijn de overheid, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders steeds meer bezig met preventieve zorgverlening. Zij proberen ervoor te zorgen dat mensen gezonder gaan leven en hun leefstijl aanpassen door gezonde voeding en voldoende beweging.

3.5 Locatie

Bij de zoektocht naar een locatie voor een eerstelijnszorgconcept worden de potentiële locaties getoetst aan de hand van een aantal criteria, welke worden weergegeven in tabel 3.1 Het belang van de verschillende criteria verschilt en kan door de zorgverlener zelf worden ingevuld. Er zijn kortweg twee mogelijkheden bij het ontwikkelen van een eerstelijnszorgconcept: sloop/nieuwbouw of herbestemming van een bestaand gebouw (Verkerk, 2010). De ligging van de locatie is een belangrijke component in de grondprijs waardoor goede locaties veelal een hogere grondprijs kennen.

Daarnaast liggen er vaak al meerdere ruimteclaims op A-locaties. De gemeente kan benaderd worden voor een geschikte locatie en kan in een aantal gevallen grond aanbieden aan de zorgpartijen of ontwikkelaar. Een aantal gemeenten is erg actief wanneer het gaat om het plannen en realiseren van een zorginfrastructuur met wijkgerichte eerstelijnszorg. In structuurvisies en bestemmingsplannen worden ruimtelijke reserveringen gemaakt ten behoeve van eerstelijnszorgvoorzieningen.

Tabel 3.1: Locatiecriteria Bron: Verkerk, 2010; Van de Rijdt-Van de Ven, 2001

criterium	Belang
Locatie ligt binnen het verzorgingsgebied	
Realisatie aantal vierkantemeters mogelijk	
Uitbreidingsmogelijkheden op termijn	
Goede bereikbaarheid per auto	
Goede bereikbaarheid per openbaar vervoer	
Parkeergelegenheid eigen terrein	
Uitstraling belendende bebouwing	
Bestemmingsplan	
Herkenbaarheid	
Veiligheid	
Situering ten opzichte van andere voorzieningen	
Kostenaspecten	

3.7 Verzorgingspopulatie en ruimtebehoefte

De basis van een eerstelijnszorgconcept is altijd de verzorgingspopulatie. De omvang en samenstelling van de verzorgingspopulatie vertaalt zich in de aantallen en typen disciplines in een eerstelijnszorgconcept. Tabel 3.2 en 3.3 geven een de relatie tussen het aantal patiënten, de verschillende disciplines en de ruimtebehoefte weer.

Tabel 3.2: Discipline en aantal patiënten Bron: NZE, 2010

Discipline	Aantal patiënten per formatieplaats
Huisarts	2.350
Praktijkondersteuner huisarts	7.050
Apotheek	9.000-10.000
Fysiotherapie	1.700 – 2.500
Tandarts	2.700 – 3.500
Verloskundige	13.700
Logopedie	20.000
Psycholoog	18.200
Maatschappelijk werk	6.000-10.000

Tabel 3.3: Verzorgingsgebied, disciplines en ruimtebehoefte Bron: Van de Rijdt-Van de Ven, 2001

Aantal inwoners	Disciplines	Oppervlakte
7.000 - 8.000	3 Huisartsen 1 Praktijkondersteuner 3 Wijkverpleegkundigen 2 Maatschappelijk werkenden 1 Verloskundige 2 Tandartsen 2 Fysiotherapeuten	809 m ² bvo
9.000 - 10.000	4 Huisartsen 1 Praktijkondersteuner 3 Wijkverpleegkundigen 3 Maatschappelijk werkenden 1 Verloskundige 3 Tandartsen 2 Fysiotherapeuten 1 Apotheek	1.403 m ² bvo
12.000 - 15.000	5 Huisartsen 1,5 Praktijkondersteuner 4 Wijkverpleegkundigen 3 Maatschappelijk werkenden 1 Verloskundige 3 Tandartsen 3 Fysiotherapeuten 1 Apotheek	1.580 m ² bvo

Het College Bouw Zorginstellingen heeft voor gezondheidscentra per discipline de normatieve ruimtebehoefte in kaart gebracht, welke wordt weergegeven in bijlage 2. Middels deze tabel kan een inventarisatie gemaakt worden van het benodigd metrage in een eerstelijnszorgconcept. De netto oppervlakte in m² dient te worden vermenigvuldigd met 1,5 om tot het brutovloeroppervlak te komen (College Bouw Zorginstellingen, 2005).

In veel gevallen neemt het benodigd aantal m² ten opzichte van een normpraktijk van 120 m² af. Echter, een eerstelijnszorgcentrum beschikt over voorzieningen die in een solopraktijk vaak niet aanwezig zijn zoals een invalidentoilet, een lift waarin een brancard vervoerd kan worden en een vergaderruimte. Deze voorzieningen verhogen het ruimtebeslag van een gezondheidscentrum. Tabel 3.4 geeft dit weer.

Tabel 3.4: Indicatie ruimtebehoefte groepsartsenpraktijk Bron: Van de Rijdt-Van de Ven, 2001

	Oppervlakte in m ² (circa)	Oppervlakte per fte in m ²
Drie huisartsen met praktijkverpleegkundige	230	58
Vier huisartsen met praktijkverpleegkundige en HAIO	310	51
Vijf huisartsen met praktijkverpleegkundige en HAIO	430	61

3.8 Huurprijs

De bouwkosten volgens de Richtlijn Bouw Eerste Lijn bedragen € 890,- per m² bvo voor casco en € 891,- per m² bvo voor inbouw exclusief BTW. De totale bouwkosten komen hiermee op € 1.781,- per m² bvo exclusief BTW en € 2.120,- per m² bvo inclusief BTW (LHV, 2009). Deze bouwkosten zijn inclusief bijkomende kosten, algemene kosten en winst en risico voor de ontwikkelende partij. Dit komt overeen met de gegevens in het *Kengetallenkompas Bouwkosten* (IGG Bouwkostenadvies, 2011).

Het is bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra gebruikelijk de verhuurprijs per m² brutovloeroppervlak (bvo) per jaar te hanteren. Bij een Bruto Aanvangs Rendement (BAR) van 6% en een huur van € 113,- per m² bvo per jaar is de residuele grondwaarde € 100,- per m² bvo (zie tabel 3.5). Tabel 3.6 geeft de verschillen in huurprijs weer bij verschillende BAR-percentages. Het door de ontwikkelaar te hanteren BAR percentage is mede afhankelijk van de actuele rentestand. Bij de verhuurprijs in tabel 3.5 is nog geen rekening gehouden met de BTW-compensatie. Bij de verhurende partij ontstaat BTW-schade wanneer de huurder een organisatie is die niet voor 90% prestaties verricht welke BTW belast zijn of is vrijgesteld is van BTW. Hierdoor kan de verhurende partij geen BTW in rekening brengen waardoor deze schade lijdt omdat de BTW op investeringen en exploitatiekosten niet kan worden verrekend in de BTW-aangifte. De BTW-compensatie kan oplopen tot meer dan dertig procent van de huurprijs (Koersvelt, 2009). De apotheek verricht wel voor meer dan 90% BTW-belaste prestaties en hoeft daarom geen BTW-compensatie te betalen. De BTW-compensatie op basis van de gegevens in tabel 3.5 bedraagt circa € 43,- per m². De berekening voor de BTW compensatie is in bijlage 3 te vinden. De totale huursom komt hiermee op € 156,- per m² bvo per jaar.

Een andere manier om de BTW-schade door te belasten aan de zorgpartijen is door in de investering naast de componenten grond en bouwkosten ook de component BTW op te nemen. De huursom komt hiermee op € 133,- per m² bvo per jaar.

Tabel 3.5 Financiële haalbaarheid Bron: auteur

Programma	Eenheid	Eerstelijnszorgconcept
Brutovloeroppervlak (bvo)	m ²	1000
Exogeen (A)		
Sloopkosten	€ / m ² bvo	€ 0,-
Bouwkosten (turnkey, excl. BTW)	€ / m ² bvo	€ 1.781,-
Investering(A)		
Investering per m ²		€ 1.781,-
Investering totaal		€ 1.781.000,-
Inkomsten (B)		
Jaarlijkse huur (excl. BTW-compensatie)	€ / m ² bvo	€ 113,-
Bruto Aanvangs Rendement (BAR)	%	6
Waarde investering		€ 1881.000,-
Residuele waarde (B-A)		
Residuele waarde	€ totaal	€ 100.000,-
Residuele waarde	€ m ² bvo	€ 100,-

Tabel 3.6 BAR en de gevolgen voor de huursom Bron: auteur

Totale investering	BAR	Gewenste huursom	Huur per m ² per jaar	Praktijk van 120 m ²
€ 1.881.000	5%	€ 94.050	€ 94	€ 11.286
	5,5%	€ 103.455	€ 103	€ 12.415
Aantal m²	6,0%	€ 112.860	€ 113	€ 13.543
1000	6,5%	€ 122.265	€ 122	€ 14.672
	7,0%	€ 131.670	€ 132	€ 15.800
	7,5%	€ 141.075	€ 141	€ 16.929
	8,0%	€ 150.480	€ 150	€ 18.058
	8,5%	€ 159.885	€ 160	€ 19.186

Het is van belang in kaart te brengen welke maximale huurprijs de verschillende zorgpartijen kunnen betalen. De huisarts wordt, als spil in de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept, hierbij als uitgangspunt genomen. De normpraktijk voor huisartsen omvat 2.350 ingeschreven patiënten en 9.434 consulteenheden per fte huisarts (NZa, 2011). Huisartsen krijgen voor een deel betaald per ingeschreven patiënt en voor een deel per verrichting. De inkomsten per ingeschreven patiënt zijn hierbij het meest omvangrijk. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft de normkosten voor het huren van praktijkruimte van huisartsen vastgesteld op € 16.677,- (NZa, 2011). De normpraktijk van de LHV omvat 120 m² bvo. De huur komt hiermee op € 139,- per m² per jaar. Concluderend kan worden gesteld dat er een deficit zit van € 17,- per m² per jaar tussen de totale huursom in het voorbeeld van € 156,- per m² bvo per jaar en de € 139,- per m² bvo per jaar die de huisarts op basis van een normpraktijk kan betalen. Wanneer de BTW als component in de investering wordt ondergebracht komt de huursom op € 133,- per m² bvo per jaar en ontstaat er een surplus van € 6,- per m² bvo per jaar. Naast casco en inbouw dient de praktijk te worden ingericht. Het is gebruikelijk dat de zorgverleners dit zelf doen. Er moet worden aangetekend dat een aantal huisartsen meer dan de normatieve 2.350 ingeschreven patiënten heeft. Er zijn echter ook huisartsen die minder dan de normatieve 2.350 ingeschreven patiënten hebben. De gevolgen voor de huisvestingslasten als percentage van de omzet worden weergegeven in tabel 3.7

Tabel 3.7: Huursom als percentage van de omzet Bron: Verkerk, 2010

	Norm	Norm - 10 %	Norm + 50 %
Aantal patiënten	2.350	2.115	3.525
Aantal consulten	9.434	8.491	14.151
Inschrijvingstarief	€ 48,59	€ 48,59	€ 48,59
Consulttarief	€ 9,07	€ 9,07	€ 9,07
Omzet inschrijvingen	114.187	102.768	171.280
Omzet consulten	85.566	77.013	128.350
Totale praktijkomzet	199.753	179.781	299.629
Benodigde aantal m ²	100	100	130
Prijs per m ²	€ 175,00	€ 175,00	€ 175,00
Totale huur	€ 17.500,00	€ 17.500,00	€ 22.750,00
Als percentage van de omzet	8,8%	9,7%	7,6%

Wanneer een huisarts het deel bestemd voor huisvesting niet uitgeeft aan huisvesting komt dit rechtstreeks ten goede aan zijn inkomen. Voor huisartsen kan het om deze reden financieel niet aantrekkelijk zijn om van een solopraktijk aan huis te verhuizen naar een nieuw gezondheidscentrum omdat zij daarmee een deel van hun inkomen kwijtraken. Het ontwikkelen van een eerstelijnszorgconcept is daarom alleen haalbaar wanneer de huisartsen bereid zijn in ieder geval het huisvestingsdeel aan hun praktijkruimte te besteden.

Voor de apothekers is een norm vastgesteld voor de huur van praktijkruimte van € 48.660.- per jaar voor een standaardpraktijk van 220 m² bvo op basis van een verzorgingsgebied van 8.500 patiënten (NZa, 2010). De huur die zij op basis van deze norm kunnen betalen bedraagt € 221.- per m² bvo per jaar. Zij kunnen de huur van € 113,- per m² per jaar gemakkelijk betalen. Een apotheek is erg gebaat bij de aanwezigheid van de huisartsen en kan er voor kiezen een deel van de huisvestingskosten van de huisartsen op zich te nemen. De apotheek hoeft in tegenstelling tot de huisarts over deze huur geen BTW-compensatie te betalen. De apotheek heeft daarmee een voordeel en kan dit benutten door enerzijds de gemeenschappelijke ruimten te huren waardoor het metrage van de huisartsen en eventuele overige zorgpartijen afneemt. Anderzijds kan er gedifferentieerd worden in de huurprijsniveaus binnen het eerstelijnszorgcentrum. Dit kan op basis van de verhouding van de huur die de apotheek betaalt in verhouding tot de totale huur van het eerstelijnszorgcentrum maar ook op basis van het aantal m² dat de apotheek huurt in verhouding tot het totaal aantal m² van het eerstelijnszorgcentrum. De fiscus accepteert het wanneer de zorgverleners de gunstigste van de twee kiezen (Verkerk, 2010). De apothekers hebben echter sinds een aantal jaar te maken met tariefverlagingen waardoor deze constructie niet altijd meer mogelijk is. De zorgverleners kunnen om de kosten te drukken anderzijds genoeg nemen met minder ruimte, in het geval van de huisarts bijvoorbeeld 110 m² in plaats van 120 m². In het geval van een eerstelijnszorgconcept waar veel ruimten gedeeld worden kan het aantal m² per individuele zorgverlener afnemen.

3.9 Opslag algemene ruimten

Naast de te huren ruimte wordt er bij het ontwikkelen van een eerstelijnszorgconcept gerekend met een opslag voor de gemeenschappelijk ruimten zoals gangen, technische ruimten, trappenhuis, toiletgroepen en liften. Deze gemeenschappelijke ruimten worden naar rato van het aantal gehuurde m² omgeslagen naar de huurder. Tabel 3.8 geeft een berekening van de opslag voor de gemeenschappelijke ruimten weer. Naast een opslag voor de algemene ruimten worden er in een eerstelijnszorgconcept vaak servicekosten gerekend. De hoogte van de servicekosten is afhankelijk van het dienstenpakket.

Tabel 3.8: Opslag gemeenschappelijke ruimten

Bron: Verkerk, 2010

Huurder	m ² bvo	Huurprijs per m ² bvo	Huurprijs ex. opslag	Opslag gem. ruimten	Huurprijs opslag	Huurprijs totaal
Apotheek	140	€ 132,00	€ 18.480	16%	€ 2.761	€ 21.241
Fysiotherapie	290	€ 132,00	€ 38.280	33%	€ 5.720	€ 44.000
Huisartsen	340	€ 132,00	€ 44.880	39%	€ 6.706	€ 51.586
Tandartsen	100	€ 132,00	€ 13.200	11%	€ 1.972	€ 15.172
Subtotaal	870	€ 132,00	€ 114.840	100%	€ 17.160	€ 132.000
Gem. ruimten	130	€ 132,00	€ 17.160			
Totaal	1000					

3.10 Conclusie

Er zijn verschillende eerstelijnszorgconcepten en er wordt een veelvoud aan namen voor deze concepten gebruikt. De basis van de eerstelijnszorgconcepten kan in een Hoed of AHoed gevonden worden waarna het uitgebreid kan worden met tal van functies, zowel maatschappelijk, commercieel als residentieel. De eerstelijnszorg is sterk aan het veranderen. Deze veranderingen veroorzaken een groei van de behoefte aan eerstelijnszorgconcepten. Deze groei is autonoom en zal verder doorzetten. De verschillende actoren, elk met hun eigen belangen, kunnen hier op in spelen. De ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten lijkt in een eerste verkenning alleen financieel haalbaar indien er met een gering BAR-percentages gerekend wordt, de grond voor een lage prijs verworven kan worden of wanneer de ontwikkeling met andere functies gecombineerd kan worden. De solvabiliteit van de zorgpartijen staat hierbij centraal, zodat er een duurzaam vastgoedconcept ontwikkeld kan worden.

4. Concept methode

4.1 Inleiding

Op basis van de literatuur (fase 1) is een concept methode opgesteld. Deze methode zal nog worden aangepast en aangevuld in fase 2 (experts) en 3 (case study) van het onderzoek. De concept methode geeft voorlopig antwoord op de hoofdvraag “*Welke methode verschaft het beste inzicht in de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten?*”

Een methode die inzicht geeft in de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten dient te voldoen aan een aantal eisen:

- Praktisch
- Breed toepasbaar
- Uitputtend
- Hanteerbaar door verschillende partijen
- Specifiek toegespitst op het ontwikkelen van eerstelijnszorg

Op basis van deze criteria is gekozen voor een quickscan in de vorm van een checklist. Op basis van de quickscan kunnen problemen worden gesignaleerd en kan er worden overgegaan op vervolgonderzoek. De quickscan is praktisch van aard en kan in de verschillende fasen van het vastgoedontwikkelproces gebruikt worden.

4.2 Concept methode

Op basis van de literatuur (Boeve e.a., 2010; Nozeman e.a., 2010; LHV, 2009; Van de Rijdt-Van de Ven, 2001; Miles e.a., 2007; Cadman e.a., 2009) is een quickscan tot stand gekomen welke de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten bepaalt. In de quickscan is onderscheid gemaakt in de verschillende typen haalbaarheid. Er kan “ja” of “nee” gescoord worden. Wanneer de score “nee” wordt toegekend dient te worden onderzocht welke gevolgen dit voor het project heeft. Dit kan door middel van verschillende analyses. Per punt wordt de fase aangegeven. Hierbij wordt de fasering van het *Handboek: oprichten van een gezondheidscentrum of Hoed* gehanteerd (Van de Rijdt-Van de Ven, 2001).

Gaandeweg het ontwikkelproces dienen de volgende zaken helder te zijn (LHV, 2009):

- De grootte van de patiëntenpopulatie;
- Welke disciplines er in het centrum komen en het aantal formatieplaatsen per discipline;
- Hoeveel ruimten en hoeveel m² per ruimte;
- Hoeveel ruimten gemeenschappelijk;
- De locatie (bestaand gebouw of grond);
- Beschikbaarheid van de locatie;
- Gewenste oppervlak en het beschikbaar oppervlak;
- Indicatie van de bouw- en investeringskosten en huur- of koopprijs;
- Geschatte kosten van leegstand in de aanloopfase;
- Potentiële openingsdatum.

Tabel 4.1: Concept methode Bron: auteur

1. Markttechnische haalbaarheid				
<i>Nr.</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
1.	Marktvraag	1, 2	Er is voldoende vraag vanuit de zorgaanbiedende partijen naar het eerstelijnszorgconcept.	
2.	Concurrerend aanbod	1, 2	Het concurrerende aanbod vormt geen of onvoldoende gevaar voor de ontwikkeling.	
3.	Huurprijs / verkoopprijs	2, 3	De gevraagde huurprijs / verkoopprijs is aanvaardbaar voor de huurder / koper	
4.	Verzorgingsgebied/populatie	1, 2	Het verzorgingsgebied / de verzorgingspopulatie is voldoende groot voor de beoogde ontwikkeling.	

2. Financiële haalbaarheid				
<i>Nr.</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
5.	IRR	2 - 4	De Internal Rate of Return (IRR) komt overeen met de doelstellingen van de investeerder.	
6.	Risico's	1 - 5	De risico's zijn aanvaardbaar en staan in een acceptabele verhouding met het rendement op het geïnvesteerd vermogen.	
7.	Residuele waarde	2, 3	De residuele waarde is hoog genoeg om de locatie te verwerven.	
8.	Subsidies	2 - 5	Eventuele tekorten bij de realisatie van het eerstelijnszorgconcept kunnen worden gedekt door middel van subsidies.	
9.	Financierbaarheid	1 - 5	De ontwikkeling van het eerstelijnszorgconcept is financierbaar.	
10.	Rendement	1 - 5	De ontwikkelaar behaalt voldoende rendement op het geïnvesteerd vermogen.	

3. Juridische haalbaarheid				
<i>Nr.</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
11.	Bestemmingsplan	2, 3	De functie en het ontwerp zijn in overeenstemming met de geldende bestemmingsplanvoorschriften of het bestemmingsplan kan worden gewijzigd.	
12.	Omgevingsvergunning	4	Voor alle activiteiten kan een omgevingsvergunning worden verleend.	
13.	Erfpacht	4	Erfpacht vormt geen belemmeringen voor de ontwikkeling van het concept.	
14.	Archeologisch vondst	2 - 5	Er zijn geen kostenverhogende of vertragende archeologisch vondsten gedaan.	

15.	Wet Bodem- bescherming	2 - 5	De locatie is geschikt voor de functie.	
16.	Bouwbesluit	3, 4	De aanvraag voldoet aan de eisen gesteld in het bouwbesluit	
17.	Gemeentelijke bouwverordening	3, 4	De aanvraag voldoet aan de eisen gesteld in de gemeentelijke bouwverordening.	
18.	Welstand	3, 4	Het ontwerp voldoet aan de welstandsnota / wordt goedgekeurd door de welstandscommissie.	
19.	Luchtkwaliteit	2, 3	De locatie en het concept voldoen aan het Besluit gevoelige bestemmingen (luchtkwaliteitseisen)	
20.	Wet milieubeheer	2 - 5	De aanvraag voldoet aan de Wet Milieubeheer / Activiteitenbesluit	
21.	Flora en fauna	2 - 5	De aanvraag voldoet aan eisen gesteld in de Flora- en fauna wet	
22.	Externe veiligheid	2 - 5	De aanvraag voldoet aan de Regeling externe veiligheid inrichtingen.	
23.	Geluidhinder	2 - 6	De aanvraag voldoet aan de eisen gesteld in de Wet geluidhinder	
24.	Geurhinder	2 - 6	De aanvraag voldoet aan de eisen gesteld in de Wet geurhinder en veehouderij.	
25.	Parkeren		De ontwikkeling voldoet aan de eisen die gesteld worden aan parkeerruimte.	

4. Organisatorische haalbaarheid

<i>Nr.</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
26.	Draagvlak	1 - 6	Er is bij de zorgpartijen voldoende draagvlak voor de realisatie van een eerstelijnszorgconcept.	
27.	Overeenstemming	1 - 6	Er is tussen de verschillende zorgpartijen overeenstemming in de visie, doelen en ambities alsmede gezamenlijke kosten en huurniveaus.	
28.	Samenwerking	1 - 6	De samenwerking tussen de ontwikkelende partij en de zorgpartijen is goed.	

5. Technische haalbaarheid

<i>Nr.</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
29.	Uitvoerbaar	3 - 5	Het concept is technisch uitvoerbaar	
30.	Kwaliteit	3 - 5	Het concept is technisch gezien van voldoende kwaliteit.	

6. Functionele haalbaarheid				
<i>Nr.</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
31.	Gebruikswaarde	3 - 6	Het concept voldoet aan de functionele eisen van de gebruikers.	
32.	Toekomstwaarde	3 - 6	Er wordt in het concept voldoende ingespeeld op toekomstige ontwikkelingen (flexibiliteit).	
33.	Indeelbaarheid	3 - 6	Er kan binnen het concept gemakkelijk van indeling veranderd worden.	
34.	Toegankelijkheid	3 - 6	Het concept is eveneens toegankelijk voor minder validen en mensen met een handicap.	
35.	Daglichttoetreding	3 - 6	Er is voldoende daglichttoetreding in het eerstelijnszorgconcept	
36.	Groei / krimp	3 - 6	Het concept speelt voldoende in op de veranderde ruimtebehoefte van zorgpartijen	
37.	Standaardeisen	3 - 6	Het concept sluit aan bij de standaardeisen opgesteld door brancheorganisaties.	
38.	Ontsluiting / bereikbaarheid	3 - 6	De locatie is goed ontsloten / bereikbaar	

7. Maatschappelijke haalbaarheid				
<i>Nr.</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
39.	Maatschappelijke weerstand	2 - 6	Er is geen of weinig maatschappelijke weerstand tegen de voorgenomen ontwikkeling	
40.	Omwonenden	2 - 6	Er zijn geen beroep- of bezwaar procedures van buurtbewoners en omwonenden.	

8. Politiek/bestuurlijke haalbaarheid				
<i>Nr.</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
41.	Gemeente	2 - 6	De gemeentelijke overheid (B&W, gemeenteraad, ambtenaren) staat achter de voorgenomen ontwikkeling en faciliteert de benodigde vergunningen en vrijstellingen.	
42.	Politieke weerstand	2 - 6	Er is geen of weinig politieke weerstand tegen de voorgenomen ontwikkeling (Verklaring van geen bedenkingen)	
43.	Beleid	2 - 6	Het concept sluit aan bij het rijks,- provinciaal,- en gemeentelijk beleid	

4.3 Conclusie

De quickscan is een methode die gebruikt kan worden om de haalbaarheid van een eerstelijnszorgconcept oppervlakkig te toetsen. De quickscan is praktisch van aard en relatief gemakkelijk in gebruik. De ontwikkelende partijen dienen zelf op basis van waarneming, kennis en expertise een inschatting te maken in hoeverre de punten in de checklist bereikt zijn. De methode kan in verschillende fasen van het ontwikkelproces gehanteerd worden. De methode biedt een inventarisatie van de condities waaronder een eerstelijnszorgconcept kan worden gerealiseerd. Het uniforme karakter van de methode bevordert de geschiktheid in verschillende situaties. De methode biedt daarmee een alternatief voor uitgebreide analyses. Eventuele knelpunten kunnen vroegtijdig worden onderkend. De methode dient op zijn bruikbaarheid te worden getest via interviews met experts (hoofdstuk 5) en via waarnemingen in de casussen (hoofdstuk 6). De definitieve methode wordt in hoofdstuk 7 weergegeven.

5. Gesprekken experts

5.1 Inleiding

De gesprekken met de verschillende experts maken onderdeel uit van fase 2 van het onderzoek. Uit de gesprekken met de verschillende experts is naar voren gekomen welke aspecten van belang zijn bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten en op welke wijze de haalbaarheid van dergelijke ontwikkelingen getoetst wordt door adviseurs en ontwikkelende partijen. De gehanteerde vragenlijst is in bijlage 1 te vinden.

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag “onder welke condities komen eerstelijnszorgconcepten juist wel of niet van de grond?” en wordt gekeken of het ontwikkelen van eerstelijnszorgcentra interessant kan zijn voor vastgoedpartijen.

5.2 Analyse van de gesprekken met experts

De vraag naar eerstelijnszorgconcepten ontstaat doordat de beroepsuitoefening van zorgpartijen veranderd door de taakdelegatie van zorginhoudelijke en facilitaire verrichtingen en het innovatiever en meer toekomstgericht werken van de zorgpartijen. Het werken onder één dak geeft voordelen wat betreft samenwerking en efficiencyvoordelen. De vraag naar zorg is eveneens aan het veranderen. Er zijn grofweg twee stromingen te onderscheiden wat betreft zorgverleners. Gechargeerd kan er onderscheid gemaakt worden tussen de conservatieve solistische zorgverlener en de nieuwe progressieve zorgverlener die interdisciplinair wil samenwerken.

Over het algemeen geven zorgpartijen de voorkeur aan het huren van de bedrijfsruimte omdat dit meer flexibiliteit biedt en de huur vanuit de omzet betaald kan worden. Er zijn wel mogelijkheden waarin de zorgverlener het pand in eigendom heeft of op een andere wijze participeert. De huurprijzen variëren enorm, dit heeft te maken met het opleveringsniveau en de opslag ter compensatie van de BTW maar ook met de grondprijs (locatie). Voor € 90,- per m² bvo per jaar exclusief BTW-compensatie kan er in een perifeer gebied een casco opgeleverde ruimte gehuurd worden. Voor turnkey zijn zorgverleners gemiddeld tussen de € 145,- en € 180,- per m² bvo per jaar inclusief BTW-compensatie kwijt. De BTW-compensatie verhoogt de huurprijs voor onder andere de huisarts aanzienlijk, met name bij nieuwbouw waar de stichtingskosten hoog zijn. De huurprijs stijgt daardoor met minimaal 30 procent. Die verhoging van de huur komt niet terug in de normvergoeding voor huisartsen en is daarmee ongeveer € 6.000,- te laag. De BTW-compensatie kan op verschillende manieren berekend worden. De huurprijs kan worden verhoogd met 19 procent maar kan ook worden geïndexeerd en vermeerderd met de BTW-schade in de exploitatie. Een andere manier om de BTW-compensatie in de huur te verdisconteren is door de BTW als component van de investering op te nemen.

De genoemde bouwkosten, afhankelijk van het opleveringsniveau, variëren eveneens. De bouwkosten voor casco liggen tussen € 1.000,- en € 1.200,- per m² bvo. De kosten van een inbouwpakket variëren tussen de € 600,- en € 1.000,- per m² bvo. Indien de ontwikkelaar de ruimte turnkey (sleutelklaar) oplevert, wordt er meer omzet gegenereerd maar worden het vermogensbeslag en de risico's ook groter.

Daarnaast moet er voor turnkey-oplevering veel overlegd worden met de zorgpartijen en moet de inbouw na twintig jaar vernieuwd worden. Een casco-oplevering kan door een belegger sneller worden afgeschreven. Veel zorgpartijen willen zelf het inbouwpakket regelen en de verschillende disciplines hebben allen andere eisen wat betreft inbouwpakket. De tussenweg tussen casco en turnkey is casco-plus en is voor zowel zorgpartijen als vastgoedpartijen interessant. Het probleem bij een casco of casco-plus oplevering is dat de zorgpartijen zelf het inbouwpakket moeten financieren. Niet alle zorgpartijen krijgen deze financiering bij de bank rond. In een huursituatie investeren de zorgpartijen daarnaast in het pand van de exploitant.

De LHV adviseert haar leden altijd turnkey op te leveren. Zij heeft een Programma van Eisen Hoed 2010 opgesteld welke als uitgangspunt voor de oplevering gebruikt kan worden.

Eerstelijnszorgcentra zijn in veel gevallen “bedrijfsverzamelgebouwen” waar elke discipline zijn eigen receptie, wachtruimte en backoffice heeft. Dit zegt echter niets over de samenwerking die binnen het centrum plaats vindt.

De disciplines verenigen zich in een maatschap, stichting, vereniging, B.V. of VVE om de kosten te delen en het beheer te regelen. Het verzorgingsgebied voor een eerstelijnszorgconcept bedraagt minimaal 10.000 inwoners. Het wordt pas gunstig wanneer drie of vier huisartsen in het concept ondergebracht kunnen worden, wat een ruimte van minimaal 400 m² vertegenwoordigt. De huisarts en apotheek zijn de spil in de ontwikkeling van het eerstelijnszorgconcept en hebben een aantrekkingskracht op andere zorgdisciplines. Het verzorgingsgebied en de samenstelling van de verzorgingspopulatie zijn maatgevend voor wat er kan komen.

Het initiatief voor de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept kan uit verschillende hoeken komen. Het initiatief kan bij een gemeente, corporatie, belegger en ontwikkelaar vandaan komen maar komt vaak bij de zorgpartijen zelf vandaan. Het is in de initiatieffase essentieel dat de zorgpartijen overeenstemming bereiken over visie, missie, ambitie en doelstellingen en of de participanten daadwerkelijk samen willen werken. Deze samenwerking dient te worden geprotocolleerd om eventuele onenigheid in de toekomst te vermijden. De ontwikkeling vindt bottom-up plaats. De toekomstige bedrijfsvoering van de zorgpartijen is daarbij het uitgangspunt. Er dient maatwerk geleverd te worden en het aantal onrendabele meters dient beperkt te zijn. Van belang bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra is met name om “alle kikkers in de kruiwagen te houden”, de motivatie, gedrevenheid en het doorzettingsvermogen van de zorgpartijen is hierbij doorslaggevend. Een belangrijk punt voor zowel de zorgpartijen als de ontwikkelaar is de huur- of koopprijs. Vaak gaat het mis bij de prijsvorming waarna participanten afhaken.

Het is financieel haalbaar om een eerstelijnszorgconcept te ontwikkelen maar de ontwikkelende partij dient met een maatschappelijk rendement te rekenen: “Het vet op de botten van zorgpartijen is relatief gering”. Woningbouwcorporaties kunnen dergelijke rendementen accepteren vanwege hun maatschappelijke doelstelling. Private ontwikkelaars kunnen het maatschappelijk rendement accepteren wanneer andere motieven spelen zoals naamsbekendheid en imago. Creativiteit, een goede organisatie en het beheersen van kosten hebben een positief effect op de haalbaarheid.

De grondprijs en de mogelijkheid tot verdichting zijn belangrijke factoren bij de financiële haalbaarheid. Het risico in de exploitatie van eerstelijnszorgconcepten is gering; “een huisarts gaat zelden failliet”. Vaak kunnen langdurige huurcontracten van minimaal 10 jaar overeengekomen worden. De eerste stap bij het toetsen van de haalbaarheid is door te kijken of de zorgpartijen met elkaar willen werken en welke partijen er in het concept komen. Daarna kan de financiële haalbaarheid globaal getoetst worden. Wanneer het ontwikkelproces vordert neemt het aantal analyses om de haalbaarheid te toetsen toe. Veelvoorkomende analyses zijn de kosten-batenanalyse en de SWOT-analyse. Het doen van uitgebreide analyses, zeker door professionele partijen, kost tijd en geld waardoor de financiële haalbaarheid onder druk komt te staan.

De rol van de gemeentelijke overheid is met name faciliterend en voorwaardenscheppend. De gemeente is wettelijk verantwoordelijk voor het op orde zijn van de huisartsenzorg. Met de invoering van de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) is de taak van de gemeente wat betreft aanverwante zorgtaken gegroeid. De gemeente kan een grondprijs hanteren voor een maatschappelijke bestemming en kan meewerken en meedenken met de zorgpartijen. Het initiatief van een eerstelijnszorgconcept kan bij de gemeente vandaan komen die een probleem van pensionerende huisartsen signaleert. Bij de ontwikkeling van een nieuwe wijk worden door de gemeente wenselijke voorzieningen opgenomen. Het risico in het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten ligt, naast de gebruikelijke risico's, met name in het afhaken van participanten. De participanten staan bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten centraal. Daarin zit het wezenlijke verschil met klassieke projectontwikkeling; “Het kopen van een stuk grond en er op risico een eerstelijnszorgcentrum neerzetten werkt niet, de zorgpartijen komen niet vanzelf”. Daarnaast wordt de maximale huurprijs die een zorgpartij kan betalen bepaald door de overheid en is de zorgsector sterk aan regelgeving gebonden. De bottleneck bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten is vaak de prijsvorming, regelgeving en planologische procedures; “zelfs de ouders van een jongetje dat op de locatie altijd aan het skaten was tekenden bezwaar aan”. Alle “windows of opportunity” moeten bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra tegelijkertijd open staan om iets te kunnen laten ontstaan.

Er zijn grote cultuurverschillen tussen de zorgpartijen en de vastgoedsector wat betreft taalgebruik, kennis, jargon en (commerciële) denkwijze. De partijen dienen zich in elkaar te interesseren en elkaar te vertrouwen om tot overeenstemming te komen. De meerwaarde die vastgoedpartijen kunnen bieden liggen met name op het gebied van kennis en expertise van ontwikkel- en bouwprocessen. Vastgoedpartijen kunnen projectmatig werken en plankosten door expertise en herhaling laag houden. “Zorgpartijen zijn geen bouwheren en hebben daar ook geen verstand van, vastgoedpartijen wel.”

Het ultieme eerstelijnszorgconcept bestaat niet. Concepten zijn wel repeteerbaar bij een gebied waar de situatie nagenoeg gelijk is. In zowel perifere gebieden met een lage grondprijs als centrumgebieden met een hoge grondprijs komt de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten minder gemakkelijk van de grond. In stedelijke gebieden is de inpassing van gezondheidscentra veelal een knelpunt. In perifere gebieden is de verzorgingspopulatie ontoereikend om een eerstelijnszorgconcept te ontwikkelen.

In centrumgebieden, zoals Amsterdam is de grondprijs te hoog om eerstelijnszorgconcepten te ontwikkelen. “Er is niet zoals bij andere vrije beroepsbeoefenaars zoals accountants en advocaten onderscheid tussen een goedkope en dure huisarts, de tarieven worden landelijk vastgesteld.” De dynamiek in de verschillende gebieden is anders. In Amsterdam kan de exploitatie bijvoorbeeld worden opgerekt naar de avonden en weekenden.

5.3 Consensus en controverse

De antwoorden van de verschillende experts komen in grote mate overeen. Met name op de onderwerpen ontwikkelingen in de zorg, samenwerkingsvormen, eigendomsverhouding, huurprijzen, bouwkosten, knelpunten, risico's, rendement, initiatiefname, rol van de gemeente en omvang van het verzorgingsgebied waren de experts het eens. Er is onenigheid waargenomen over de mate waarin concepten repeteerbaar zijn en over waar een eerstelijnszorgconcept gemakkelijker ontwikkeld kan worden, in een centrum of perifeer gebied. Enerzijds geeft een aantal experts aan dat de mate van repeteerbaarheid erg groot is doordat er vrijwel altijd huisartsen, een apotheek en fysiotherapeut aanwezig zijn. De basis ligt altijd bij een aantal huisartsen. Anderzijds geeft een aantal experts aan dat in vrijwel elke situatie de verzorgingspopulatie, zorgbehoefte en het aantal participerende zorgaanbieders anders is. De experts zijn het er wel over eens dat het ultieme concept niet bestaat. Een aantal experts geeft aan van mening te zijn dat het in een perifeer gebied gemakkelijker is een eerstelijnszorgconcept te ontwikkelen, doordat de grondprijzen daar lager zijn. Andere experts denken dat het gemakkelijker is om in een centrumgebied een eerstelijnszorgconcept te ontwikkelen. Een derde groep geeft aan dat ieder gebied zijn eigen dynamiek kent. Uit de interviews is daarnaast gebleken dat er veel onenigheid bestaat over welk opleveringsniveau wenselijk wordt geacht en wat er onder de verschillende opleveringsniveaus verstaan wordt.

5.4 Commentaar en aanvullingen

De methode geeft een helder en praktisch overzicht van de belangrijkste punten bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten. De methode is eveneens geschikt voor herbestemming naar een eerstelijnszorgfunctie. Van concurrerend aanbod is in de opinie van een aantal experts geen sprake omdat het *not done* is om zich als huisarts in het verzorgingsgebied van een bestaande huisarts te vestigen. Er is feitelijk geen concurrentie tussen huisartsen. Bij fysiotherapeuten is daarentegen er wel degelijk concurrentie waar te nemen doordat de tarieven bij fysiotherapeuten vrijgegeven zijn. Om deze reden is dit punt niet uit de quickscan verwijderd. De vraag vanuit de cliënten (zorgvragers) is niet relevant bevonden omdat de verschuiving van solistisch opererende zorgverleners naar multidisciplinair samenwerken onder één dak een autonome ontwikkeling is. Dit punt in de quickscan is om deze reden verwijderd.

Door de experts zijn aanvullingen gedaan op de methode. De eerste belangrijke aanvulling is dat de concepten flexibel en transformeerbaar dienen te zijn waardoor de courantheid en alternatieve aanwendbaarheid toeneemt. Deze eis komt bij banken en beleggers vandaan om ook in de toekomst het pand te kunnen exploiteren en daarmee het leegstandsrisico te verminderen. De tweede aanvulling is de individuele businesscase van de participanten.

De investeringen en desinvesteringen die zij ten opzichte van de huidige situatie moeten doen worden geacht in acceptabele verhouding te staan tot de nieuwe situatie. De haalbaarheid bij de zorgondernemers en hoe zij gaan opereren is van dermate belang dat deze ook getoetst dient te worden. Voor de zorgpartijen moet een dergelijk concept ook (financieel) interessant zijn. Dit punt hangt direct samen met de marktvraag naar eerstelijnszorgconcepten. Een derde aanvulling vanuit de experts is het dat er een focus zou moeten worden aangebracht in de quickscan op de essentiële punten bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten. De vierde aanvulling ligt in de punten waar tijdens het ontwikkelproces gaandeweg duidelijkheid over verkregen dient te worden.

Deze lijst met punten is op basis van de gesprekken met de experts aanzienlijk uitgebreid en aangevuld. De volgende punten zijn toegevoegd:

- De zorgvraag en zorgbehoefte;
- De huidige situatie wat betreft zorginfrastructuur;
- De individuele businesscase van de verschillende zorgpartijen;
- De eigendomssituatie van het concept;
- De juridische entiteit(en) die gaan huren of kopen;
- Het opleveringsniveau van het concept;
- Het toekomstig beheer en facilitair management.

5.5 Conclusie

De gesprekken met experts hebben inzicht gegeven in de verschillende factoren en aspecten bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten. De ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten is maatwerk en is gebaat bij een bottom-up benadering. De huisarts functioneert als spil in deze ontwikkelingen en trekt andere zorgpartijen aan. Het accepteren van een gering rendement door de ontwikkelaar is essentieel om de huurprijs op een acceptabel niveau te houden. Daarnaast dienen alle windows of opportunity tegelijkertijd open te staan om een eerstelijnszorgconcept succesvol te ontwikkelen.

6. Casestudy

Fase 3 van het onderzoek houdt een drietal casestudies in. Op basis van het *Handboek: ontwikkelen van een gezondheidscentrum of Hoed* is een drietal verschillende praktijksituaties geselecteerd. De casestudies bevinden zich in verschillende fasen van het vastgoedontwikkelp proces en kennen verschillende initiatiefnemers. Vanuit de drie casestudies kan getoetst worden of de methode ter bepaling van de haalbaarheid zoals opgesteld in hoofdstuk 7 in de praktijk functioneert. Indien er aspecten in de casestudies voorkomen welke nog niet in de conceptmethode vanuit fase 1 en 2 aanwezig zijn, zullen deze punten worden toegevoegd. Eveneens geven de casussen inzicht in de condities waaronder de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept wel of niet van de grond komt. In bijlage 3 wordt de quickscan van de verschillende casestudies weergegeven. De volgende cases zullen worden besproken:

- Van solo- of duopraktijken naar een Hoed/Goed (Sint Pancras)
- Oprichting van een eerstelijnszorgconcept in een bestaande wijk (Overdie)
- Oprichting van een eerstelijnszorgconcept in een nieuwbouwwijk (De Draai)

6.1 Sint Pancras

6.1.1 Inleiding

In Sint Pancras zijn verschillende zorgpartijen, waaronder drie huisartsen, tandheeskunde, een fysiotherapeut en een apotheek, al 11 jaar bezig met de ontwikkeling van een eerstelijnszorgcentrum. De eerste gesprekken zijn ontstaan tussen de huisartsen, apotheek en fysiotherapeut. Drie jaar later heeft de tandheeskundige zich daarbij gevoegd. Er zijn vier potentiële locaties en een aantal samenwerkingsvormen met woningbouwcorporaties in beeld geweest welke allen op verschillende punten niet haalbaar bleken.

6.1.2 Ontwikkeling

In mei 2011 is de intentieovereenkomst getekend tussen de zorgpartijen en woningbouwcorporatie Woonwaard. Naast eerstelijnszorgfuncties van 1.400 m² worden er 24 zorgwoningen en twee opstallen van de Piet de Raat Stichting voor dementerende ouderen en psychiatrie ontwikkeld. Het nieuwe complex zal ontwikkeld worden nabij de nieuwe wijk Vronermeer Noord in de gemeente Alkmaar.

Het voorlopig ontwerp is af en de zorgpartijen en Woonwaard zijn aan het onderhandelen over de koopprijs van de casco ruimte. De zorgpartijen zorgen zelf voor het inbouwpakket. De eerstelijnszorgfuncties zullen worden ondergebracht in een besloten vennootschap.

6.1.3 Haalbaarheid

Het ontwikkelen van een eerstelijnszorgcentrum in Sint Pancras bleek keer op keer niet haalbaar omdat er geen goede locatie gevonden kon worden. De locaties die door de zorgpartijen geschikt werden bevonden kregen te maken met bezwaar- en beroepsprocedures van omwonenden die problemen zagen in bouwhoogten, verkeerstromen en parkeerdrukke.

De planologisch-juridische procedures vormden daardoor de grootste knelpunten bij de ontwikkeling van een eerstelijnszorgcentrum in Sint Pancras. Maatschappelijk was er weerstand tegen de ontwikkeling op basis van NIMBY-standpunten. Er is door omwonenden een bouwkraan gehuurd zodat de overige buurtbewoners konden zien hoe hoog het gebouw zou worden. Of de locatie in Vronermeer haalbaar is moet nog blijken omdat er momenteel over de prijsvorming onderhandeld wordt.

6.1.4 Conclusie

Na 11 jaar lijkt de realisatie van een eerstelijnszorgcentrum dichterbij te komen. De vier eerdere locaties bleken allen niet haalbaar door bezwaarprocedures van omwonenden bij de wijziging van het bestemmingsplan en het aanvragen van de bouwvergunning.

6.2 De Draai Heerhugowaard

6.2.1 Inleiding

De Draai is een nieuwbouwwijk aan de noordoostzijde van Heerhugowaard waar in de komende tien tot vijftien jaar 2.700 woningen met bijbehorende voorzieningen zullen worden gerealiseerd. Er zullen 200 tot 250 woningen per jaar ontwikkeld worden. Esdégé Reigersdaal, een organisatie voor dienstverlening voor mensen met een handicap, zal een belangrijke rol spelen in de nieuwe wijk De Draai. In het plan zijn met betrekking tot voorzieningen twee buurtcentra opgenomen, te weten buurtcentrum Noord en buurtcentrum Zuid. De beide buurtcentra zijn gepland in de eerste fase welke naast de buurtcentra bestaat uit circa 700 woningen. Op welke wijze de verschillende functies van buurtcentrum Noord ondergebracht worden is nog aan discussie onderhevig en kent verschillende varianten waaruit nog gekozen dient te worden.

6.2.2 Ontwikkeling

In buurtcentrum Noord zal een aantal voorzieningen gerealiseerd worden waaronder een sporthal, brede school, therapiebad, fysiotherapie-fitness en gezondheidscentrum. Het buurtcentrum Noord bestaat uit drie gebouwen. Gebouw 3 bevat het gezondheidscentrum waarin zowel algemene functies worden gehuisvest als functies van Esdégé Reigersdaal (ER). Tabel 7.1 geeft de verschillende functies binnen het gezondheidscentrum weer. Boven de verschillende gebouwen in buurtcentrum Noord zullen appartementen gerealiseerd worden. De locatie buurtcentrum Noord zal de bestemming “maatschappelijke doeleinden” krijgen.

Tabel 6.1: Functies buurtcentrum Noord

Bron: Gemeente Heerhugowaard, 2008

Buurtcentrum Noord	ER/alg.	m2 bvo	opmerkingen	m2 op maaiveld	aantal p.p.	m2 parkeren	totaal m2 op maaiveld	grondprijs per 1-1-09 excl.btw	totale grondkostensom	dakvlak	aantal app.
Gebouw 3											
fysiofitness alg.	alg.	115	op verdieping		2	36	36	€ 272	€ 31.293		
1e lijnsgezondheidszorg	alg.	200	op verdieping		4	72	72	€ 107	€ 21.433		
lunchruimte / pantry	alg.	50		50			50	€ 107	€ 5.358		
steunpunt volwassenen	ER	350		350			350	€ 107	€ 37.507		
fietsenstalling personeel	alg.	50		50			50	€ 107	€ 5.358	50	
fietsenstalling cliënten/bezoek	alg.	100		100			100	€ 107	€ 10.716		
paramedisch ER	ER	1.047		1.047	20	360	1.407	€ 107	€ 112.200	1.047	35
expertisecentrum med.+ alg. ER	ER	718	op verdieping		15	270	270	€ 107	€ 76.944		
apotheek ER	ER	100	op verdieping		2	36	36	€ 107	€ 10.716		
horeca ER	ER	150		150	3	54	204	€ 107	€ 16.075	50	
sub-totaal		2.880		1.747	46	828	2.575		€ 327.601	1.097	35

Het buurtcentrum Noord zal tot ontwikkeling worden gebracht door middel van een tender. Er heeft reeds een marktconsultatie plaatsgevonden waarbij gekeken is of er vanuit verschillende marktpartijen interesse is om buurtcentrum Noord tot ontwikkeling te brengen. Een marktconsultatie is een vrijblijvende oriëntatie waarbij de opdrachtgever aangeeft wat voor plannen er zijn. De marktpartijen hebben bij de marktconsultatie aangegeven dat het risico van een de ontwikkeling van buurtcentrum Noord op dit moment te hoog is. Een belangrijk onderdeel van dit risico is de aanvangsleegstand van het gezondheidscentrum. Voor de eventuele aanvangsleegstand is een subsidie vanuit het ministerie van VWS beschikbaar. Wanneer de woningen nog niet gerealiseerd zijn, zijn er nog geen of te weinig patiënten en is het voor eerstelijnszorgaanbieders niet interessant om zich in het nieuwe centrum te vestigen.

De ontwikkeling van De Draai heeft door een stagnerende woningmarkt enige vertraging opgelopen. De marktpartijen hebben wel interesse in de ontwikkeling maar wachten nog af. De gemeente Heerhugowaard wil het buurtcentrum Noord in één keer tot ontwikkeling brengen zodat in een vroeg stadium de voorzieningen in de wijk aanwezig zijn.

De huisartsen en de apotheek die de ruimte in het gezondheidscentrum mogelijk zullen afnemen zijn reeds bekend. Er zal mogelijk gestart worden met een dependance vanuit de huisartsengroep Centrumwaard.

De huisartsengroep Centrumwaard heeft zich geïnteresseerd getoond in de nieuwe wijk De Draai met een omvang van circa 6.000 patiënten. Er zal wellicht gestart worden met een klein aantal spreekuren waarna het dienstenpakket en daarmee de ruimtebehoefte zich zal uitbreiden.

6.2.3 Haalbaarheid

De ontwikkeling van een gezondheidscentrum in buurtcentrum Noord in De Draai lijkt op dit moment niet haalbaar omdat de wijk nog tot ontwikkeling gebracht moet worden.

Wanneer een deel van de wijk gerealiseerd is en de woningmarkt weer aantrekt zal dit anders zijn. Het risico van de ontwikkeling van het gezondheidscentrum is beperkt, te meer omdat een aantal huisartsen en een apotheek reeds hebben aangegeven ruimte te willen afnemen en hiervoor een Programma van Eisen hebben opgesteld. Esdégé Reigersdaal, de huisartsen en de apotheek zullen als spil in de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra andere zorgpartijen aantrekken.

De gemeente Heerhugowaard heeft door BBN adviseurs laten onderzoeken wat een redelijke grondprijs voor de ontwikkeling van een gezondheidscentrum is en heeft op basis daarvan de grondprijs op € 107,- euro per m² gesteld. De gemeente Heerhugowaard is actief bezig met het faciliteren van de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra.

Het risico is volgens de gemeente Heerhugowaard beperkt omdat veel partijen die de gebouwen gaan afnemen reeds bekend zijn.

6.2.4 Conclusie

In een nieuwe wijk zoals De Draai heeft men te maken met aanvangsleegstand. Wanneer de wijk nog niet volledig ontwikkeld is zal er onvoldoende draagvlak zijn voor de ontwikkeling van een gezondheidscentrum en kan er een aanvangsleegstand in de exploitatie ontstaan. Er dient te worden gekeken naar hoeveel ruimte in de beginfase nodig is en hoeveel ruimte in de eindfase nodig is. Voor zowel de zorgpartijen als de ontwikkelende en exploiterende partij is dit een risico.

Er is een subsidieregeling van het ministerie van VWS voor tekorten ten gevolge van dergelijke aanvangsleegstand. Zowel de zorgpartijen als de ontwikkelde partijen zullen naar verwachting de ontwikkelingen in De Draai blijven volgen en op een later moment instappen.

De toekomstige ontwikkelingen op de woningmarkt zijn daarbij essentieel te meer omdat de ontwikkeling van buurtcentrum Noord naast voorzieningen ook 90 appartementen telt. De gemeente Heerhugowaard heeft rekening gehouden met de grondprijs voor maatschappelijke bestemmingen. Indien de gemeente met substantieel hogere grondprijzen zouden hanteren zou de ontwikkeling van buurtcentrum Noord financieel niet haalbaar zijn.

6.3 Overdie Alkmaar

6.3.1 Inleiding

In de buurt Oosterhout in de wijk Overdie in Alkmaar wordt aan het Geert Groteplein het plan “De Entree” ontwikkeld. Het project wordt ontwikkeld door Bouwfonds in samenwerking met woningbouwcorporatie Woonwaard. De voormalige bestemming van de locatie betrof naoorlogse sociale woningbouw. Het project bestaat uit 103 woningen, waarvan 67 koopappartementen en 36 zorgwoningen. Woonwaard neemt 57 appartementen en 36 zorgwoningen af. Deze zorgwoningen zullen worden afgenomen door de GGZ en De Waerden (gehandicaptenzorg). In de plint van het gebouw is er ruimte voor een apotheek, een huisartsenpraktijk, een fysiotherapiepraktijk, een echoscopist, diëtist, verloskunde, een cesartherapeut, Eveen Thuiszorg en een aantal commerciële functies zoals winkels en bedrijfsruimten. Eind juni 2011 is gestart met de bouw van “De Entree”. Woonwaard is de ontwikkelaar van de zorgfuncties.



Afbeelding 6.1: Ontwerp De Entree Bron: Bouwfonds, 2011

6.3.2 Ontwikkeling

Het initiatief van de ontwikkeling van “De Entree” lag bij de gemeente Alkmaar, Bouwfonds en Woonwaard gezamenlijk. Er is besloten een WWZW-concept te realiseren: Wonen, Welzijn, Zorg en Werk. In 2006 is begonnen met het benaderen van zorgpartijen en hebben zich een aantal zorgpartijen aangemeld. Het plan is diverse malen gewijzigd.

In het oorspronkelijke plan was onder andere een Centrum voor Jeugd en Gezin en een buurthuis opgenomen. De ambitie is om van “De Entree” een sociaal ontmoetingscentrum te maken. Deze functies bleken in de huidige markt niet haalbaar maar staan nog wel in de planning.

Door de verschillende zorgpartijen zal circa 1.250 m² bvo afgenomen worden. De gezamenlijke huisartsen zullen circa 500 m² bvo kopen op de begane grond. De huisartsen krijgen de ruimte casco opgeleverd en zullen zelf het inbouwpakket verzorgen.

De apotheek zal, eveneens op de begane grond, 250 m² bvo afnemen. Op de eerste verdieping zullen de fysiotherapie, de echoscopist en cesartherapeut, verloskonde, diëtist, en Evean Thuiszorg circa 500 m² bvo huren welke turnkey zal worden opgeleverd.

6.3.3 Haalbaarheid

Er is 1,5 jaar onderhandeld tussen de zorgpartijen en de combinatie Woonwaard-Bouwfonds. Doordat er binnen de samenwerking tussen Bouwfonds en Woonwaard met eigendomsverhoudingen werd geschoven ontstonden er bij de zorgpartijen onduidelijkheden. Uiteindelijk zal Woonwaard het zorgdeel gaan exploiteren. Een belangrijk onderwerp bij de onderhandelingen is de prijsvorming geweest.

De apotheek, fysiotherapeut, echoscopist en cesartherapeut hebben als eis gesteld dat zij alleen participeren wanneer de huisartsen dat ook doen.

Er is met financiële steun van de gemeente Alkmaar en het Medisch Centrum Alkmaar, in de vorm van een 10 jaar lange subsidie, overeenstemming bereikt over de huur- en koopprijzen. In de vogelaarwijk Overdie was geen enkele vorm van huisartsenzorg aanwezig. Het realiseren van huisartsenzorg in Overdie was voor de gemeente Alkmaar een belangrijk motief om deze steun te geven. Het belang van het Medisch Centrum Alkmaar ligt in de samenwerkingsvormen tussen de eerste- en tweedelijnszorg en preventie van veel voorkomende ziektebeelden. De onderhandelingen bevinden zich in een afrondend stadium.

6.3.4 Conclusie

Het project “de Entree” bestaat naast zorgfuncties uit residentieel en commercieel vastgoed. Op het eerste gezicht zou dit, naast het feit dat het ontwikkeld wordt door een woningbouwcorporatie, een positief effect moeten hebben op de haalbaarheid.

Echter is er pas na een subsidietoezegging van de gemeente Alkmaar en het Medisch Centrum Alkmaar overeenstemming bereikt over de prijsvorming. Anders zou het project, voor zowel de zorgpartijen als de ontwikkelende partij, financieel niet haalbaar zijn. Het mogelijk gevolg zou kunnen zijn dat de onderhandelingen stuk zouden lopen, te meer omdat een aantal zorgpartijen de eis hebben gesteld alleen te willen participeren wanneer de huisartsen dat ook doen.

6.4 Aanpassingen methode

Op basis van de drie casestudies zijn geen aanpassingen gedaan op de methode ter bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten. Wel leverden de casestudies bevestiging op van hetgeen met de experts (fase 2, hoofdstuk 5) besproken is.

6.5 Conclusie

De conclusie welke kan worden getrokken op basis van de drie casussen is dat er een groot aantal knelpunten optreedt bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten. De casussen Overdie en Sint Pancras vertonen relatief grote overeenkomsten. In beide gevallen is er sprake van een combinatie van eerstelijnszorg met (zorg)woningen en is woningbouwcorporatie Woonwaard de ontwikkelende en exploiterende partij. Beide casussen bevinden zich in de onderhandelingsfase. De casus De Draai verschilt in een groot aantal opzichten van de beide andere casussen doordat het verzorgingsgebied nog ontwikkeld moet worden. Deze casus bevindt zich in een geheel ander stadium.

Bij het oprichten van een eerstelijnszorgconcept in een nieuwbouwwijk is het verzorgingsgebied en de ontwikkeling daarvan essentieel voor de haalbaarheid. Bij het oprichten van een eerstelijnszorgconcept in een bestaande wijk of de wijziging van solo- of duopraktijken naar een Hoed/Goed is met name de planologische inpassing en de prijsvorming cruciaal.

De conceptmethode op basis van de literatuur, welke in hoofdstuk 4 behandeld is, sluit aan op de verschillende praktijksituaties. Alle punten in het ontwikkelproces worden in de methode behandeld. Vanuit de praktijksituaties is geen aanleiding gevonden de conceptmethode aan te passen. De conceptmethode sluit voldoende aan op de praktijk. Wel hebben de praktijksituaties inzicht gegeven in de complexiteit van de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten en waar de knelpunten zich in de praktijk met name bevinden. De conceptmethode is bruikbaar in het vastgoedontwikkelproces in de praktijk door in verschillende fasen knelpunten te signaleren en inzicht te geven in eventuele toekomstige knelpunten waar de ontwikkelende partij tijdig op kan inspelen.

De in fase 2 (experts) aangepaste methode wordt weergegeven in hoofdstuk 7 en omvat de definitieve methode ter bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten.

7. Quicksan ter bepaling van de haalbaarheid

7.1 Methode

Deze methode is een instrument om op een praktische en relatief eenvoudige wijze de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten te bepalen, door middel van een checklist verwerkt in een quickscan. De quickscan heeft geen uitputtend karakter maar dient als hulpmiddel om de haalbaarheid te operationaliseren. Bij het vaststellen van de haalbaarheid is er sprake van non-compensatorische factoren; wanneer bijvoorbeeld de Omgevingsvergunning niet verleend wordt kan er niet gebouwd worden en loopt het project vertraging op.

Gaandeweg het ontwikkelproces dienen de volgende zaken helder te zijn:

- De grootte en samenstelling van het verzorgingsgebied en de verzorgingspopulatie;
- De zorgvraag en zorgbehoefte;
- De huidige situatie wat betreft zorginfrastructuur;
- De individuele businesscase van de verschillende zorgpartijen;
- De eigendomssituatie in het concept (huur of koop);
- De juridische entiteit(en) die gaan huren of kopen;
- Welke disciplines en hoeveel formatieplaatsen per discipline er in het concept komen;
- Hoeveel en wat voor ruimten per discipline er in het concept komen;
- Hoeveel en welke ruimten gemeenschappelijk gebruikt worden;
- De locatie;
- Het gewenste oppervlak en het beschikbare oppervlak;
- Een indicatie van bouwkosten en investeringskosten en huur- of koopprijs;
- Het opleveringsniveau van het concept;
- De geschatte kosten van eventuele leegstand in de aanloopfase;
- De potentiële openingsdatum;
- Het toekomstig beheer en facilitair management.

7.2 Quicksan

In tabel 7.1 wordt de quickscan weergegeven. Op de verschillende onderdelen kan “ja”, “nee” en niet van toepassing (“nvt”) gescoord worden. Wanneer op één of meerdere punten van de quickscan “nee” gescoord wordt, dient men te onderzoeken welke gevolgen deze knelpunten voor het concept heeft. Een gevolg kan zijn dat het concept aangepast dient te worden. De aard van de knelpunten en de gevolgen voor de ontwikkeling dient men in ogenschouw te nemen bij het maken van een investeringsbeslissing. Per punt staat aangegeven in welke fase(n) dit van belang is. Hierbij wordt de fasering uit het Handboek: oprichten van een gezondheidscentrum of Hoed gehanteerd (Van de Rijdt-Van de Ven, 2001). In dit handboek wordt onderscheid gemaakt in de volgende fasen:

1. Oriëntatie
2. Onderzoek haalbaarheid
3. Het plan concretiseren
4. Uitvoering voorbereiden
5. Realisering plannen
6. Opening en start

Aspecten welke speciale aandacht verdienen bij het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten worden met een “!” aangeduid. In de praktijk blijken dit veel voorkomende barrières en belangrijke punten bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten.

Tabel 7.1: Quickscan haalbaarheid Bron: auteur

1. Markttechnische haalbaarheid				
<i>Nr</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
1 !	Marktvraag	1, 2	Er is voldoende vraag vanuit de zorgaanbiedende partijen naar het eerstelijnszorgconcept.	
2	Concurrerend aanbod	1, 2	Het concurrerende aanbod vormt geen of onvoldoende gevaar voor de ontwikkeling.	
3 !	Huurprijs / verkoopprijs	2, 3	De gevraagde huurprijs / verkoopprijs is aanvaardbaar voor de huurder / koper	
4 !	Verzorgingsgebied/populatie	1, 2	Het verzorgingsgebied / de verzorgingspopulatie is voldoende groot voor de beoogde ontwikkeling.	
5 !	Businesscase zorgpartijen	1 - 3	Voor de zorgpartijen is het participeren in een eerstelijnszorgconcept aantrekkelijk.	
2. Financiële haalbaarheid				
<i>Nr.</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
6	Rendement	2 - 4	Het rendement IRR (Internal Rate of Return) komt overeen met de doelstellingen van de investeerder/belegger.	
7 !	Risico's	1 - 5	De risico's zijn aanvaardbaar en staan in een acceptabele verhouding met het rendement op het geïnvesteerd vermogen.	
8 !	Residuele waarde	2, 3	De residuele waarde is hoog genoeg om de locatie te verwerven.	
9 !	Vinex-subsidie	2 - 5	Eventuele tekorten bij de ontwikkeling van het eerstelijnszorgconcept in een nieuwe wijk kunnen worden gedekt door de Vinex-subsidie.	
10	Financierbaarheid	1 - 5	De ontwikkeling van het eerstelijnszorgconcept is financieerbaar tegen de gebruikelijke marktrente.	
11 !	Rendement	1 - 5	De ontwikkelaar behaalt voldoende rendement op het geïnvesteerd vermogen.	
3. Juridische haalbaarheid				
<i>Nr.</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
12 !	Bestemmingsplan	2, 3	De functie en het ontwerp zijn in overeenstemming met de geldende bestemmingsplanvoorschriften of het bestemmingsplan kan worden gewijzigd.	

13 !	Omgevingsvergunning	4	Voor alle activiteiten kan een Omgevingsvergunning worden verleend.	
14	Erfpacht	4	Erfpacht vormt geen belemmeringen voor de ontwikkeling van het concept.	
15	Archeologische vondst	2 - 5	Er zijn geen kostenverhogende of vertragende archeologische vondsten gedaan.	
16	Wet Bodembescherming	2 - 5	De locatie is geschikt voor de functie	
17	Bouwbesluit	3, 4	De aanvraag voldoet aan de eisen gesteld in het bouwbesluit	
18	Gemeentelijke bouwverordening	3, 4	De aanvraag voldoet aan de eisen gesteld in de gemeentelijke bouwverordening.	
19	Welstand	3, 4	Het ontwerp voldoet aan de welstandsnota / wordt goedgekeurd door de welstandscommissie.	
20	Luchtkwaliteit	2, 3	De locatie en het concept voldoen aan het Besluit gevoelige bestemmingen (luchtkwaliteitseisen)	
21	Wet Milieubeheer	2 - 5	De aanvraag voldoet aan de Wet Milieubeheer / Activiteitenbesluit	
22	Flora en fauna	2 - 5	De aanvraag voldoet aan eisen gesteld in de Flora- en fauna wet	
23	Externe veiligheid	2 - 5	De aanvraag voldoet aan de Regeling externe veiligheid inrichtingen.	
24	Geluidhinder	2 - 6	De aanvraag voldoet aan de eisen gesteld in de Wet geluidhinder	
25	Geurhinder	2 - 6	De aanvraag voldoet aan de eisen gesteld in de Wet geurhinder en veehouderij.	
26 !	Parkeren	2 - 5	De ontwikkeling voldoet aan de eisen die gesteld worden aan parkeerruimte.	

4. Organisatorische haalbaarheid

<i>Nr.</i>	<i>Trefwoord</i>	<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Ja / Nee / nvt</i>
27 !	Draagvlak	1 - 6	Er is bij de zorgpartijen voldoende draagvlak voor de realisatie van een eerstelijnszorgconcept.	
28 !	Overeenstemming	1 - 6	Er is tussen de verschillende zorgpartijen overeenstemming wat betreft de visie, doelen en ambities alsmede gezamenlijke kosten en huurniveaus.	
29 !	Samenwerking tussen ontwikkelaar en zorgpartijen	1 - 6	De samenwerking tussen de ontwikkelende partij en de zorgpartijen is goed.	
30 !	Samenwerking zorgpartijen	1- 6	Er zijn voldoende voorwaarden getroffen voor een optimale samenwerking in de toekomst tussen de zorgpartijen	

5. Technische haalbaarheid				
Nr.	Trefwoord	Fase	Omschrijving	Ja / Nee / nvt
31	Uitvoerbaar	3 - 5	Het concept is technisch uitvoerbaar	
32	Kwaliteit	3 - 5	Het concept is technisch gezien van voldoende kwaliteit.	

6. Functionele haalbaarheid				
Nr.	Trefwoord	Fase	Omschrijving	Ja / Nee / nvt
33 !	Gebruikswaarde	3 - 6	Het concept voldoet aan de functionele eisen van de gebruikers.	
34	Toekomstwaarde	3 - 6	Er wordt in het concept voldoende ingespeeld op toekomstige ontwikkelingen.	
35	Indeelbaarheid	3 - 6	Er kan binnen het concept gemakkelijk van indeling veranderd worden.	
36 !	Toegankelijkheid	3 - 6	Het concept is eveneens toegankelijk voor minder validen en mensen met een handicap.	
37	Daglichttoetreding	3 - 6	Er is voldoende daglichttoetreding in het eerstelijnszorgconcept	
38 !	Groei / krimp	3 - 6	Het concept speelt voldoende in op de veranderde ruimtebehoefte van zorgpartijen	
39	Standaardeisen	3 - 6	Het concept sluit aan bij de standaardeisen opgesteld door brancheorganisaties.	
40 !	Ontsluiting / bereikbaarheid	3 - 6	De locatie is goed ontsloten / bereikbaar	
41 !	Transformatie / alternatieve aanwendbaarheid	3 - 6	Het concept kan, indien nodig, getransformeerd worden naar een andere functie.	

7. Maatschappelijke haalbaarheid				
Nr.	Trefwoord	Fase	Omschrijving	Ja / Nee / nvt
42	Maatschappelijke weerstand	2 - 6	Er is geen of weinig maatschappelijke weerstand tegen de voorgenomen ontwikkeling	
43 !	Omwonenden	2 - 6	Er zijn geen beroep- of bezwaar procedures van buurtbewoners en omwonenden ingesteld.	

8. Politiek/bestuurlijke haalbaarheid				
Nr.	Trefwoord	Fase	Omschrijving	Ja / Nee / nvt
44 !	Gemeente	2 - 6	De gemeentelijke overheid (B&W, gemeenteraad, ambtenaren) staat achter de voorgenomen ontwikkeling en faciliteert de benodigde vergunningen en vrijstellingen.	

45	Politieke weerstand	2 - 6	Er is geen of weinig politieke weerstand tegen de voorgenomen ontwikkeling (Verklaring van geen bedenkingen).	
46	Beleid	2 - 6	Het concept sluit aan bij het rijks,- provinciaal,- en gemeentelijk beleid	

7.2 Waarde en beperkingen

De waarde van de methode ter bepaling van de haalbaarheid is dat het de ontwikkelaar of andere initiatiefnemers vooraf inzicht geeft in de verschillende mogelijke knelpunten welke op kunnen treden bij de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept. De quickscan is eveneens geschikt voor herbestemminglocaties. De beperkingen in het model liggen in het uniforme en globale karakter van de methode. Veel punten in de checklist lijken op het eerste gezicht vanzelfsprekend, terwijl zij naderhand problemen op kunnen leveren. Een aantal punten, waaronder de organisatorische haalbaarheid, kunnen niet op een eenduidige wijze worden vastgesteld. Het is aan de partijen zelf om dit te beoordelen.

7.3 Meetmoment

De quickscan kan op verschillende momenten in het ontwikkelproces gebruikt worden om de haalbaarheid te bepalen. Voordat de haalbaarheid bepaald kan worden moeten de ideeën geconcretiseerd worden. In de beginfasen van het proces zijn niet alle gegevens bekend en tijdens het proces kunnen de situatie en uitgangspunten veranderen. De quickscan geeft vooraf inzicht in de verschillende factoren en aspecten die van belang zijn bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten en helpt partijen overzicht in het proces te houden.

7.4 Rol in het ontwikkelproces

De rol van de methode in het ontwikkelproces is om tot een snelle beoordeling te komen of een ontwikkeling haalbaar is en geeft inzicht in wat belangrijk is bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten. Daarmee kan het ontwikkelproces soepeler verlopen en voorkomt dat belangrijke aspecten tijdens het ontwikkelproces over het hoofd worden gezien. De methode kan gebruikt worden in combinatie met andere methoden en tools om de haalbaarheid vast te stellen. Voor het bepalen van het verzorgingsgebied kan gebruik gemaakt worden van VAAM (Vraag-Aanbod-Analyse-Model) van Nivel, de Nationale Wijkatlas 1^o lijn gezondheidszorg 1.0 van VGZ/ Sinfore en eerstelijnszorgscans van regionale ondersteuningsstructuren (Nivel, 2010; VGZ & Sinfore, 2011) Voor het vaststellen van de huurprijs kan gebruik gemaakt worden van de rekentool van de NZE (2010b).

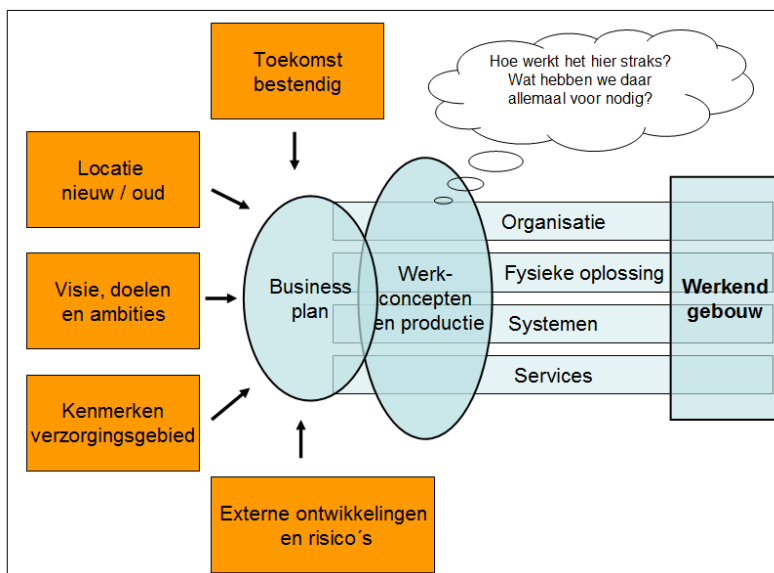
7.5 Knelpunten

Om de checklist meer toe te spitsen op eerstelijnszorgconcepten is een focus aangebracht op de knelpunten bij het ontwikkelen van een eerstelijnszorgconcept. Uit de verscheidene gevoerde interviews met verschillende experts en de literatuur is gebleken dat voornamelijk de randvoorwaarden waaronder een eerstelijnszorgconcept ontwikkeld wordt als belemmerend worden gezien.

Onder deze randvoorwaarden wordt de financieringsstructuur en de wet- en regelgeving verstaan, maar ook de aanwezigheid van een geschikte locatie en een aantrekkelijk vestigingsbeleid (LHV, 2009). Een belangrijke conditie waaronder een eerstelijnszorgconcept wel van de grond komt is wanneer de huisartsen als spil in de ontwikkeling fungeren. Daarnaast is het van belang dat de vele verschillende zorgpartijen mee blijven doen en gemotiveerd zijn. Een goede samenwerking en communicatie en verstand van culturen en werkwijze is daarbij essentieel. De prijsvorming, welke zowel voor de zorgpartijen (huurprijs) als ontwikkelde- en verharende partij (rendement) acceptabel dient te zijn is een andere belangrijke conditie.

Met name in de eerste drie fasen (oriëntatie, haalbaarheidsonderzoek, concretiseren van het plan) is de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept erg kwetsbaar. Deze kwetsbaarheid ontstaat doordat de motieven en belangen van de verschillende partijen vaak sterk uiteen lopen. Tevens is het vaak onduidelijk welke partij waar verantwoordelijk voor is. De ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept wordt vaak weinig professioneel en onvoldoende planmatig aangepakt (Van de Rijdt-Van de Ven e.a., 2006). De knelpunten op organisatorisch vlak werken door in de proceskosten en looptijd van de ontwikkeling. Doordat een intentieovereenkomst weinig bindend is voor partijen haken participanten van een eerstelijnszorgconcept af.

Christmas & Dols (2010) hebben een model opgesteld op welke wijze een (eerstelijns)zorgontwikkeling kan worden georganiseerd. Bij de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept volgens dit model wordt de nadruk gelegd op de bedrijfsvoering, geconcretiseerd in de vraag: hoe werkt het hier straks? Dit model wordt weergegeven in afbeelding 7.1



Afbeelding 7.1: De aanpak van een werkend gebouw Bron: Christmas & Dols, 2010

Het model van Christmas & Dols (2010) motiveert zorgverleners na te denken over de toekomst en deze gedachten in een businessplan te verwerken. Bij het opstellen van het Programma van Eisen (PvE) voor eerstelijnszorgconcepten kan dit model als uitgangspunt genomen worden

8. Conclusie

Er is onderzoek gedaan naar een methode ter bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten. De onderzoeksvraag luidt:

Welke methode verschaft op praktische wijze inzicht in de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten?

De methode die het beste inzicht verschaft in de haalbaarheid voldoet aan de criteria praktisch, breed toepasbaar, hanteerbaar voor verschillende partijen, is toegespitst op het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten en is bruikbaar in verschillende praktijksituaties. De methode signaleert knelpunten en geeft relatief snel inzicht in de haalbaarheid. Daardoor kunnen knelpunten tijdig signaleerd worden en kan door de participerende partijen op deze knelpunten ingespeeld worden. Dit kan het vastgoedontwikkelproces bespoedigen.

De ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten vindt bottom-up plaats en er is sprake van maatwerk. De zorgpartijen zijn opdrachtgever voor de ontwikkelende partij. Er wordt vanuit de wensen en behoeften van de klant ontwikkeld. Conceptontwikkeling sluit daarom goed aan bij het ontwikkelen in de eerstelijnszorg. De concepten zijn repeteerbaar naar verschillende locaties, in bijna alle eerstelijnszorgcentra participeren huisartsen, apotheek en fysiotherapie.

De ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten valt of staat bij de aanwezigheid van een minimum aantal huisartsen. Commitment bij de verschillende actoren is essentieel bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra. De niet-fysieke kant van vastgoedontwikkeling is daarom cruciaal. Daarnaast dienen alle windows of opportunity, welke worden geconcretiseerd in de quickscan, zich (tegelijktijd) te openen om een voorspoedige ontwikkeling te kunnen bewerkstelligen.

Tevens wordt antwoord gegeven op de deelvraag:

Is het ontwikkelen van een eerstelijnszorgconcept interessant voor commerciële vastgoedpartijen?

In tabel 8.1 wordt een SWOT-analyse weergegeven waarin de strengths, weaknesses, opportuniteiten en threats van het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten voor vastgoedpartijen staan beschreven.

Tabel 8.1: SWOT analyse ontwikkelen eerstelijnszorgconcept Bron: auteur

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none"> - Langdurige huurcontracten - Conjunctuurongevoelig - Direct investeren in eindgebruiker 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatief laag rendement - Langdurige intensieve ontwikkelprocessen - Organisatie verschillende actoren - Relatief kleine volumes
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none"> - Concept ontwikkelen gericht efficiënte en kostenbesparende bedrijfsvoering - Concept repeteren - Opereren in een groeimarkt - Naamsbekendheid - Specialisatie in nichemarkt 	<ul style="list-style-type: none"> - Wantrouwen richting commerciële vastgoedpartijen - Cultuurverschillen zorgsector en vastgoedsector - Concurreren met woningbouwcorporaties - Risico dat partijen afhaken.

Doordat er bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten sprake is van langdurige huurcontracten, de zorg relatief conjunctuurongevoelig is en er direct geïnvesteerd kan worden in de eindgebruiker kan het een interessante nichemarkt zijn om in te investeren. Daarnaast is er sprake van een groeimarkt. Wanneer de ontwikkelaar een concept ontwikkelt waardoor de bedrijfsvoering efficiënter en kostenbesparend is, kan het concept gerepeteerd worden. Een andere overweging om een eerstelijnszorgconcept te ontwikkelen is uit oogpunt van naamsbekendheid. De nadelen van het ontwikkelen liggen in het relatief lage rendement voor de ontwikkelaar. Er is daarnaast sprake van langdurige intensieve ontwikkelprocessen met een veelvoud aan partijen. Het gaat daarnaast om relatief kleine volumes. Er is echter sprake van wantrouwen richting commerciële vastgoedpartijen, de vastgoedsector heeft immers een slechte naam. Commerciële vastgoedpartijen moeten in de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten concurreren met woningbouwcorporaties. Er bestaan grote cultuurverschillen tussen de zorgsector en de vastgoedsector en het risico bestaat dat partijen om verschillende redenen afhaken. Bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra is het van belang de locatie of het pand voor een relatief lage prijs te verwerven. Doordat de bouwkosten hoog zijn en de maximale te vragen huurprijs beperkt wordt door normering van hogerhand, is een lage verwervingsprijs voor de grond of locatie essentieel. Het creatief mixen van verschillende functies kan de residuele grondwaarde doen stijgen.

9. Aanbevelingen

Op basis van de conclusies uit het onderzoek kan een aantal aanbevelingen worden gedaan. De ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten kan door een aantal factoren worden bespoedigd:

1. De huisarts als spil in de ontwikkeling laten fungeren.

De huisarts is de spil in de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra. Zonder de huisarts is het voor overige zorgpartijen niet interessant om in het eerstelijnszorgcentrum te participeren. Dit komt onder andere door de verwijfsfunctie van huisartsen. Vanaf drie à vier huisartsen wordt het voor een apotheek interessant om zich in het eerstelijnszorgcentrum te vestigen.

2. De huurders verenigen zich in een juridische entiteit, bijvoorbeeld een stichting.

Wanneer de huurders verenigd zijn in een juridische entiteit kunnen zij zitting nemen in het bestuur van deze entiteit en de onderlinge samenwerking regelen. Zij kunnen daarnaast schaalvoordelen benutten van gezamenlijke inkoop van diensten. Het voordeel is dat de verhuurder met één partij één huurovereenkomst hoeft aan te gaan.

3. Vooraf duidelijke afspraken maken.

Het is belangrijk vooraf duidelijke afspraken te maken over huur- en koopprijzen, huurprijs in m² bvo/vvo, servicekosten, opleveringsniveau, opslag ter compensatie van de BTW en gemeenschappelijke ruimten, zodat eventuele onenigheid en onduidelijkheid in de toekomst voorkomen kan worden. Daarbij is de taak- en rolverdeling tussen de ontwikkelende partij en de zorgpartijen essentieel; welke partij is waar verantwoordelijk voor? Probeer als ontwikkelaar in een intentieovereenkomst en samenwerkingsovereenkomst de richtlijnen en bandbreedtes van de verschillende bedragen aan te geven. Hiermee kunnen lange trajecten waarbij partijen uiteindelijk afhaken worden voorkomen. Achteraf aanpassingen in het ontwerp doen doet de kosten stijgen en kan voor irritaties zorgen bij zowel de ontwikkelende partij als bij de zorgpartijen.

4. De ontwikkeling vindt bottom-up vanuit de zorgpartijen plaats

De ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten vindt primair vanuit de zorgpartijen plaats. Daarbij dient de ontwikkelende partij maatwerk te leveren. Deze werkwijze kan als bottom-up worden gekarakteriseerd.

5. Het verkleinen van cultuurverschillen door interesse in culturen en werkwijze.

Door interesse in de culturen, gebruiken en werkwijze van de zorgverleners kunnen de cultuurverschillen tussen de zorgsector en de vastgoedsector overbrugd worden.

6. Focus op niet-fysieke kant van de ontwikkeling

De ontwikkelingstrajecten van eerstelijnszorgcentra zijn vaak intensief en langdurig. Deze trajecten kunnen bespoedigd worden door een goede samenwerking tussen de ontwikkelende partij en de zorgpartijen. Wanneer de ontwikkelende partij investeert in een goede samenwerking en onderling vertrouwen kan dit de ontwikkeling bespoedigen. Dit leidt eveneens tot tevreden klanten.

7. Betrek de gemeente in de ontwikkeling

Bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten kan de gemeente een belangrijke rol spelen. De gemeente kan de grond met de bestemming “maatschappelijke doeleinden” aanbieden tegen een niet-commerciële grondprijs. De grondprijs is een belangrijke factor in de financiële haalbaarheid. Veel gemeenten ondersteunen de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten en kunnen helpen bij het zoeken naar een geschikte locatie. De gemeente kan eveneens als partner in de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra fungeren. Een welwillende gemeente is belangrijk voor de maatschappelijke, bestuurlijke en juridische haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten. Uiteraard dient ook de gemeentelijke overheid zich aan de geldende wet- en regelgeving te houden.

8. Betrek Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) in de ontwikkeling

De regionale ondersteuningsstructuren houden zich bezig met de advisering omtrent de samenwerking tussen zorgpartijen onderling. Zij ondersteunen de verschillende zorgpartijen met het opstellen van een gezamenlijke visie, ambitie, missie en doelstellingen. De ROS-en houden zich bezig met de vraagstukken of de zorgpartijen met elkaar willen samenwerken en op welke wijze zij dit zullen gaan doen. Dit betreft de niet-fysieke kant van de ontwikkeling van eerstelijnszorgcentra. De ROS-en leveren daarmee een belangrijke bijdrage aan het verenigen van zorgpartijen tot een juridische entiteit en het protocolleren van de toekomstige samenwerking binnen een eerstelijnszorgconcept.

9. Het aantrekkelijk maken voor zorgpartijen zich te vestigen.

Indien het aantrekkelijk is voor zorgverleners zich in eerstelijnszorgcentra te vestigen zullen zij eerder geneigd zijn te participeren in een dergelijke ontwikkeling. Van belang bij het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten is inzicht in wat zorgverleners bereid zijn te betalen. Op basis van zowel zorginhoudelijke als persoonlijke voorkeuren van zorgpartijen kan gekozen worden voor een huur- en/of koopvariant en kan gekozen worden voor een casco-, cascoplus of turnkey oplevering.

10. Combineren met andere functies

Het combineren van functies, bijvoorbeeld eerstelijnszorg met residentiële of commerciële functies, kan een positief effect hebben op de haalbaarheid van eerstelijnszorgcentra. Indien er sprake is van verdichting kan de residuele grondwaarde per m² stijgen. Binnen een concept kunnen elkaar complementerende functies onder worden gebracht waardoor een meerwaarde ontstaat. Een voorbeeld kan gevonden worden in een diëtist, een fysiotherapeut en een sportschool welke cliënten naar elkaar doorverwijzen en intensief kunnen samenwerken. Een ander voorbeeld is zorgwoningen of seniorenwoningen boven een eerstelijnszorgcentrum.

11. Creativiteit

Voor een locatie, gebouw of knelpunt kan de ontwikkelende partij tot een creatieve invulling komen wat de haalbaarheid kan vergroten. Om de kosten, zowel bouwtechnisch als bedrijfskundig, zo laag mogelijk te houden is het van belang creatief en efficiënt te ontwerpen waardoor de tarraoppervlakten beperkt blijven. Wanneer door efficiënt ontwerp de bouwkosten kunnen worden beperkt vergroot dit de haalbaarheid aanzienlijk.

12. Langetermijnvisie

Bij het ontwikkelen van eerstelijnszorgconcepten dienen zowel de ontwikkelende partij als de zorgverleners een langetermijnvisie te hebben. Het gaat bij eerstelijnszorgconcepten vaak om langdurige contracten. De zorgpartijen dienen, wanneer zij de intentie hebben in een eerstelijnszorgconcept, na te denken over eventuele opvolging en uitbreiding van de praktijk in de toekomst. Veel gerealiseerde eerstelijnszorgconcepten bleken naderhand onvoldoende groot te zijn om te voldoen aan de toenemende ruimtebehoefte.

13. Het opstellen van een exit-strategie

Het is bij elke ontwikkeling mogelijk dat partijen er onderling niet uitkomen. Als ontwikkelaar is het belangrijk een exit-strategie op te stellen en deze gedurende het ontwikkelproces aan te passen. Daarbij dient de ontwikkelaar rekening te houden met de verschillende risico's en de verdeling van de tot dan toe gemaakte kosten.

10. Reflectie

Het onderzoek naar “een methode ter bepaling van de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten” heeft inzicht gegeven in het vastgoedontwikkelp proces van eerstelijnszorgvastgoed en de daarbij belangrijke aspecten.

Het zoeken naar een geschikte methode om de haalbaarheid van een eerstelijnszorgconcept vast te stellen is een langdurig en intensief proces geweest. De termen “haalbaarheid” en “vastgoedconcept” zijn in den beginne erg ruim. Daarbij komt dat concepten *footloose* kunnen zijn. Indien haalbaarheid op een andere wijze geoperationaliseerd werd, bijvoorbeeld met het onderscheid naar marktstudie, fysieke haalbaarheid en financiële haalbaarheid, zou een andere methode ter bepaling van de haalbaarheid zijn ontstaan. Anderzijds zou er voor gekozen kunnen worden bijvoorbeeld alleen de financiële haalbaarheid van een eerstelijnszorgconcept te bepalen. Padafhankelijkheid speelt hierbij een belangrijke rol.

Het was relatief eenvoudig een groot aantal experts op het gebied van eerstelijnszorgvastgoed te kunnen interviewen, zij waren allen bereid mee te werken aan dit onderzoek. Echter, een groot deel van de benaderde eerstelijnszorg partijen heeft aangegeven niet mee te willen werken aan het onderzoek, wat tot enige vertraging heeft geleid. Dit is erg jammer, te meer omdat eerstelijnszorgconcepten vanuit hun wensen en eisen ontwikkeld worden.

De casestudies hebben geen directe aanpassingen op de methode aan sich geleverd. Wel hebben de casestudies inzage gegeven in de complexiteit van het vastgoedontwikkelp proces van eerstelijnszorgconcepten en leverden zij een bevestiging in hetgeen tijdens de gesprekken met de experts aan bod is gekomen. Zij zijn dus wel degelijk nuttig geweest. Het aantal casestudies (3) is beperkt, te meer omdat er drie verschillende praktijksituaties onderzocht zijn. De verschillende casestudies bevonden zich in verschillende fasen in het vastgoedontwikkelp proces. Daarnaast vonden zij allen plaats in de regio Alkmaar en was woningcorporatie Woonwaard in twee van de drie gevallen de ontwikkelende partij. In het andere geval is de ontwikkelende partij nog niet bekend. Het onderzoeken van een groter aantal casestudies zou het beeld van de praktijk zoals dit rapport het nu schetst kunnen doen veranderen.

Gedocumenteerde literatuur

- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-zorg (2009) *Het boekje van Ellen* [Online]
<http://www.kcwz.nl/instrumenten/het_boekje_van_ellen/trailer__het_boekje_van_ellen>
(geraadpleegd 18-05-2011)
- Baijer M.P.T., Traudes, J.P. (2011) *Basissyllabus module 1: inleiding investeringsanalyse*
Amsterdam: Amsterdam School of Real Estate
- Bertijn, G. (2005) *Risicomangement bij projectontwikkeling binnen Lithos, de ontwikkeling van het risicomangementmodel*. Amersfoort: Lithos Bouw en Ontwikkeling
- Bouwfonds (2011) *De Entree* [Online] <<http://nieuwbouw.bouwfonds.nl/>>
(geraadpleegd 31-08-2011)
- IGG Bouwkostenadvies (2011) *Kengetallenkompas bouwkosten* Wassenaar: IGG Bouwkostenadvies bv
- Burchill, G. Fine, C.H. (1997) *Time versus market orientation in product concept development: Empirically-based theory generation* Management Science, 43
- Boeve, M.N. Groothuijse, F.A.G., Uylenburg, R. (2010) *Omgevingsrecht* Groningen: Europa Law Publishing
- Bryman, A. (2008) *Social Research Methods*. Third Edition. Oxford: Oxford University Press.
- Cadman, D., Reed, R., Wilkinson, S. (2010) *Property Development* Taylor & Francis Ltd
- College Bouw Zorginstellingen (2007) *Het nut van haalbaarheidsstudies* Utrecht: College Bouw Zorginstellingen
- College Bouw Zorginstellingen (2005) *Voorzieningen voor geïntegreerde eerstelijnszorg; referentiekader voor nieuwbouw* Utrecht: College Bouw Zorginstellingen
- Cheuve, M.J. (2010) *Wat is haalbaarheid?* [Online]
<<http://artikelen.foobie.nl/financieel/haalbaarheid-informatie/>> (geraadpleegd 05-05-2011)
- Christmas, D.A.E. Dols, J.P.L.C. (2010) *De aanpak voor een werkend gebouw* Stedebouw en Architectuur 27 (8)
- Cuppen, M. (2007) *Eerstelijnsvastgoed: een verkennend onderzoek naar de huisvesting van eerstelijnszorg*. Amsterdam: Amsterdam School of Real Estate
- Ernst & Young (2009) *Bedrijfswaardeberekening in de zorg* Utrecht: Ernst & Young

Expertpanel Bouw en Zorg (2010) *Zorginfarct voorkomen* Stedebouw en Architectuur 27 (10)

Gehner, E., (2003) *Risicoanalyse bij projectontwikkeling* Amsterdam: Sun

Gemeente Heerhugowaard (2008) *Masterplan de Draai* Heerhugowaard: gemeente Heerhugowaard

H&W (2007) *Van hometeam tot HOED-constructie* Huisarts en Wetenschap 50

IPS Consultants (2011) *Property research and feasibility studies* [Online] <<http://ipsconsultants.com.au/articles/property-research-and-feasibility-studies/>> (geraadpleegd 05-05-2011)

Koersvelt, F. (2009) *Rekenmodel eerstelijnsvastgoed: Hoe bepaal je de huur van de huisarts?* Amstelveen: Woonzorg Nederland

Kor, R. Wijnen, G. (2005) *Essenties van project- en programmamanagement* Deventer: Kluwer

Ligtvoet, F. (2011) *Verzekeraar koopt artspraktijken* Noord-Hollands Dagblad 7 mei 2011

LHV (2009) *Handboek Bouw Eerste Lijn* Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging

LVG (2006) *Juridische vormen van samenwerken in de eerstelijnszorg*. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

LVG (2011) *Samenwerken in de eerste lijn, een handreiking voor zorgverleners* Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

Miles, M.E., Haney, R.L., Berens, G. (2007) *Real Estate Development: Principles and Process*. Urban Land Institute

Nivel & RIVM (2005) *Op één lijn: toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Nivel (2009) *Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn - een verkenning* Utrecht: Nivel

Nivel (2011) *Vraag Aanbod Analyse Monitor* [Online] <<http://www.nivel.nl/vaam/>> (geraadpleegd 07-07-2011)

Nourse, H.O., Roulac, S.E. (1993) *Linking Real Estate Decisions to Corporate Strategy* The Journal of Real Estate Research vol. 8 nr. 4

Nozeman, E.F., J. Fokkema e.a.(2010). *Handboek projectontwikkeling, een veelzijdig vak in een dynamische omgeving*. Voorburg: Neprom

NZa (2011) *Film "Hoe werkt marktwerking in de zorg?"* [Online]
<<http://www.nza.nl/publicaties/Presentaties/filmpje-hoe-werkt-marktwerking-in-de-zorg/>>
(geraadpleegd 05-06-2011)

NZa (2010) *Inkoopvoordelen en praktijkkosten apothekhoudenden 2009, 2010 en 2011*
Barneveld: Nederlandse Zorgautoriteit

NZa (2011) *Kostenonderbouwing Huisartsen* Barneveld: Nederlandse Zorgautoriteit

NZa (2009) *Praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken* Barneveld:
Nederlandse Zorgautoriteit

NZE (2010) *Gemiddelde formaties zorgverleners eerstelijnszorg op het aantal inwoners*.
Amersfoort: Netwerk Zorg Experts

NZE (2010) *Basismodel overzicht stichtingskosten - kale huur (BAR) HOED –
Gezondheidscentrum*. Amersfoort: Netwerk Zorg Experts

Pleijte, M.E. (2008). *Haalbaar? Meer dan alleen betaalbaar..!* Eindhoven: TU Eindhoven

Ratcliffe, J., Keeping, M., Stubbs, M. (2009) *Urban Planning and Real Estate Development*
Taylor & Francis Ltd

Rijdt- van de Ven, A.H.J., van de. Konings, J. Musch, M. (2006) *Gestrande samenwerking:
oprichtingstraject eerstelijnscentra kent vele valkuilen* Medisch Contact 61 (27)

Rijdt- van de Ven, A.H.J., van de. (2001) *Handboek: oprichten van een
gezondheidscentrum of Hoed* LVG: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

Rijksoverheid (2010) *Het regeerakkoord* Den Haag: Rijksoverheid

Rigo Research en Advies (2003) *Tweedelijnszorg-centrum; van concept naar praktijk*
Amsterdam: Rigo Research en Advies B.V.

Sentel, J.J. (2008) *De wording van een vastgoedconcept*. Amsterdam: Amsterdam School
of Real Estate

Sentel, J.J., van Elst, C.A. (2008) *Vastgoed als Nike gympies. Concepting en branding in
de traditionele vastgoedsector* Amsterdam: Amsterdam School of Real Estate

Stegmeijer, E. (2011) *Basissyllabus conceptontwikkeling* Amsterdam: Amsterdam School
of Real Estate

Swanborn, P.G. (2008) *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Nieuwe editie. Meppel: Boom

De Staatscourant (2010) *Tijdelijke regeling diensten van algemeen economisch belang toegelaten instellingen volkshuisvesting* Den Haag: Staatscourant

Vastgoedmarkt (2011) *Corporaties niet ingericht voor maatschappelijk vastgoed*
Vastgoedmarkt 06-09-2011

Verkerk, J. (2010) *Op weg naar uw gezondheidscentrum* Heemskerk: VerkerkZorgwerk

Vos, A. (2004) *De essentie van conceptontwikkeling: het uitvinden van wat van waarde en waardevol zal zijn* Real Estate 32:8

VZG & Sinfore (2011) *Nationale wijkatlas 1^e lijn gezondheidszorg 1.0* Delft: Verenigde Zorg Groep

Waarborgfonds Sociale Woningbouw (2011) *WSW-geborgde financiering* [Online]
<<http://www.wsw.nl/overwsw/watdoenwe>> (geraadpleegd 06-05-011)

Wiggen, J.K. van (2006) *Een model voor conceptontwikkeling op basis van New Business Development, getoetst aan de ontwikkeling van het WaterWonen concept*. Universiteit Twente

Yin, R.K. (1994) *Case study research. Design and methods* Thousand Oaks: Sage

Geïnterviewde personen

Hieronder volgt een weergave van de namen van de geïnterviewde personen. Ik wil deze personen hartelijk danken voor hun deskundigheid, openheid en bijdrage aan dit onderzoek.

- W.M. Bakx, adviseur (para)medische implementatie & multiprofessionele samenwerking
- J.A.G. Steijns, adviseur Twynstra Gudde
- G. te Hoonte, adviseur Twynstra Gudde
- F.J. Koersvelt, Woonzorg Nederland
- I. Rovers, Zorgondersteuning Noord-Holland (ZONH)
- A.H.J. Van de Rijdt - Van de Rijdt Adviesbureau voor de Gezondheidszorg
- G. De Kam, `Professor of Social initiatives in the property market` aan de Radboud Universiteit Nijmegen
- J. Hermus, DTZ Zadelhoff Healthcare
- A. Broek, coördinator Bouwadviesgroep LHV
- E.R.G. Venghaus, Verenigde Zorg Groep Nederland
- H. Roepman, zorgverzekeraar Menzis
- M. Wegman, adviseur WeggrooPharma
- J. Verkerk, adviseur Verkerk Zorgwerk
- N. van Berkum, ZorgPunt
- E.G. Westerink, adviseur Noordnegentig
- L. Kliphuis, directeur LVG
- W. Duif, fysiotherapie Sint Pancras, Middenwaard en Obdam
- S. Onder, BBN Adviseurs
- J. Bruijn, projectleider De Draai gemeente Heerhugowaard
- G. Kloosterman, projectleider voorzieningen De Draai gemeente Heerhugowaard
- R. Ouwejan, Ouwejan Vastgoed Advies
- M. Wolf, Woonwaard Noord-Kennemerland
- M. Vroegop, Woonwaard Noord-Kennemerland

Bijlage 1: Vragenlijst experts

1. Hoe is de vraag naar eerstelijnszorgconcepten te karakteriseren?
2. Hoe staan de zorgaanbieders tegenover de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept, zoals een HOED of gezondheidscentrum en wat zijn voor hen de voordelen van een eerstelijnszorgconcept?
3. Welke eigendomsverhouding prefereren de zorgaanbieders?
4. Welke jaarlijkse huur per m² bvo zijn zorgpartijen bereid te betalen met welk bijbehorend opleveringsniveau en is dit inclusief of exclusief BTW-compensatie?
5. Hoe hoog zijn de bouwkosten per m² bvo bij de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept naar opleveringsniveau (casco of tunkey/inbouw)?
6. Welke samenwerkingsvormen zijn er tussen zorgpartijen binnen een eerstelijnszorgconcept?
7. Welk verzorgingsgebied is er minimaal nodig om een eerstelijnszorgconcept van de grond te krijgen, bijvoorbeeld een HOED of een gezondheidscentrum?
8. Hoe komt de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept in de initiatieffase van de grond en welke factoren zijn daarbij essentieel?
9. Welke factoren zijn het meest van belang bij de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten?
10. Is de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept financieel haalbaar (of is er een onrendabele top) en welke financieringsconstructies zijn er mogelijk?
11. Hoe bepaalt men de haalbaarheid van een eerstelijnszorgconcept en van welke analyses wordt gebruik gemaakt en welke soorten haalbaarheid onderzoekt men daarmee?
12. Welke invloed heeft de BTW-compensatie voor o.a. huisartsen op de haalbaarheid van eerstelijnszorgconcepten?
13. Welke rol speelt de gemeentelijke overheid bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten?
14. Wat is er volgens u nodig om een succesvol eerstelijnszorgconcept te ontwikkelen?
15. Welke specifieke risico's zijn er bij de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept?

16. Is het interessanter voor de financiële haalbaarheid om het concept turnkey of casco op te leveren?

17. Welke meerwaarde kunnen vastgoedpartijen bieden bij de ontwikkeling van eerstelijnszorgconcepten?

18. Bestaat het ultieme concept? Hoe ziet deze eruit? In hoeverre is een eerstelijnszorgconcept repeteerbaar?

19. Welke ontwikkelingen op het gebied van eerstelijnszorg vinden er zoal plaats?

20. Wat is er wezenlijk anders bij de ontwikkeling van een eerstelijnszorgconcept dan bij het klassieke projectontwikkelingen?

21. Waar is het gemakkelijker eerstelijnszorgconcepten te ontwikkelen, in perifere gebieden met een kleinere verzorgingspopulatie en lagere grondprijzen, of in een centrumgebied met een grotere verzorgingspopulatie en hogere grondprijzen en waarom?

22. Wat vindt u van de door mij opgesteld methode ter bepaling van de haalbaarheid? Kunt u hier commentaar en aanvullingen op geven?

Bijlage 2: Normatieve ruimtebehoefte naar discipline

Omschrijving van de ruimte	Netto oppervlakte in m ²		Opmerkingen	
	Standaard	Basis kwaliteitseis		
<i>Algemeen</i>				
Wachruimte(n)	Gem. 5		7 m ² per huisarts resp. Haio/POH 3 m ² per overige hulpverlener	
<i>Huisartsengeneeskunde</i>				
Spreek-/werkkamer huisarts	26	14	<i>Inclusief Haio/POH</i>	
Onderzoekkamer	26	18		
Ruimten praktijkassistente/-administratie	6			Per arts; bij voorkeur clusteren
Behandelkamer	18			2 behandelkamers per 3 artsen
Laboratorium	8			Per 3 huisartsen
<i>Maatschappelijk werk</i>				
Spreekkamer/administratie	18			
<i>Fysiotherapie</i>				
Spreekkamer/administratie	18		Per 4 kamers één reservekamer Vrije hoogte minmaal 3 meter	
Behandelkamer	18	14		
Oefen/-revalidatieruimte	40			
Patiëntendouche	4	4		
<i>Verloskunde</i>				
Spreek-/werkkamer verloskunde	26	14	Per verloskundige	
Onderzoekkamer verloskunde	26	8		
Ruimten praktijkassistente/-administratie	6			
<i>Consultatiebureau</i>				
Spreekkamer arts/wijkverpleegkundige	18	14	c.a. 6 m ² per box	
Boxenkamer	36			
Kinderwagenstalling	6			
<i>Wijkverpleegkundigen</i>				
Administratieve wijkverpleegkundigen	PM		10 m ² + 2 m ² per verpleegkundige	
<i>Apotheek</i>				
Apotheek met eigen bereiding	220			
Satellietapothek	110			
<i>Tandheelkunde</i>				
Spreek-/behandelkamer tandarts	18	16	Per arts, bij voorkeur clusteren Indien aanwezig Indien aanwezig	
Ruimten praktijkassistente/-administratie	6			
Sterilisatieruimte	6			
Ruimte tandtechniek	18			
<i>Logopedie, psychologie, diëtetiek, overige consulenten</i>				
Spreek-/werkkamer	18	14		
Onderzoek-/testkamer psychologie	12			
Observatieruimte logopedie	6			
Facilitaire voorzieningen (sanitair patiënten, bergruimten, werkkasten, archief, patchruimte)			2 m ² per fte hulpverlener + 20 m ²	
Personeelsvoorzieningen (garderobe, sanitair, teamruimte en pantry)			1 m ² per fte hulpverlener + 60 m ²	
Centrale receptie/afsprakenbureau (eventueel)	PM		2 m ² per fte hulpverlener + 10 m ²	
Centrumcoördinator	18		2 m ² per fte hulpverlener + 10 m ²	
Zorgcoördinator	18		2 m ² per fte hulpverlener + 10 m ²	
Overige werkruimten, management/ ondersteunende diensten, vergaderruimten	PM		Veelal op locatie elders	

Bron: College Bouw Zorginstellingen, 2005

Bijlage 3: Berekening BTW-compensatie

Investering per m ²	€ 1.881,00		
BTW (19%)	€ 357,39		
Herzieningstermijn 10 jaar	€ 35,74		
Huur per m ² per jaar	€ 113,00		
BTW schade over exploitatie verhuur 3%	€ 3,39		
Index 2%			
	Jaar	Investering	NCW
	1	€ 35,74	€ 36,45
	2	€ 35,74	€ 37,18
	3	€ 35,74	€ 37,93
	4	€ 35,74	€ 38,69
	5	€ 35,74	€ 39,46
	6	€ 35,74	€ 40,25
	7	€ 35,74	€ 41,05
	8	€ 35,74	€ 41,87
	9	€ 35,74	€ 42,71
	10	€ 35,74	€ 43,57
	Totaal		€ 399,16
BTW schade per m ² per jaar	€ 39,92		
BTW schade over exploitatie	€ 3,39		
Totale BTW schade per m ² per jaar	€ 43,31		
Percentage btw compensatie	38%		
Totale huur	€ 156,31		

Bron: Auteur