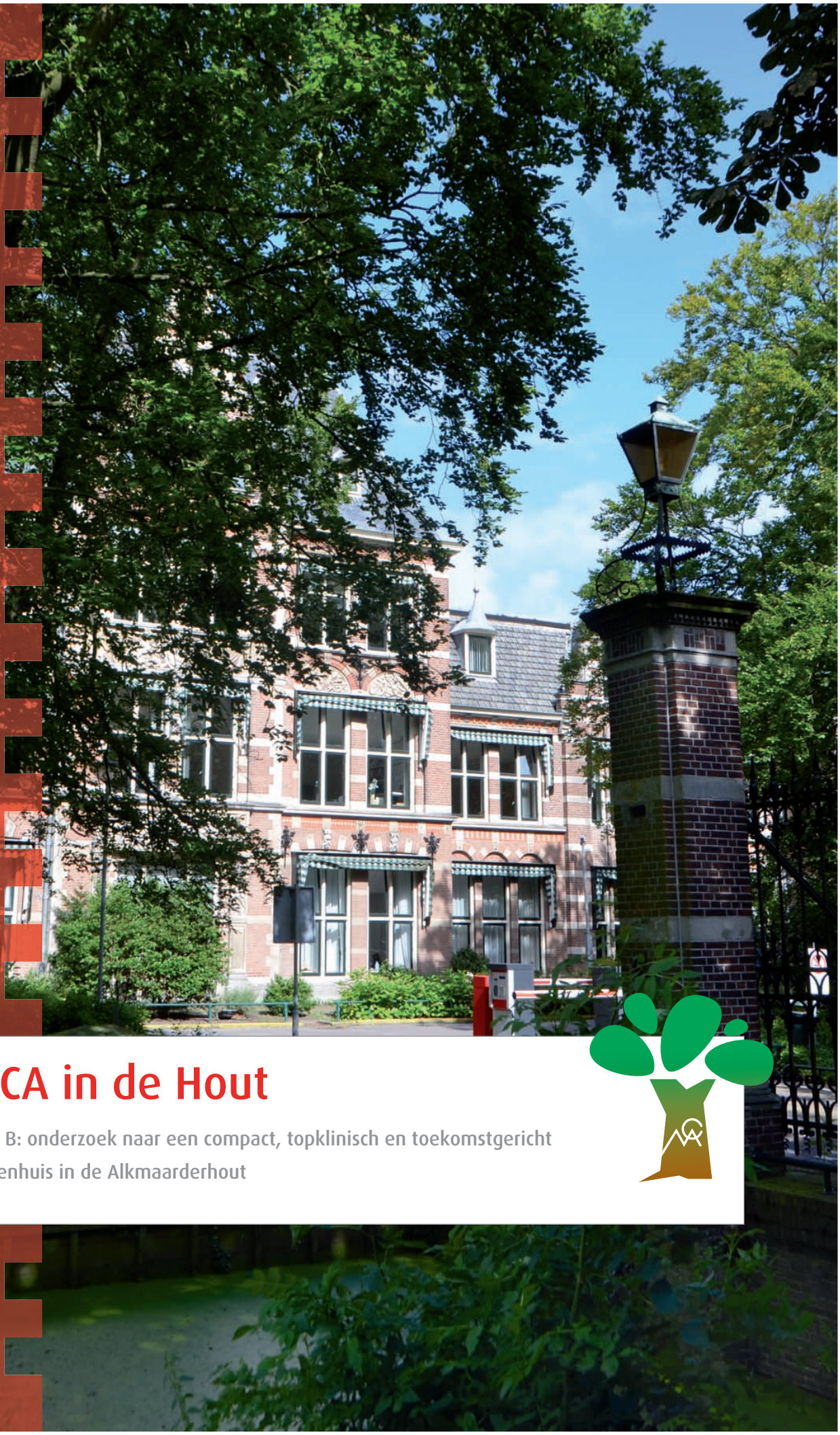


MCA in de Hout

Plan B: onderzoek naar een compact, topklinisch en toekomstgericht ziekenhuis in de Alkmaarderhout

gemeente ALKMAAR

Inhoudsopgave

1. Inleiding

1.1 Motie van de raad van 31 mei 2012 ... 5
1.2 Aanleiding voor de motie ... 5
1.3 Plannen van het MCA ... 6
1.4 Doel, opzet en werkwijze van het onderzoek ... 6
1.5 Indeling van dit rapport ... 6

2. Ontwikkelingen in de zorg en de financiële aspecten van Plan B

2.1 Algemeen ... 7
2.2 Nieuwe zorginfrastructuur ... 7
2.3 Regionale situatie ... 9
2.4 Financiering en bekostiging, mede in relatie tot Plan B ... 9
2.5 Overige aspecten Plan B ... 9

3. Ontwerpmogelijkheden voor nieuwbouw in de Alkmaarderhout

3.1 Vraagstelling ... 14
3.2 Ziekenhuis ontwikkelingsmodellen ... 14
3.3 Stedenbouw, landschap en groencompensatie ... 15
3.4 Wenselijke situatie en functionaliteit ... 17

4. Ruimtelijke aspecten

4.1 Natuurwaarden ... 23
4.2 Cultuurhistorie ... 24
4.3 Archeologie ... 25
4.4 Water en watercompensatie ... 25
4.5 Bereikbaarheid ... 26
4.6 Parkeren ... 28
4.7 Kadastrale situatie en kabels en leidingen ... 31
4.8 Planologie en vergunningen ... 32
4.9 Planning ... 32

5. Samengevat

Bijlage 1: faseringstekeningen

MCA in de Hout

Plan B: onderzoek naar de mogelijkheid om een compact, topklinisch en toekomstgericht ziekenhuis door te ontwikkelen in de Alkmaarderhout

Alkmaar, september 2012

1. Inleiding

In het coalitieakkoord 'Een nieuwe lente, een nieuw geluid!' (april 2011) staat dat de Alkmaarderhout tijdens deze raadsperiode beschikbaar blijft als terugvaloptie voor het MCA, indien het ziekenhuis zou besluiten zich toch niet te vestigen op bedrijventerrein Westpoort te Heerhugowaard. In de raadsvergadering van 31 mei 2012 is een interpellatiedebat gevoerd over de vraag of deze terugvaloptie als haalbaar kan worden beschouwd. De raad heeft toen een motie aangenomen waarin het college wordt verzocht de terugvaloptie MCA in de Alkmaarderhout uit te werken.
Het college heeft de uitvoering van die motie ter hand genomen en het MCA gevraagd medewerking te verlenen. Hoewel de doelstelling van het MCA gericht blijft op vestiging van een separaat Regionaal Topklinisch Interventie Centrum (RTIC) in Heerhugowaard, is het ziekenhuis positief op dit verzoek ingegaan waardoor Plan B in samenwerking met het MCA tot stand kon komen. Tevens heeft in dit verband het college in juni 2012 overleg gevoerd met het college van de gemeente Heerhugowaard. In juli en augustus heeft het onderzoek plaatsgevonden.

Deze rapportage bevat de resultaten van deze verkenning. De terugvaloptie is – met inbegrip van de strategische doelstellingen van het MCA – uitgewerkt in een ruimtelijk schetsontwerp, inclusief een onderbouwing met zowel alle randvoorwaardelijke aspecten als een planning.

Zodra de raad instemt met dit schetsontwerp, geldt dat ook als een ruimtelijk principebesluit. Het kan als basis dienen voor de gemeente en het MCA om een gezamenlijk plan op te stellen, hetgeen ook de weg vrijmaakt voor het doorrekenen van de financiële gevolgen in een integrale business case.

In deze inleiding wordt ingegaan op:

- de motie van 31 mei 2012;
- de aanleiding voor de motie;
- de plannen van het MCA;
- doel, opzet en werkwijze van het onderzoek;
- de indeling van dit rapport.

1.1. Motie van de raad van 31 mei 2012

Op 31 mei 2012 heeft de raad in ruime meerderheid (30 stemmen voor van OPA, VVD, SP, CDA, Trots op Nederland/Alkmaar, GroenLinks, Leefbaar Alkmaar en D66; 7 stemmen tegen van de PvdA) ingestemd met een motie van D66 met de volgende strekking:

- de raad verzoekt het college de terugvaloptie MCA in de Alkmaarderhout uit te werken en voor het zomerreces 2012 voor te leggen aan de gemeenteraad;
- tevens roept de raad het college op om zo spoedig mogelijk met het MCA in overleg te treden over deze terugvaloptie.

Vóór het zomerreces heeft het college de raad geïnformeerd dat het uitwerken van de terugvaloptie meer tijd vraagt dan de voorgestelde vijf weken. De verwachting was dat de gevraagde inventarisatie in september 2012 aan de raad kan worden voorgelegd.

1.2. Aanleiding voor de motie

De motie is ingediend in verband met toenemende vragen over de uitvoerbaarheid van de plannen van het MCA om een RTIC in Heerhugowaard te vestigen. Daarnaast speelt de visie op de gewenste ontwikkelingen in de Alkmaarderhout op langere termijn een rol.[1]

Tijdens het eerder genoemde interpellatiedebat stond de vraag centraal in hoeverre de terugvaloptie Alkmaarderhout reëel mogelijk is. Daarbij zijn volgens de gemeenteraad veel aspecten van belang, waaronder de ontwikkelingen in de landelijke en regionale ziekenhuiszorg, ruimtelijke en planologische mogelijkheden en financiële (on)mogelijkheden.

Verder is in de raad benadrukt dat het MCA erop moet kunnen rekenen dat wanneer wordt gekozen voor de terugvaloptie in de Alkmaarderhout, deze keuze ook volgens plan en met volle medewerking van de gemeente Alkmaar wordt gerealiseerd. Dit (vertrouwens)aspect bleek doorslaggevend bij het besluit van het MCA van maart 2011 om de Alkmaarderhout te verlaten en in twee fasen (2015 en 2025) te verhuizen naar Heerhugowaard.[2]

Vele interne en externe belanghebbenden (medische staf, ondernemingsraad, cliëntenraad, maar ook banken, verzekeraars en de inspectie gezondheidszorg) hebben een stem in de besluitvorming over vestigingslocaties. Maar de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur van het MCA hebben uiteindelijk het laatste woord.

1. Het college heeft op 11 februari 2011 besloten vooralsnog kennis te nemen van een ontwerp visiedocument en de besluitvorming hierover aan te houden, mede afhankelijk van een reactie van het MCA op de ontwerp visie.
2. Hierover is de raad geïnformeerd tijdens het raadsdebat van 10 maart 2011.

Sinds maart 2011 is het MCA bezig om plannen voor een RTIC in Heerhugowaard uit te werken. Datzelfde doet zij voor een vernieuwd Gemini Ziekenhuis in Den Helder. Programmatisch is een en ander nog wel in beweging.

Zo heeft het MCA in het najaar van 2011 met het college van Alkmaar overlegd over een eerste bijstelling van de eerder geformuleerde ambities. Sindsdien wil het MCA dat een belangrijk deel van het ziekenhuis gehuisvest blijft in de Alkmaarderhout. Het bestaande complex zou dan heringericht worden als 'dagziekenhuis'. Dat wil zeggen: een diagnostisch, poliklinisch en behandelcentrum, inclusief zes operatiekamers en 100 à 120 bedden/stoelen. Een concreet plan is overigens nog niet onderwerp van overleg tussen het MCA en de gemeente.

1.3. Plannen van het MCA

Een consortium van architecten en adviseurs heeft op 16 juni 2011 opdracht gekregen om een ontwerp te maken voor het RITC. Dit ontwerpteam bestaat uit ABT (Delft), architectenbureau Cepezed (Delft), Deerns adviseurs (Rijswijk) en Cure+Care consultancy (Bilthoven).
Het definitieve ontwerp van het RTIC is naar verwachting in april/mei 2013 klaar. Het MCA streeft ernaar de business case in oktober 2012 gereed te hebben en het eerste kwartaal 2013 te kunnen beschikken over een gehonoreerde financieringsaanvraag. Volgens informatie van het MCA denkt de gemeente Heerhugowaard mee over de financiering.

1.4. Doel, opzet en werkwijze van het onderzoek

Dit onderzoek brengt de mogelijkheden in beeld voor een terugvaloptie van het MCA in de Alkmaarderhout, wanneer de nieuwbouw in Heerhugowaard niet kan worden gerealiseerd. Het doel is om een afweging mogelijk te maken of de terugvaloptie al dan niet reëel is.

In overleg met het MCA is de terugvaloptie benoemd als Plan B (deze term wordt hierna gehanteerd). De nieuwbouw in Heerhugowaard en de wijziging van functies in Alkmaar blijven Plan A. De ontwikkelingen ten aanzien van Den Helder blijven in dit onderzoek buiten beschouwing. In Plan B blijven niet alleen alle huidige functies behouden in de Alkmaarderhout, maar wordt er ook ruimte gemaakt voor nieuwbouw op deze locatie. De nieuwbouwopgave omvat zowel de vervanging van verouderde gebouwen of delen van gebouwen als de uitbreiding van het complex. Een belangrijk onderdeel van Plan B is de mogelijkheid om – gefaseerd – door te groeien naar een schaal van bedrijfsvoering die past bij de wenselijke toekomst van het MCA. Dit betekent dat binnen Plan B ook voldoende flexibiliteit aanwezig moet zijn om de hotfloor periodiek te vernieuwen. Hoe dit wordt gegarandeerd, wordt in hoofdstuk 3 en 4 toegelicht.

Het college heeft de volgende deskundige bureaus bij het onderzoeksproject betrokken:

EGM
Dit landelijk werkend architectenbureau met als specialisatie de zorgsector heeft al veel ziekenhuizen gebouwd en is ook thans betrokken bij ziekenhuisprojecten in Nederland en België.

BMC
BMC heef veel ervaring in de zorgsector en wordt geregeld ingeschakeld bij de financiering van ziekenhuizen, het opstellen van business cases voor nieuwbouw en bij het algemene (financiële) beleid in de zorg.

Grontmij
Grontmij is een bureau met specialistische kennis op het gebied van bouw, vastgoed, milieu en ruimte, transport en mobiliteit. Deze expertise heeft Grontmij gecombineerd met haar lokale kennis om een bijdrage te leveren aan omgevingsaspecten als bereikbaarheid, parkeren, water en RO-procedures

1.5. Indeling van dit rapport

Het rapport kent de volgende indeling:

- ontwikkelingen in de zorg en financiële aspecten van Plan B;
- ontwerpmogelijkheden voor nieuwbouw in de Alkmaarderhout op basis van een op de omvang van het MCA afgestemd programma van eisen;
- ruimtelijke aspecten...

En het rondt af met een samenvattende conclusie.

2. Ontwikkelingen in de zorg en de financiële aspecten van Plan B

2.1. Algemeen

Het einde van de in 2002 ingezette ontwikkelingen in de zorg is nog lang niet in zicht. De sector blijft in turbulent vaarwater verkeren. Onder meer door:

- een fors liberaliseringsproces;
- een herontwerp van de zorgsector op de langere termijn;
- een herverdeling van de zorg over de zorgaanbieders en daarmee ook een herverdeling van de inkomsten en uitgaven van de zorgaanbieders;
- extramuralisering van de zorg (scheiden van wonen en zorg);
- gedeeltelijke vrije prijsvorming;
- overdracht van risico's van de overheid naar de afzonderlijke zorgaanbieders.

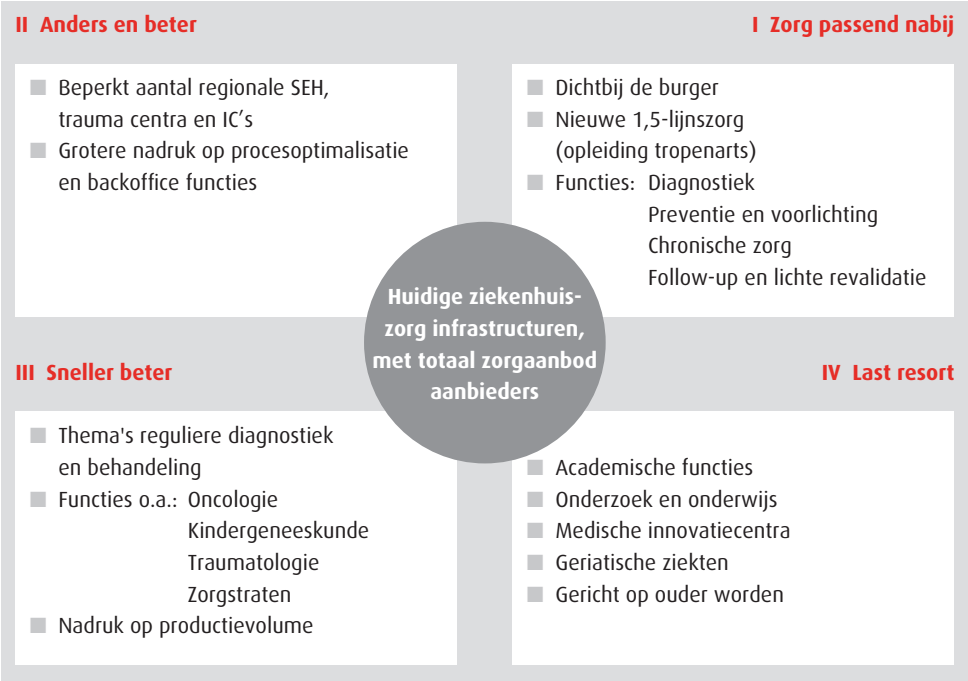
Al deze kenmerken zijn ook van toepassing op de curatieve en specifiek de tweedelijns(ziekenhuis) zorg, aangevuld met:

- macrokostenbeheersing en met name beperkte volumegroei;
- selectieve inkoop door zorgverzekeraars;
- verplaatsing van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg (huisartsen);
- nieuwe toetreders zoals de Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's);
- concentratie en spreiding van zorg;
- alliantievorming van ziekenhuizen;
- regionaal samenwerkende maatschappen.

Tegen deze achtergrond bevindt het MCA zich in een vergevorderd stadium van besluitvorming ten aanzien van de (her)allocatie van de zorg in de regio.

2.2. Nieuwe zorginfrastructuur

Door deze ontwikkelingen zal het zorglandschap er over afzienbare tijd anders uitzien dan nu het geval is. Ziekenhuiszorg komt pas in beeld als elders (dichterbij huis) de noodzakelijke zorg niet meer kan worden aangeboden. Ziekenhuizen vormen dan ook steeds minder het centrum van de zorg. Het zwaartepunt zal steeds meer in en bovenop de eerstelijnszorg komen te liggen, waarbij zorg wordt gebundeld in primaire zorgcentra, uitgroeiend naar een soort '1¾-lijnszorg'. De transformatie van de zorg kent vier grote bewegingen die zullen leiden tot een 'volgende generatie curatieve zorg' (Nota en Van Straten, 2011):



Toekomstig zorglandschap (Nota en Van Straten, 2011).

- door zelfdiagnostiek en primaire zorgcentra in de buurt wordt passende zorg nabij de burger geboden;
- er ontstaat een concentratie van relatief minder ingewikkelde zorg vanuit één discipline;
- er ontstaat een concentratie van complexe, hightech zorg vanuit meerdere disciplines;
- er vindt een concentratie plaats van acute zorg, die over Nederland goed en strategisch verspreid zal zijn.

Bovendien zet de ontwikkeling van private initiatieven zich voort. In toenemende mate nemen de ziekenhuizen hierbij het initiatief of nemen zij deel in het initiatief van anderen. Al deze verschuivingen leiden tot een herinrichting van de zorg en tot het ontstaan van een nieuwe zorginfrastructuur.

De belangrijkste gevolgen voor de ziekenhuizen - waaronder het MCA - vanuit dit veranderende zorglandschap zijn:

- prijs- en omzetdruk;
- sterke oriëntatie op kosten en efficiency;
- onzekerheden over de inkoop van zorgproducten door de zorgverzekeraar;
- verplaatsing van patiëntenstromen;
- toename van risico's op allerlei gebieden.

Bij veel ziekenhuizen speelt bovendien, net als bij het MCA, dat de huisvesting sterk is verouderd. Eenderde van de huidige algemene ziekenhuizen wordt volgens het College Bouw Zorginstellingen (Cbz) in de nabije toekomst ingrijpend gerenoveerd of door nieuwbouw vervangen (Cbz, 2007). Ervan uitgaande dat al deze ziekenhuizen worden teruggebouwd en in functionaliteit gehandhaafd blijven, betekent dit een volume van circa veertig ziekenhuizen voor de komende jaren.

Vanuit de steeds prominentere tpositie die zorgverzekeraars en banken gaan innemen en de geschetste processen van zorgconcentratie en -deconcentratie, is het onwaarschijnlijk dat al deze ziekenhuizen groen licht krijgen voor hun businesscase. Dit heeft gevolgen voor de ontwikkel- en bouwopgaven van de zorginfrastructuren in de toekomst. Het is aannemelijk dat een differentiatie zal plaatsvinden, waarbij de focus voornamelijk zal zijn gericht op het optimaliseren van ver- en nieuwbouwplannen.

Een meer efficiënt bedrijfsproces binnen een ziekenhuisorganisatie is gebaat bij een efficiënte patiëntenlogistiek. Dat moet worden ondersteund door een gebouw dat gekenmerkt wordt door een goede lay-out, zodat voor de patiënt,

de bezoeker en de medewerkers de structuur helder en overzichtelijk is. Daarnaast is de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de laatste jaren veel dwingender geworden waar het gaat om het toezien op het normeren van verantwoorde zorg en thematisch onderzoek. Sluitingen per direct van operatiekamers (OK's) – zoals in Heerlen (Atrium) en het IJsselmeer ziekenhuis (Lelystad) – vanwege het niet kunnen leveren van verantwoorde zorg zullen naar verwachting geen incidenten blijven.

Het vraagstuk van OK's die binnen afzienbare termijn niet meer voldoen aan de gestelde normen is ook bij het MCA aan de orde. Met de beoogde nieuwbouw op het bedrijventerrein in Heerhugowaard wenst het MCA invulling te geven aan een RTIC waarin OK's, IC's, cardiologische interventiecentrum, spoedzorg, verloskunde en de klinieken worden gehuisvest (MCA, 2011).

2.3. Regionale situatie

Boven het Noordzeekanaal spelen op dit moment relatief veel nieuwbouw- en renovatietrajecten. Het MCA heeft nieuwbouwplannen voor de locaties Den Helder en Heerhugowaard en verbouwplannen voor de locatie Alkmaar, met een begroot financieringsvolume van circa € 250 miljoen (MCA, 2012). Aangezien het MCA in het hart van de provincie ligt, zullen financiers (onder andere banken) en bekostigers (verzekeraars) de investeringen door het MCA in de context van de totale investeringsopgave in Noord-Holland bezien.

De ziekenhuiszorg in Noord-Holland (boven het Noordzeekanaal) is geconcentreerd in Beverwijk, Amsterdam-Noord, Zaandam, Purmerend, Hoorn, Den Helder en Alkmaar. Enkele ziekenhuizen hebben buitenpoli's in aangrenzende gebieden. Het MCA heeft, als medeoprichter, een STZ-status (Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen). Dat betekent dat het MCA een opleidingsfunctie heeft en meer gespecialiseerde verrichtingen uitvoert dan de algemene ziekenhuizen. Het ziekenhuis vervult midden in Noord-Holland een belangrijke bovenregionale functie.

In de praktijk moet rekening worden gehouden met een relatief grote uitstroom van patiënten vanuit deze regio naar ziekenhuizen ten zuiden van het Noordzeekanaal. Met name de twee academische centra (VU en AMC) hebben een bepaalde aantrekkingskracht mede dankzij de specialisaties die zij bieden.

In deze context is het MCA van plan omvangrijke investeringen te plegen in Heerhugowaard en daarmee diverse functies uit Alkmaar naar Heerhugowaard te verplaatsen. Dit voornemen staat bekend als Plan A. Zoals eerder gemeld is Plan A een variant op het plan dat in 2011 werd gelanceerd; volgens het huidige Plan A van het MCA zullen hoogwaardige diagnostiek, poliklinische behandelingen en behandelcentra in het eindbeeld toch niet in de nieuwbouw te Heerhugowaard worden opgenomen, maar in een gerenoveerd deel van het bestaande ziekenhuis in Alkmaar blijven. Ook zal het samenwerkingsgebied betreffende het RTIC – anders dan in 2011 werd voorzien – niet (althans, vooralsnog niet) betrekking hebben op de ziekenhuizen in Hoorn, Purmerend en Zaanstad. Wel zoekt het MCA nog de samenwerking met het Rode Kruis Ziekenhuis (RKZ) in Beverwijk. Hiermee is het adherentiegebied voor het RTIC aanzienlijk verkleind.

De gemeente Alkmaar heeft het initiatief genomen om een Plan B te onderzoeken, voor het geval dat Plan A niet mogelijk is.
Plan B wil in essentie 'het kernbedrijf van het MCA als regionaal topklinisch ziekenhuis de gelegenheid geven om zich in de Alkmaarderhout (gefaseerd) verder te ontwikkelen'.

2.4. Financiering en bekostiging, mede in relatie tot Plan B

2.4.1. Algemeen

Financiële partijen hebben te maken met onzekerheden en risico's. Die werken door in hun besluiten over de bekostiging en financiering van de zorg die in Den Helder, Heerhugowaard en Alkmaar wordt geleverd. Het is de vraag of bij investeringen in het gebied boven het Noordzeekanaal de zorgverzekeraars bereid zijn deze bedragen te absorberen in hun vergoedingen van de verrichtingen (de DOT's). De bevoorschotting van onderhanden werk staat immers ter discussie (Rabobank, 2010).

De bestaanszekerheid van de ziekenhuizen is als gevolg van de liberalisering verminderd. Dit heeft een negatieve invloed op de bereidheid van finan-

ciers/banken om ziekenhuizen van krediet te voorzien. Dat is lastig, temeer daar ziekenhuizen naast de investeringsplannen ook een steeds groter beroep moeten doen op banken voor hun reguliere bedrijfsvoering. Die situatie wordt veroorzaakt doordat verzekeraars minder geneigd zijn de verrichtingen te bevoorschotten.

Het komt bijna niet meer voor dat de financiering van een ziekenhuis door één bank wordt verstrekt; in veel gevallen treden banken in consortiumvorm op. Doordat nog maar enkele banken beschikbaar zijn om ziekenhuizen te financieren, betekent consortiumvorming dat de keuze zeer beperkt wordt. Het verhoogde risicoprofiel van ziekenhuizen in combinatie met het beperkte aanbod van financiers heeft een hogere debiteurenopslag veroorzaakt (beprijzing van het risico dat de financier loopt).

Als reactie op de financiële crisis is onder leiding van de Bank for International Settlements (BIS) begonnen met het uitwerken van het derde Baselse akkoord. Dit is een serie van afspraken om het bancaire stelsel te versterken. Dit door strengere kapitaaleisen aan banken te stellen. In de toekomst moeten banken meer kernkapitaal aanhouden om in de financieringsbehoefte te voorzien, waardoor zij in het algemeen steeds grotere moeite krijgen met financieringen voor ziekenhuizen.

Sinds de start van de liberalisering is de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen enkele keren gewijzigd. In 2012 zijn zij overgegaan van een budgetsysteem naar prestatiebekostiging. Door het transitiemodel lopen zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars financiële risico's die voor de ziekenhuizen alleen voor de jaren 2012 en 2013 afgedekt worden. Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord, dat de vereniging van ziekenhuizen heeft gesloten met de branche-organisatie van zorgverzekeraars en het ministerie van VWS, behelst een gemiddeld beperkte prijs- en volumegroei. Dat kan tot gevolg hebben dat ziekenhuizen achteraf worden geconfronteerd met een forse macrobudgetkorting.

Ook vrijgevestigde medisch specialisten lopen financieel risico als gevolg van het door hen gesloten convenant met de vereniging van ziekenhuizen, de branche-organisatie van zorgverzekeraars en het ministerie van VWS. De financiële belangen van ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten kunnen hierdoor conflicteren, waardoor het risico voor ziekenhuizen nog eens extra toeneemt.
Naast de bekostiging is ook de contractering tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen gewijzigd. Werd voorheen onderhandeld door de twee grootste regionale zorgverzekeraars (het zogenoemde representatiemodel), vanaf 2013 zitten alle zorgverzekeraars aan tafel voor de inkoop van zorg voor hun eigen verzekerden. Zorgverzekeraars hanteren een eigen zorginkoopbeleid en de prijs- en volumestrategie kan leiden tot een geringere volumegroei dan de in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord afgesproken 2,5%. Bovendien kan ook de economische crisis leiden tot drastische ingrepen en een geringere volumegroei na 2015.

De toenemende concurrentie tussen ziekenhuizen zal de effectiviteit en efficiency verder onder druk zetten, de vraag is alleen nog in welke mate. Ook binnen het MCA zijn steeds zwaardere bezuinigingsoperaties gaande. Ziekenhuizen zouden bijvoorbeeld op basis van inzicht in 'feeders and bleeders' kunnen besluiten om bepaalde verrichtingen of zelfs ziekenhuisfuncties af te stoten. Daarnaast kan het kwaliteitsbeleid van zorgverzekeraars leiden tot selectieve inkoop en zelfs tot het niet meer contracteren van ziekenhuizen. Een ander belangrijk gegeven is dat zorgverzekeraars zich steeds meer oriënteren op de zorginfrastructuur om ook langs deze weg hun zorginkooprol verder inhoud te geven.

Financiering en bekostiging spelen een doorslaggevende rol bij de investeringsplannen. Daarom wordt juist extra aandacht besteed aan dié elementen van Plan B die mogelijk bijdragen aan een voor financiers aantrekkelijke propositie, een hoge mate van waardering van de zorgverzekeraars en een duurzaam zicht op een rendabele en veilige exploitatie van het MCA in de Alkmaarderhout.

2.4.2. Noodzaak lagere investeringsen exploitatiekosten

Ziekenhuizen moeten in de nabije toekomst per definitie compacter worden. De gemiddelde ligduur neemt verder af en relatief veel verrichtingen hoeven niet meer in het ziekenhuis uitgevoerd te worden. Het MCA kan op deze ontwikkelingen tijdens de fasering van de investeringen anticiperen. Het risico van een te groot zieken-

huis in 2020 wordt daarmee beheerst. Maar wat is groot? Ook het MCA zal na afronding van de nieuwbouw een veel compacter en efficiënter ziekenhuis moeten zijn. Compacte bouw leidt tot lagere investeringskosten en exploitatiekosten. Dit laatste door een betere logistiek, een efficiëntere bundeling van functies en kortere looplijnen. Daarmee kunnen meer budgetten gereserveerd worden en blijven voor een hoogwaardige en innovatieve ontwikkeling, in het belang van de patiënten en passend bij de functie van een STZ-ziekenhuis. Het MCA blijft daardoor een aantrekkelijke vestigingslocatie voor (top)specialisten, een aantrekkelijke opleidingslocatie en een aantrekkelijke samenwerkingspartner voor andere ziekenhuizen.

2.4.3. Beperking boekwaardeverliezen

Het MCA heeft de laatste jaren relatief fors geïnvesteerd in belangrijke onderdelen van het ziekenhuis (radiotherapie en nucleaire geneeskunde). Deze activa zullen nog lang in gebruik moeten blijven om te kunnen worden afgeschreven in de gebruikelijke termijnen. Binnen Plan B worden deze voorzieningen volledig in de nieuwbouw geïntegreerd. Daardoor is er geen sprake van een risico tot voortijdige afwaardering of tot het nemen van verliezen op deze investeringen én vindt de exploitatie efficiënter en meer in het belang van de patiënt plaats.

2.4.4. Spreiding van de financieringsbehoefte

Op het moment dat het financieren van zeer aanzienlijke investeringen moeilijker is dan in voorgaande jaren, is spreiding in de tijd een mogelijkheid. Plan B voorziet in een fasering van de nieuwbouw, waardoor ook de financiering gefaseerd kan plaatsvinden. Dit zorgt voor een veilig financieringsplan.

Bovendien kan de cashflow die het ziekenhuis heeft in die jaren in belangrijke mate worden aangewend voor de financiering van de nieuwbouw. Dit heeft weer een gunstig effect op de noodzaak tot externe financiering en dus op de financieringskosten.

Onroerend goed	■ Soort en omvang van het onroerend goed ■ Alternatieve aanwendbaarheid van het onroerend goed ■ Economische waarde van het onroerend goed (stille reserves)
Markt	■ Strategie uitgewerkt in een business case ■ Bekostigingsmodel en wetgeving ■ Omvang van het verzorgingsgebied ■ Mate van concurrentie
Organisatie	■ Organisatiestructuur ■ Samenstelling en ervaring van het management (en bouwprojecten)
Financierings-structuur	■ Omvang en invulling van de financieringsbehoefte (inclusief bestaande financieringen) ■ Financieringsvorm (on-balance of sale and lease back) ■ Andere financieringen ■ Zekerheden
Financieel	■ Beschikbare kasstroom en aflossingscapaciteit ■ Hoogte van de financieringsratio's ■ Gevoeligheidsanalyses (feeder - bleeder analyse)

Aandachtspunten financieringsmemorandum (KPMG, 2011).

2.4.5. Nadruk op de terugbetaalcapaciteit

Het belang van een integrale business case is onmiskenbaar. De kernvraag is en blijft: is er voldoende terugbetaalcapaciteit? Vanwege de aanhoudende verschuivingen in het zorglandschap en de achtereenvolgende stelselwijzigingen is het absoluut niet (meer) vanzelfsprekend om uit te gaan van een langjarige maximale groei van 2,5%, zoals vastgelegd in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015. In plaats daarvan kijken financiers naar:

- positionering in de markt en de strategie;
- financiële parameters als rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit;
- bij nieuwe investeringen worden base case en stress-scenario's uitgevoerd en wordt het effect bepaald van nieuwe toetreders;
- de kwaliteit van de planning en control cyclus;
- de prestaties van het ziekenhuis (bijvoorbeeld ziekteverzuim, productiviteit en kwaliteit van de zorg), afgezet tegen de benchmark;
- de kwaliteit van het management en het interne toezicht;
- de dekkingswaarde van de grond en de vastgoedportefeuille;
- het materieel commitment van interne en externe stakeholders (bijvoorbeeld de medische staf, zorgverzekeraars en de gemeente).

Deze aspecten vormen voor banken en financiers de aandachtspunten van het financieringsmemorandum.

Een belangrijke voorwaarde voor de financierbaarheid van een investering in ziekenhuizen betreft de hoogte van het eigen vermogen (EV). Het EV wordt als percentage uitgedrukt in het balanstotaal. Ziekenhuizen moeten bij hun financieringsaanvraag tegenwoordig een solvabiliteit laten zien van circa 15% en op enige termijn financiers zicht bieden op een solvabiliteit van circa 20% (CBO, 2011). Recente ervaringen geven aan dat enkele financiers ook 20% nog niet genoeg vinden. Met een solvabiliteit per ultimo 2011 van 19% (MCA, 2012) voldoet het MCA (voor investeringen) aan de huidige solvabiliteitseisen. Maar ook blijkt dat het ziekenhuis haar balanstotaal niet te fors kan laten stijgen om niet onder de eis van 15% te komen. Bij Plan B worden de investeringen over meerdere jaren gespreid en voor een deel uit eigen middelen bekostigd en blijft de balansgroei onder controle. Er is dan zicht op een voldoende solvabiliteit en financierbaarheid van deze investeringen. Een veilige optie derhalve.

2.4.6. Gemiddelde kapitaallastencomponent in de tarieven voor verzekeraars

Bij de nieuwbouw van ziekenhuizen kijken zorgverzekeraars met name naar de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de positieve klantbeleving. Verder zijn de groei- en efficiencyparameters van belang. Door de parkachtige omgeving is bij Plan B een zeer positieve klantbeleving mogelijk. Met het oog op de investeringsplannen van de ziekenhuizen in Noord-Holland komt een beheerste investering van het MCA in de Alkmaarderhout ook sympathiek bij hen over. Als zij Plan B als zodanig waarderen, zou dit op langere termijn kunnen betekenen dat het MCA zelf voorziet in de bekostiging van haar huisvestingslasten. Dat is comfortabel voor het MCA, maar ook voor financiers die meerjarige overeenkomsten tussen verzekeraar en ziekenhuis op prijs stellen.

2.4.7. Andere financiële mogelijkheden van de gemeente Alkmaar

Ten behoeve van de terugvaloptie MCA heeft het college onderzocht hoe het MCA door de gemeente zou kunnen worden gefaciliteerd bij de financiering van de nieuwbouw in de Alkmaarderhout. Het gaat daarbij om een samenstel van instrumenten, die de financieringslasten (rente en afschrijving) verlagen.

Medefinanciering parkeergarages
Doordat een parkeervoorziening voor cliënten, bezoekers en medewerkers een beslissende voorwaarde kan zijn voor het MCA voor het benutten van de Alkmaarderhout, overweegt de gemeente Alkmaar om op dit punt een belangrijke rol te gaan spelen. Denkbaar is dat de gemeente deelneemt aan de investeringen in de Alkmaarderhout. Voor het MCA betekent dit dat zij niet volledig de parkeergarage hoeft te financieren, het balanstotaal minder verlengd wordt en dat de financieringskosten niet in zijn geheel op het MCA drukken. Een verdere uitwerking van dit aanbod kan er ook toe leiden dat de gemeente én het MCA de investering en de exploitatie van de parkeervoorziening samen op zich nemen in de vorm van een joint venture.

Aanschaf gebouwen en grond
De gemeente zou delen van de locatie, zoals Huize Westerlicht en de hoek Metiusgracht/ Wilheminalaan, kunnen overnemen, zodat voor het MCA financiële middelen beschikbaar komen voor de nieuwbouw en daarmee de financieringsbehoefte afneemt.

Borg- en garantstelling
Andere middelen zijn deelname in borgstelling en garanties voor de bouwfinanciering gedurende een bepaalde tijd. Op verzoek van het MCA is de gemeente bereid te onderzoeken welke mogelijkheden hiervoor zijn.

Het gebruik van deze instrumenten levert een aanzienlijke verbetering van de business case voor de nieuwbouw op. Omdat de business case van Plan A en de onderliggende informatie over de strategische uitgangspunten, de vertaling naar bouwkundige en bouwtechnische details en de financiële aannamen niet bekend zijn, is er nog geen concrete business case voor Plan B opgesteld.

De financiële voordelen kunnen daarom nog niet in maat en getal worden uitgedrukt. De door het MCA gebruikte gegevens voor de business case van Plan A zijn nodig voor het doorrekenen van Plan B. Pas dan kan een business case van Plan B worden opgesteld.

De bereidheid van derde partijen om in welke vorm dan ook mede investeerder te zijn of garanties te verstrekken (buiten of samen met het WfZ) wordt volgens deskundigen met wie is overlegd ook zeer gewaardeerd. Het deelnemen van derde partijen in een investeringsproject kan vervolgens van invloed zijn op de renteniveaus die andere financiers gaan hanteren.

2.5. Overige aspecten Plan B

Plan B richt zich op (de gefaseerde ontwikkeling van) het kernbedrijf van het MCA en met name op de functie van het ziekenhuis voor de Alkmaarders en de wijde omgeving en de STZ-functies voor een groot deel van de provincie boven het Noordzeekanaal. Het kent naast de hiervoor geschetste financiële voordelen de volgende randvoorwaarden:

Financiële aspecten

- Lagere investerings- en exploitatiekosten
- Beperking boekwaardeverlies
- Spreiding van financieringsbehoefte
- Terugbetaalcapaciteit voldoende
- Gemiddelde kapitaallasten-component in de tarieven voor zorgverzekeraars
- Medefinanciering parkeergarage (aantrekkelijkheid externe financiers/commercieel vastgoed)

Ruimtelijke aspecten

- Natuurwaarden
- Cultuurhistorie
- Archeologie
- Water en watercompensatie
- Bereikbaarheid
- Parkeren
- Kadastrale situatie, kabels en leidingen
- Planologie en vergunningen
- Planning

Ontwerpmogelijkheden

- Oplossing voor verouderde OK complex met continuïteit productie
- Fasering, mede ivm. mogelijke boekwaardeverliezen
- Beperking overlast
- Moderne technologisch gebouw dat op lange termijn voldoet aan 'flexibiliteit, aanpasbaarheid en uitbreidbaarheid'
- Stedenbouwkundig concept met verbetering van beheersbaarheid van terrein

Zorginhoudelijke aspecten

- Reductie beddenhuis (ivm. verkorting ligduur door veranderende zorgvraag, medisch-technologische ontwikkelingen, eisen inrichting zorglandschap)
- Betere patiëntenlogistiek (ivm. efficiency en patiëntgerichheid)
- Flexibiliteit (ivm. onzekerheden toekomstige ontwikkelingen)

Randvoorwaarden bij uitwerking Plan B.

3. Ontwerpmogelijkheden voor nieuwbouw in de Alkmaarderhout

3.1. Vraagstelling

Kan in de Alkmaarderhout voor het MCA een Plan B worden bedacht waarbij het ziekenhuis zich kan ontpoppen als een compact topklinisch ziekenhuis dat is voorbereid op alle denkbare toekomstige ontwikkelingen in de zorg?

De randvoorwaarden zijn deels al genoemd, maar vertaald naar het ontwerp leiden ze tot de volgende vragen:

- Kan het scenario zo worden ontwikkeld dat het huidige knelpunt van het verouderde OK complex snel kan worden opgelost, zodat het ziekenhuis niet in haar productie wordt bedreigd?
- Kan het scenario zo worden gefaseerd dat de afschrijvingen op de boekwaarden van bestaande gebouwen op het juiste moment kunnen worden ingepast in het model (bijvoorbeeld radiotherapie, nucleaire geneeskunde en enkele poliklinieken)?
- Kan het scenario zo worden ontwikkeld dat er een modern technologisch ziekenhuisgebouw ontstaat dat voldoet aan de kernbegrippen; flexibel, aanpasbaar en uitbreidbaar?
- Is er een stedenbouwkundig concept denkbaar waardoor de beheersbaarheid van het terrein ten aanzien van het aantal toegangen, logistieke bevoorrading, ontsluiting, bewaking en beveiliging, evenals de oplossingen voor het parkeren, sterk verbeteren?
- Kan het scenario zo worden bedacht dat de financiering, benodigd voor de ontwikkeling, past bij financiële positie van het ziekenhuis op korte en langere termijn (liquiditeit en solvabiliteit)? Gelet op de prachtige locatie in de Alkmaarderhout is daarnaast als randvoorwaarde c.q. cultuuropgave meegegeven dat de landschappelijke en cultuurhistorische meerwaarde van deze locatie dient te worden benut en versterkt.
- Is er voor de ontwikkeling een scenario te bedenken dat voor alle betrokken partijen, ziekenhuis, omwonenden en gemeente, een win–win situatie oplevert?
- Kan de fasering zodanig plaatsvinden dat de omgevingsoverlast zo beperkt mogelijk is?

3.2. Ziekenhuis ontwikkelingsmodellen

Ziekenhuizen kunnen op een drietal manieren worden gebouwd:

- volledige nieuwbouw op een open, maagdelijke locatie;
- als een vernieuwbouwplan. Waarbij nieuw-

bouw wordt toegevoegd aan bestaande bouw en het bestaande gebouw wordt gerenoveerd;
- als een 'oprolscenario'. Waarbij het totale complex door een slimme en gunstige fasering wordt omgevormd van een bestaand gebouwencomplex tot totale nieuwbouw.

Voor de ontwikkeling van een nieuw MCA in de Alkmaarderhout is gekozen voor een voorstel dat start als een vernieuwbouwtraject en zich kan ontwikkelen tot een oprolvariant. Deze variant is weliswaar goed mogelijk, maar vereist ook een zeer zorgvuldige voorbereiding en uitvoering. Het blijkt dat de beschikbaarheid van parkeerplaatsen en de bereikbaarheid van het gebouw gedurende de verschillende fasemomenten de sleutels zijn tot succes. De bereikbaarheid voor patiënten en bezoekers en voor medische professionals, evenals de overige logistiek zijn hiervoor de kritische parameters.

3.3. Stedenbouw, landschap en groencompensatie

In hoofdstuk 4 van deze rapportage wordt uitvoerig ingegaan op de ruimtelijke aspecten van de omgeving. De huidige bebouwingsmassa is – met uitzondering van de gedeelten die in 1900 zijn gebouwd – vanaf de jaren '60 van de vorige eeuw tot en met heden continu uitgebreid en aangepast. Dat heeft geleid tot een wijdlopig complex samengesteld uit verschillende gebouwtypologieën. Het MCA is daarmee niet uniek. Veel ziekenhuiscomplexen uit die periode met dezelfde ontstaansgeschiedenis leveren eenzelfde beeld op. Naast deze complexiteit van stedenbouwkundige massa is er nog een aantal in het oog springende zaken:

- het ziekenhuisterrein laat weinig ruimte voor ruimtelijke ontwikkeling;
- Het parkeren is versnipperd in de wijde omgeving en onoverzichtelijk geordend op het terrein zelf;
- het parkeren is zeer versnipperd en onoverzichtelijk geordend op het terrein;
- logistieke routes voor ambulance en goederen geven overlast in de buurt;
- de beeldkwaliteit van het huidige complex heeft – behoudens de rijksmonumenten – weinig tot geen toegevoegde waarde voor de kwaliteit van de zorg en voor de omgeving;
- het complex is tamelijk grootschalig in vergelijking met de kleine korrelsstructuur van de omgeving. Aan de zijde van de Metiusgracht en de Kraakmantuinen 'valt' de bebouwing op de omringende woningen;
- het ziekenhuisterrein scheidt als het ware de Alkmaarderhout van de binnenstad.

Het is van belang te kiezen voor een zodanig ziekenhuismodel dat op stedenbouwkundig en landschappelijk niveau een ontwerpoplossing ontstaat die voor alle genoemde knelpunten een verbetering betekent.

Als belangrijke start voor een goede toekomstige ontwikkeling van het MCA in de Alkmaarderhout wordt voorgesteld een zeer beperkt gedeelte van het park (circa 3000 m²) in te zetten voor bebouwing van met name het deel met de

nieuwe OK's. Het is immers niet mogelijk om bestaande bebouwing eerst af te breken voor nieuwbouw zonder de continuïteit van de bedrijfsvoering in gevaar te brengen.
Ook is het voor een goede bedrijfsvoering noodzakelijk dat de OK's direct aansluiten op de gebouwen die de komende twintig jaar nog niet zijn afgeschreven. Door deze overwegingen is er geen ander scenario dan het bebouwen van een zeer beperkt deel van het park en tegelijkertijd het compenseren van deze uitname door het aanleggen van tenminste twee keer zoveel park op de MCA-locatie zelf.

Hoewel het gebruik van de Alkmaarderhout beperkt blijft tot circa 3000 m², is die ruime compensatie ter plekke vanzelfsprekend. De veroorzaker is niet alleen verantwoordelijk om die compensatie te leveren, maar door compacter te bouwen is het ook heel goed mogelijk op het terrein zelf de compensatie te vinden. Het college wijst daarbij op de hoek van de Wilhelminalaan en de Metriusgracht. Deze plek vertoont nu een rommelig karakter door de vrij willekeurige mix van gebouwen uit verschillende perioden dicht bij de aangrenzende woonbebouwing.

Ook uit historische kaarten blijkt dat de verbinding tussen de Alkmaarderhout en de stad beter tot zijn recht komt als deze hoek als park wordt ingericht. Uiteraard moet de eerste nieuwbouw gereed zijn, voordat de betreffende gebouwen kunnen worden gesloopt en het park aangelegd. De al aanwezige hoge bomen aan de rand van de Metiusgracht kunnen in het parkontwerp worden opgenomen.

Daarnaast ziet het college mogelijkheden om aan de westzijde van het complex, na de sloop van de verouderde gebouwen, de Alkmaarderhout door te trekken naar de Wilhelminalaan.
De situatie met groencompensatie is aangegeven op de onderstaande tekening. Om een massieve groene corridor te bereiken van de Alkmaarderhout naar de Wilhelminalaan, moet wel de langste vleugel van Huize Westerlicht worden ingekort.

Hiermee ontstaat de situatie dat het MCA geheel wordt omgeven door de Alkmaarderhout, een uiterst fraaie bosomgeving, ideaal om in te

Groencompensatie bij Westerlicht en bij de hoek Metiusgracht.

wandelen. Dit is een hele verbetering ten opzichte van de huidige stand van zaken, waarin de Alkmaarderhout aan de kant van de Metiusgracht en van het Westerlicht niet zo kan worden beleefd. Vanuit alle kanten van het ziekenhuis zie je het park, omdat in het ontwerp het complex zich als het ware openvouwt naar de Hout. Dit is van groot belang voor een positieve klantbeleving.

3.4. Wenselijke situatie en functionaliteit

Moderne ziekenhuizen zijn flexibel, aanpasbaar en uitbreidbaar. Immers, de veranderingen in de zorg op het gebied van onderzoek en behandeling als ook de opvattingen over zorgvastgoed volgen elkaar in hoog tempo op. Feitelijk is een programma voor een nieuw ziekenhuis een momentopname. Zowel de organisatie als het ziekenhuisgebouw moeten zich kunnen aanpassen op maatschappelijke ontwikkelingen, veranderende leefpatronen en een zich wijzigende pathologie. Het MCA is in de nieuwe opzet voorbereid om in te spelen op al die veranderingen die het speelveld van het ziekenhuisgebouw zo complex en tegelijkertijd zo interessant maken.

Sinds enkele jaren speelt rondom het vastgoedvraagstuk van ziekenhuizen nog een (onverwachte) factor. Ziekenhuizen hebben een aanzuigende werking op bedrijven en instellingen die ook actief zijn binnen de zorg. Er ontstaan langzamerhand zogeheten 'zorgcampussen' waar overheidsinstellingen en private instellingen gezamenlijk werkzaam zijn en elkaar aanvullen en versterken. Ook in het ontwerp is in de achtereenvolgende fasen een suggestie opgenomen voor dergelijke ontwikkelingen.

Ten aanzien van flexibiliteit, aanpasbaarheid en uitbreidbaarheid zijn een drietal niveaus te onderscheiden die van betekenis zijn voor de toekomstbestendigheid en de functionele duurzaamheid van het ziekenhuisgebouw en de ziekenhuisorganisatie. Dit betreffen:

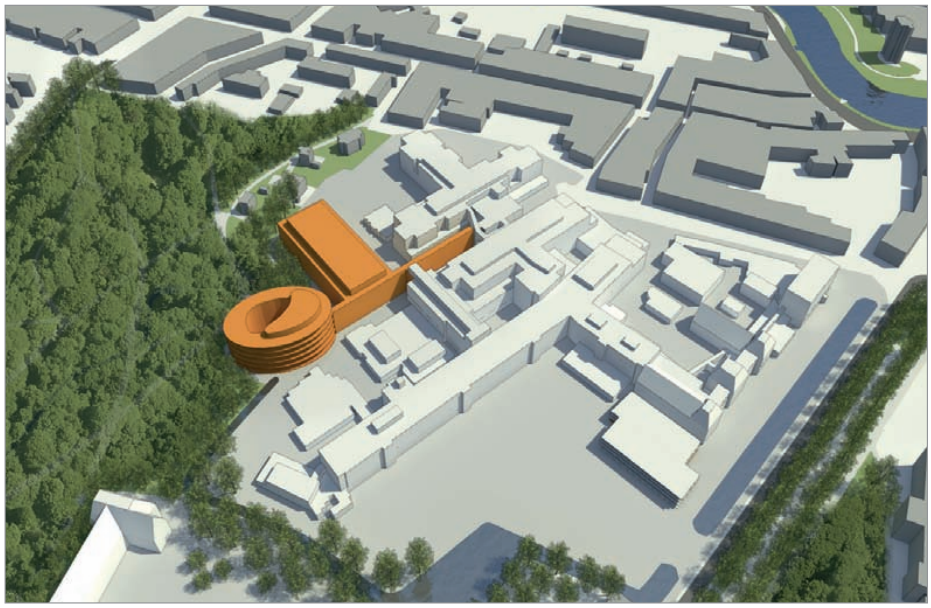
- externe flexibiliteit, aanpasbaarheid en uitbreidbaarheid;
- interne flexibiliteit, aanpasbaarheid en uitbreidbaarheid;
- flexibiliteit, aanpasbaarheid en uitbreidbaarheid van de technische installaties.

De voorgestelde nieuwe stedenbouwkundige opzet (gebouwen A, B en C in de navolgende tekeningen) geeft antwoord op al deze belangrijke vraagstukken. Het bestaat uit een lineair hoofdgebouw met een grote dieptemaat. Dit is de hotfloor van het gebouw. Met alle functies voor onderzoek en behandeling.

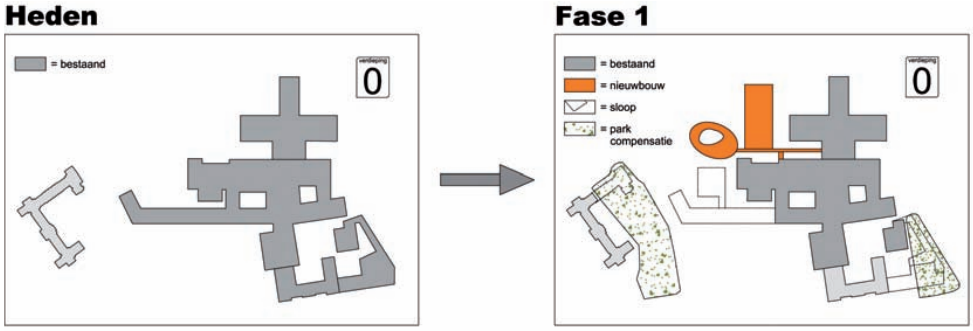
Aan de westzijde van de hotfloor ligt een drietal cilindrische volumina. Hierin bevinden zich hoofdzakelijk de beddenafdelingen en poliklinieken. Ze zijn als een soort van vingers in het groene landschap gezet dat het ziekenhuis aan de westzijde omspoelt. Tussen de cilinders en het hotfloorgebouw ligt een verbindend volume met op de onderste lagen publieksvoorzieningen en poliklinieken. Het totale complex heeft twee ingangen, de een voor patiënten en professionals en de andere voor logistiek en ambulance diensten. Onder de gebouwen A, B en C is een verdiepte parkeervoorziening opgenomen.

Het aantal bouwlagen bovengronds varieert per gebouw. Voor het OK complex in Fase 1 is vier bouwlagen voldoende, en bij de vleugels in alle fasen vijf bouwlagen. De rest van het hoofdgebouw loopt op tot zes bouwlagen. Op elk gebouw is extra hoogte nodig voor technische voorzieningen.

De eerste fase van het traject wordt mogelijk gemaakt doordat aan de noordzijde van de locatie in het aanpalende park ruimte wordt gemaakt om een nieuw OK complex te realiseren alsmede een IC afdeling en spoedeisende hulp (Trauma Centrum). Ook verloskunde (Moeder en Kind Centrum) en cardiologie kunnen hierin gevestigd zijn. Aan de westzijde van dit volume is een cilindrisch volume voor beddenafdelingen getekend. Daarmee kan een groot deel van de bestaande bebouwing uit 1965 worden gesloopt en een begin worden gemaakt met het naar voren trekken en doortrekken van een landschapspark aan de westzijde van de locatie. Met deze eerste stap, Fase 1, is het grootste knelpunt van het MCA opgelost. Deze beginfasering kan de opmaat zijn voor de Fases 2 t/m 4 van het ontwikkelingsscenario.



Fase 1



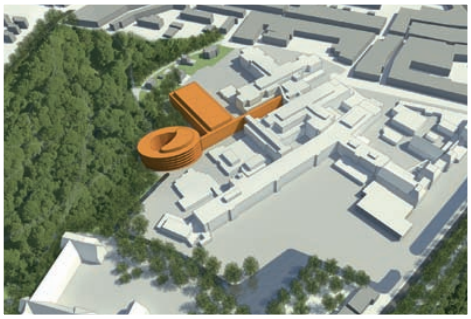
Ingrepen:

- Realisatie bouwdeel A, 19.950 m² BVO inclusief technische laag ten behoeve van OK complex

Functionaliteit:

- OK complex (inclusief IC)
- Spoedeisende hulp (inclusief Trauma Centrum)
- Radiologie
- Verloskunde (inclusief Moeder en Kind Centrum)
- Cardiologie
- Verpleegafdeling
- Technische laag ten behoeve van gebouw-installaties
- Parkeerlaag op -1

De eerste beddenreductie wordt in gang gezet. Feitelijk zou dit moeten gebeuren voor aanvang van de werkzaamheden. Daarna volgt de sloop van de bouwdelen uit 1965 tot het (huidige) Moeder en Kind Centrum, en verhuizen functies uit de Cadettenschool naar de dan leeggekomen ruimten. De GGZ wordt verplaatst, hetzij naar een externe locatie hetzij naar leeggekomen ruimten in het bestaande ziekenhuis. Aan de westzijde wordt een begin gemaakt met de aanleg van een openbaar toegankelijk land-schapspark.



Voordelen:

- het acute probleem van disfunctionerende OK's wordt opgelost in een state of the art, modern en digitaal OK complex;
- het totale ziekenhuis wordt compacter waardoor loopafstanden korter worden en beheerskosten verminderen;
- bestaande functies met hoge boekwaarden worden gehandhaafd. Afschrijvingen kunnen worden gecontinueerd;
- deze fase wordt volledig uitgevoerd bij 'going concern'. Het realiseren van bouwdeel A kan met beperking van overlast (wel geluidsoverlast);
- routing mensen en goederen blijft gehandhaafd;
- energiegebouwen blijven gehandhaafd;
- het landschapsplan wordt na sloop geheel gerealiseerd;
- organisatieontwikkeling vindt plaats op basis van de mogelijkheden om werkprocessen rondom de patiënt anders te organiseren.

Nadelen:

- het ziekenhuis is voor de ambitie in deze fase – compact topklinisch ziekenhuis – nog steeds aan de grote kant. Daardoor zijn exploitatiekosten nog steeds bovenmatig, terwijl een neerwaartse bijstelling gezien het financiële vraagstuk in de rede ligt.

Fase 2

Ingrepen:

- Realisatie bouwdeel C, 20.245 m² BVO inclusief technische laag

Functionaliteit:

- Deel 1 parkeerlaag op niveau -1
- Radiotherapie
- Hoofdingang
- Ingang Logistiek
- Poliklinieken
- Verpleegafdelingen
- Onderzoek- en behandelfuncties
- Nucleaire geneeskunde
- Kantoren en administratieve functies en technische laag ten behoeve van gebouwinstallaties

Voordelen:

- sloop bestaande bouwdelen periode 1982-1990. Dat leidt de vervolgfase van het compact maken van het ziekenhuis in;
- bouwdeel B past in de reeks van de structuuropzet van bouwdeel A;
- ook deze fase wordt volledig uitgevoerd bij 'going concern' waardoor de organisatieontwikkeling kan worden voortgezet;
- verpleegdelingen aan de noordzijde van de locatie blijven zo lang mogelijk operationeel.

Aandachtspunten:

- het ziekenhuis staat voor de essentiële keuze 'door te pakken' op het keuzetraject van een compact en efficiënt ziekenhuis. Wellicht dat de exploitatievoordelen substantieel opwegen tegen een langere afschrijvingstermijn op recent geïnvesteerd vastgoed.

Fase 3

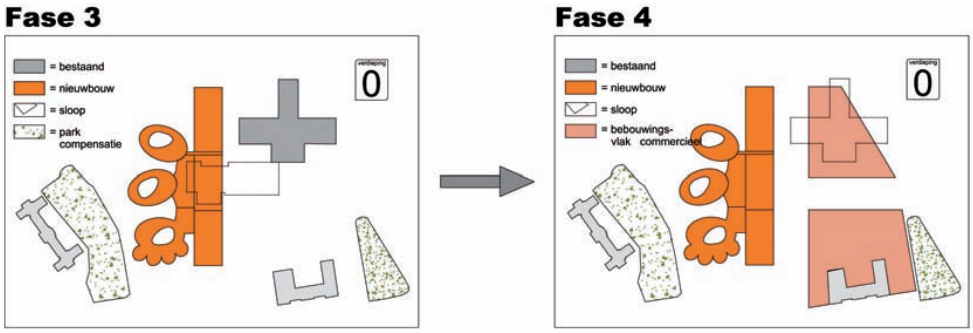
Ingrepen:
- Realisatie bouwdeel B, 21.700 m² BVO inclusief technische ruimte

Functionaliteit:
- Poliklinieken
- Verpleegafdelingen
- Dagbehandeling
- Short stay
- Kantoren en administratieve functies
- Technische laag ten behoeve van gebouw-installaties

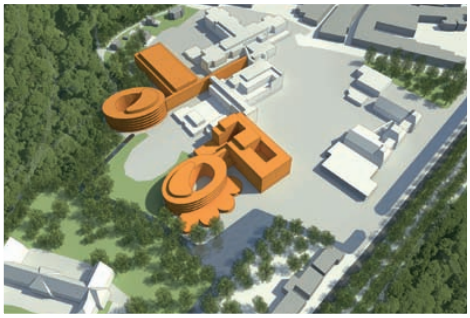
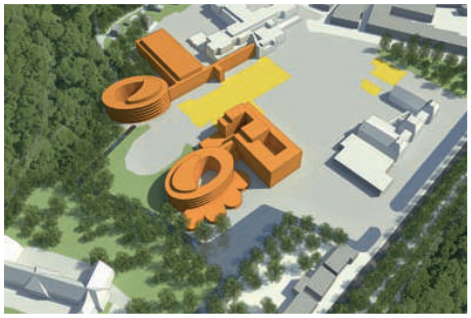
Voordelen:
- bouwdeel B vormt het 'sluitstuk' van het nieuwe ziekenhuisgebouw;
- bouwdelen A, B en C worden aan elkaar gesmeed tot een nieuw totaal;
- het nieuwe model is een compact en efficiënt ziekenhuis met korte looplijnen voor medische professionals en optimaal georganiseerde werkprocessen rondom de patiënt;
- het totaal aantal m² BVO bedraagt circa 63.767 m².

Aandachtspunten:
tijd en financiële positie van het ziekenhuis.

Fase 4



Ingrepen:
- het laatste volume van het oorspronkelijke ziekenhuis wordt gesloopt;
- deze locatie wordt in het plan gereserveerd om in de toekomst te voorzien in mogelijkheden voor uitbreiding van het nieuwe ziekenhuis (externe flexibiliteit);
- bouw volumes ten behoeve van bijvoorbeeld een zorgboulevard, wooncomplex en een state of the art opleidingsomgeving voor het MCA;
- bouw parkeergarage waarop commercieel vastgoed kan worden ontwikkeld;
- sloop oorspronkelijke energiecentrale;

Voordelen:

- waarde creatie op locatie;
- een financiële impuls voor het ziekenhuis;
- een ontwikkeling van een zorgboulevard draagt bij aan het totale service- en dienstenpakket van de zorgcampus;
- commercieel vastgoed (bijvoorbeeld woonzorgappartementen) geeft mogelijkheid tot ketenintegratie;
- de ziekenhuislocatie past qua maat en schaal bij de korrel van de woonomgeving in de periferie;
- substantiële uitbreiding van het aanwezige groen in het gebied.

Nadelen:

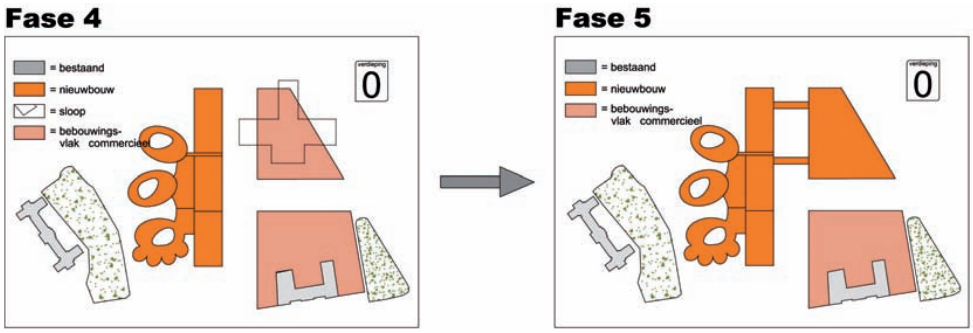
- tijd is de belangrijkste kritische factor voor deze totaalontwikkeling waarbij de voortgang in hoofdzaak wordt bepaald door de financiële positie van het ziekenhuis zelf.

Visie Ymere

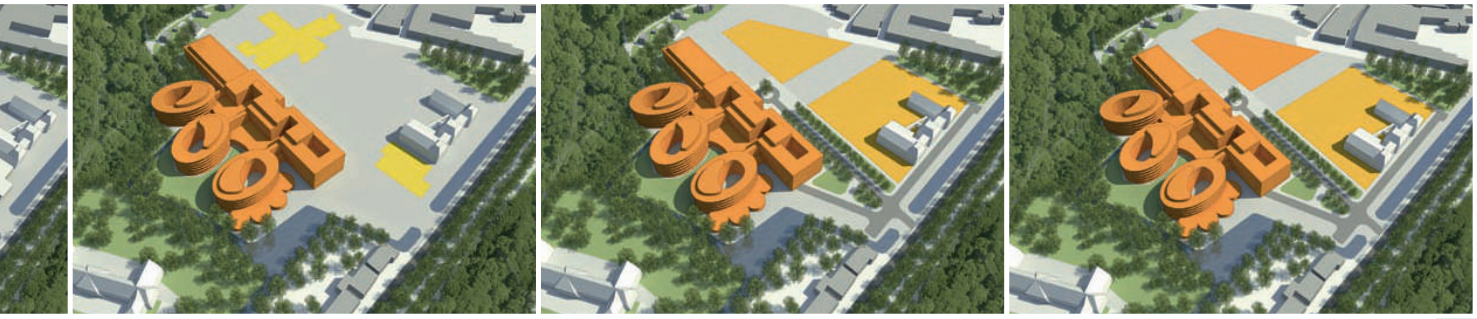
Woningbouwcorporatie Ymere is gevraagd haar visie te geven op de ontwikkelingsmogelijkheden van de Alkmaarderhout, als een deel van de locatie van het MCA beschikbaar komt. Zij geven aan dat deze plek zich kenmerkt door zijn prachtige situering met iconen als de Cadettenschool en Huize Westerlicht. Voor een goede invulling moet niet alleen worden gedacht aan de functie wonen, maar ook aan dagelijkse voorzieningen en zorgvoorzieningen, waar bijvoorbeeld de toekomstige oudere woonconsument gebruik van wil maken. Zij pleiten voor een integrale aanpak. Omdat de beide rijksmonumenten als 'aandachtstrekkers' fungeren voor het op de markt brengen van woningen en bedrijfsruimten, is het verstandig ze niet los van de rest van de locatie te ontwikkelen.

YMERE
Door wonen gedreven

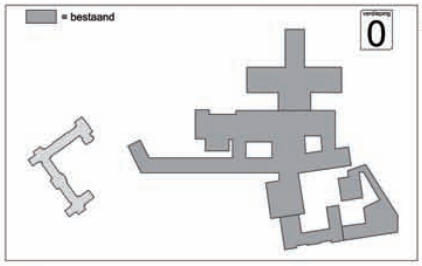
Fase 5



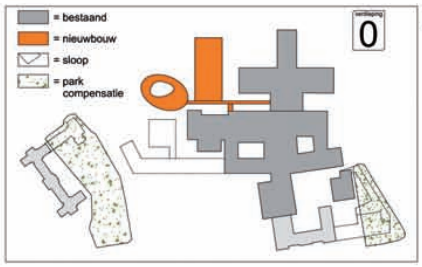
Toekomstige uitbreiding MCA met gebruik van deel zorgboulevard.



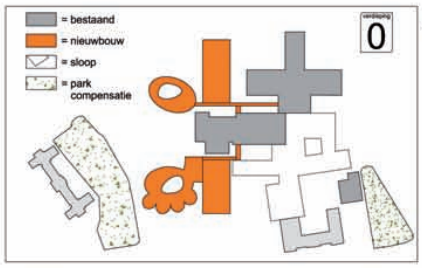
Overzicht faseringen met opties



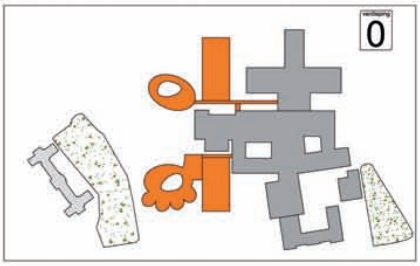
Heden



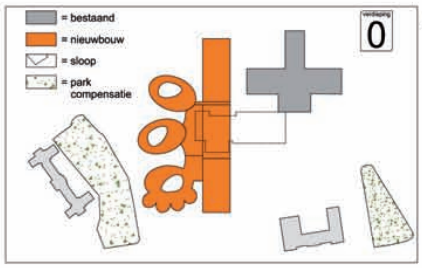
Fase 1



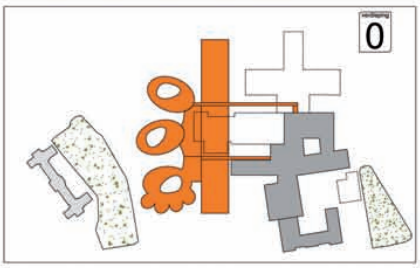
Fase 2



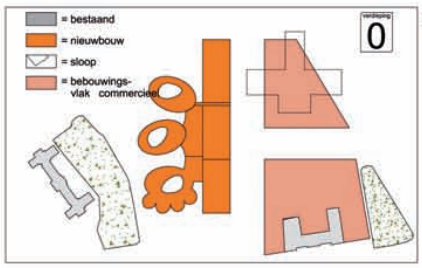
Optie Fase 2



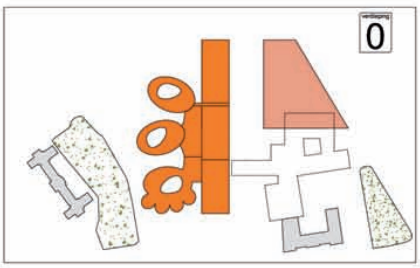
Fase 3



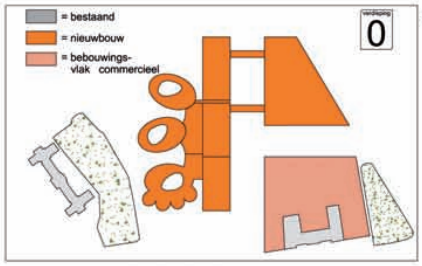
Optie Fase 3



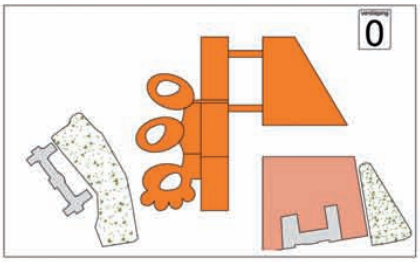
Fase 4



Optie Fase 4



Fase 5



Optie Fase 5

4. Ruimtelijke aspecten

4.1. Natuurwaarden

4.1.1. Beheerplan Alkmaarderhout 2007-2017

In 2007, het jaar dat de Alkmaarderhout 400 jaar bestond, is door de raad het Beheerplan Alkmaarderhout 2007-2017 vastgesteld. In het plan worden voorstellen gedaan voor de duurzame ontwikkeling van dit stadsparkbos met een integrale benadering van de functies groen, natuur, recreatie, cultuur en landschap.

4.1.2. Ligging van het te bebouwen deel en bebouwingspercentage

Het MCA wordt aan drie zijden omringd door de Alkmaarderhout. Onderdelen daarvan zijn onder meer de Westerhout, de Donkere Hout en de Nieuwe Hout. Het in het plan te bebouwen deel ligt in de Westerhout en meer nauwkeurig in vak 16. Het beslaat circa 3.000 m² (0,3 ha). Dat is ongeveer 3% van de Westerhout en 0,7% van de totale Alkmaarderhout, die 42 ha omvat.

De paden in de Westerhout zijn door de jaren heen geen constant gegeven gebleken. Door gebruik of wisselende inzichten zijn paden verplaatst of opgeheven. Zo is vak 16 samengevoegd met vak 14 door verwijdering van paden om de mogelijkheden voor fauna-ontwikkeling te vergroten.

Gehanteerde benamingen.

Beheervakken.

De meest omvangrijke (omvang 4-6 m) en oudste (150-250 jaar) bomen staan in de Middenhout. In het te bebouwen deel staan ongeveer 35 bomen waarvoor bij verwijdering een kapvergunning benodigd is. Het gaat daarbij om eiken, essen en beuken met een onderbegroeiing van iepen, meidoorn en vlier. De meeste bomen komen niet in aanmerking voor verplaatsing, omdat ze door hun positie in het bos alleen hoog in de kruin bebladerd zijn. Hun kwaliteit is niet geschikt voor solitaire plaatsing.

4.2. Cultuurhistorie

4.2.1. Algemeen

Het MCA Het MCA is gelegen in de Alkmaarderhout, een stadspark met een geschiedenis die teruggaat tot 1607. Daarmee is het een van de oudste stadsparken in Nederland. Steeds is het park uitgebreid, verfraaid en aangepast aan veranderende (mode)inzichten. Maar ook werd steeds gebied aan het park onttrokken voor wegen en woningbouw.

4.2.2. Aanleg, kappen en onderhoud

De eerste besluiten tot beplanting in de Alkmaarderhout stammen uit 1607 en in 1609 besluit de gemeente tot aankoop van grond. Al in 1625 is er sprake uitbreiding van het gebied naar de kant van de Westerweg, waarvoor deze deels wordt verlegd. Een parklaan bij de 'nieuwe Westerweg' noemt men Westerhout, een naam die ook nu nog gehanteerd wordt. Daardoor wordt het mogelijk een rondwandeling te maken. Ook worden in deze tijd veel particuliere tuinen aangelegd, vooral grenzend aan de binnenstad. Al in de zeventiende eeuw worden regelmatig bomen gekapt. Niet alleen voor onderhoud van het park, maar ook om het schootsveld op de stad vrij te leggen. Na zo'n oorlogssituatie wordt steeds weer nieuwe aanplant gerealiseerd.

4.2.3. Ontstaan van de huidige situatie

In de negentiende eeuw verandert er veel in de Alkmaarderhout als gevolg van de Engelse Landschapsstijl die overal in Europa navolging vindt. De grillige paden uit de rococo en de rechte paden uit de renaissance maken plaats voor natuurlijke vormen. In de Alkmaarderhout gebeurt dat onder toezicht van de Alkmaarse opzichter Johannes Roodenburg.

4.2.4. Verstedelijking en uitbreiding

Met name doordat de siertuinen met tuinhuizen en koepels ingeruild worden voor doorgaande bebouwing, verstedelijkt het westelijke deel. Aan de representatieve randen worden herenhuizen gevestigd, maar meer oostelijk komen ook kleinere huizen voor de lagere inkomens. Grote ingrepen zijn de bouw van de gevangenis Schutterswei in 1884, de rechtbank in 1892 en de Cadettenschool in 1893.

4.2.5. De komst van gebouwen voor de zorg

Op het in 1817 verkochte Voorhout verrijst een bejaardentehuis en in 1925 verhuist het Stadsziekenhuis naar de gebouwen van de inmiddels opgeheven Cadettenschool. Na de fusie met het katholieke Elisabeth ziekenhuis tot het Medisch Centrum Alkmaar in 1974 groeit het complex verder op een terrein dat grotendeels in gebruik is geweest als tuinen en weide, en worden de Kraakmantuinen in het noordoosten bij het MCA betrokken.

Ook kenmerkend voor de Alkmaarderhout is de bouw van het bejaardenhuis Huize Westerlicht aan de latere Prinses Julianalaan.

4.2.6. Cultuurhistorische betekenis van het MCA

Het grootste gedeelte van de gebouwen van het MCA is niet van cultuurhistorisch belang. De meeste zijn gerealiseerd in de periode 1970-2000 en zijn niet kenmerkend voor een bepaalde architectuur, de geschiedenis van de stad of de ontwikkeling van de zorg. Uitzonderingen zijn de Cadettenschool en Huize Westerlicht met bijbehorend park aan de voorzijde. Zij hebben de status van Rijksmonument, zodat bij wijziging advies van de Rijksdienst voor Cultureel Erfgoed moet worden gevraagd. De locatie maakt deel uit van een door het Rijk aangewezen beschermd stadsgezicht. Dit vereist om een zorgvuldige afweging bij de planvorming.

4.2.7. Aanbeveling: geen gesloten massief

In de huidige situatie is er sprake van een scherpe scheiding tussen het MCA terrein en het omliggende park. Het MCA ligt als het ware tussen

de binnenstad en de Alkmaarderhout en is met uitzondering van het deel tussen de hoofdingang en Huize Westerlicht volledig volgebouwd. Dit heeft tot gevolg dat alleen aan de randen van het complex het aangrenzende park kan worden waargenomen. Vanuit het park komt het gebouwcomplex als een gesloten massief over.

In Plan B is sprake van een permanent beslag van ongeveer 3.000 m² buiten het huidige terrein, thans in gebruik als bos. Hoewel in de Alkmaarderhout niet kan worden gesproken van een vaste, historische padenstructuur, is het wel van belang de huidige structuur zoveel mogelijk te ontzien. Hierdoor wordt het beeld van de wandelaar in de Alkmaarderhout zo weinig mogelijk verstoord.

Daarnaast bevat het plan een concentratie van gebouwen aan de oostzijde, waardoor er oostelijk op de locatie open terrein beschikbaar komt. Hierdoor ontstaan kansen om het ingenomen bos te compenseren en de relatie tussen het park en het MCA te versterken door het bos door te laten lopen op grote delen van het terrein.

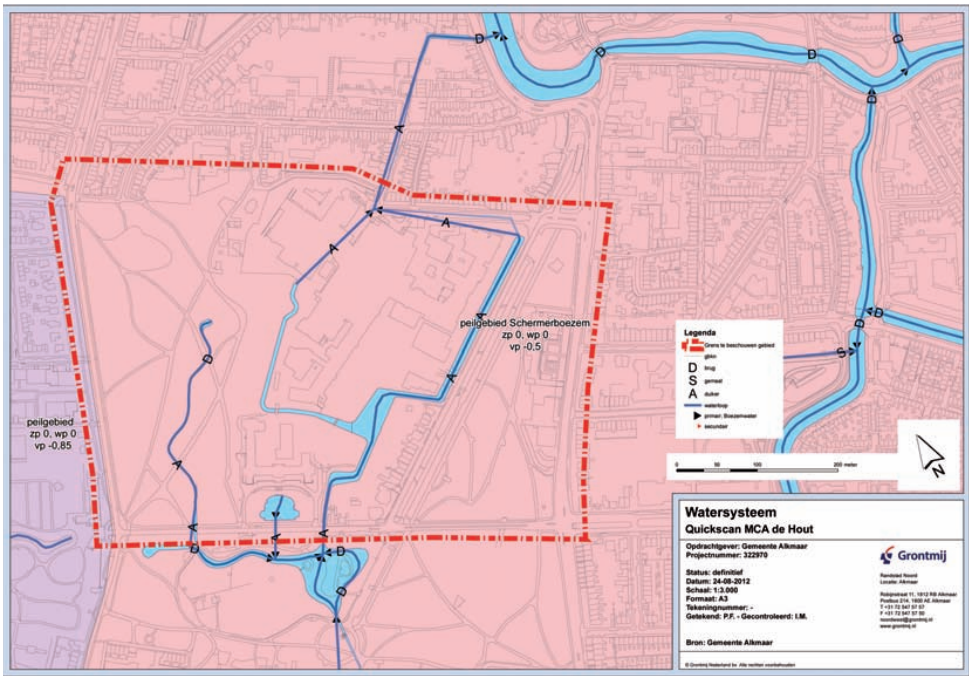
4.3. Archeologie

Het terrein waar de nieuwbouw van het MCA geprojecteerd is, loopt deels door een archeologisch verwachtingsbied met een middelmatige verwachting. Dat wil zeggen dat op het moment dat er door bouwactiviteiten niet meer dan 5.000 m² grondverstoring optreedt (dieper dan 40 cm) er geen archeologische maatregelen noodzakelijk zijn. Wat dan rest is een wettelijke meldingsplicht bij toevalsvondsten. Kortom, met een te bebouwen terrein van 3.000 m² blijft het MCA binnen deze archeologische marges.

4.4. Water en watercompensatie

Het voorliggende ontwerp van het MCA ligt over een primaire watergang. Om de doorstroming te handhaven, is het graven van watergangen om de uitbreiding heen noodzakelijk. Een optie is het omleggen van de sloot in het westelijk deel van het plangebied en deze open te verbinden met het oppervlaktewater aan de noordzijde. Dit komt ten goede aan de doorstroming, en daardoor verbetert ook de waterkwaliteit van het oppervlaktewater. Daarnaast kan de toename van het open water ingezet worden voor de watercompensatie. En onderschat niet het belang van water als element voor landschappelijke inpassing en versterking van de mogelijkheden voor flora en fauna.

In het ontwerp is een aantal nieuwe gebouwen opgenomen. Deze komen over het algemeen in



de plaats van bestaande (te slopen) bebouwing. Een deel van de nieuwbouw wordt gerealiseerd op onverhard gebied, en wel op een stuk grond van het park. Daartegenover staat dat bestaand verhard oppervlak op een paar andere locaties wordt opgeheven. Per saldo neemt het verhard oppervlak af.

In de beschouwing is het verhard oppervlak voor parkeren nog niet meegenomen. Dit is sterk afhankelijk van de gekozen parkeeroplossing. Naast het parkeren in een ondergrondse parkeergarage kan voor maaiveld parkeren worden gedacht aan half open verharding en het op kratjes aanleggen van parkeervakken. Daardoor kan een waterberging worden gerealiseerd.

Zonodig kan extra waterberging worden gecreëerd door het graven van een watergang tussen de beek in het westelijk deel van het plangebied en het oppervlaktewater op het MCA terrein. Eventueel zijn ook elders binnen het peilgebied compenserende oplossingen te vinden.

In het ontwerp wordt circa 200 m^2 gedempt ten behoeve van het noordelijke verpleeggebouw. Ook hier geldt dat er in principe gezocht moet worden naar het oplossen van de wateropgave in het eigen gebied. De verwachting is dat daar ook mogelijkheden voor zijn.

Bij het aanleggen van parkeerkelders is ook de handhaving van grondwaterstromen van belang vanwege de omliggende beplanting.

4.5. Bereikbaarheid

4.5.1. Inleiding

Naar verwachting zal het parkeren in de toekomst meer geconcentreerd worden op het terrein van het MCA zelf. Parkeren voor het personeel vindt nu onder andere plaats op het parkeerterrein tussen de Juliana van Stolbergenlaan en de Van Everdingenstraat (locatie Labotheek). Dit betreft 240 parkeerplaatsen. Uitgangspunt is dat het parkeren hier overbodig wordt, wanneer op het ziekenhuisterrein een parkeerkelder is aangelegd.

Vergeleken met de huidige situatie zal in de directe omgeving van het ziekenhuis een efficiëntere en vooral overzichtelijker verkeersafwikkeling kunnen plaatsvinden door de parkeerkelder dicht bij de hoofdingang te ontsluiten. Men krijgt dan geen onnodig verkeer op en rond het terrein.

4.5.2. Varianten ontsluitingsprincipes

Het is de wens om de verkeerstromen van personeel, logistiek en ambulance te scheiden van die van patiënten en bezoekers. De verkeersstromen zullen elkaar op drukke momenten dan niet 'frustreren'. De ambulance moet altijd vrije doorgang hebben. Er zijn twee varianten uitgewerkt.

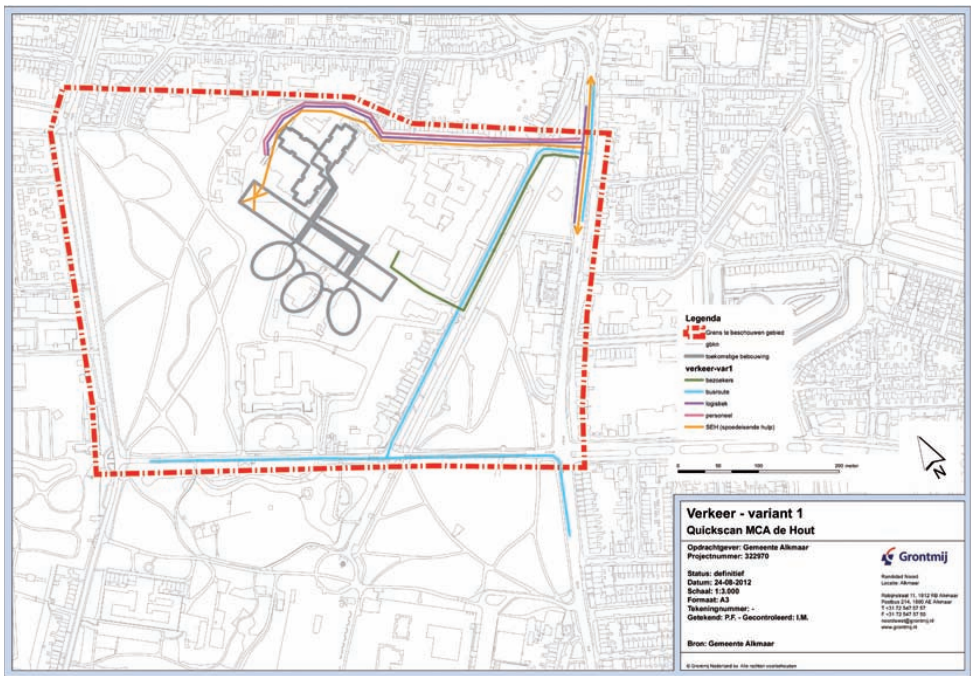
De eerste variant gaat uit van de huidige situatie. De hoofdstroom zal het ziekenhuis via het eerste deel van de Metiusgracht benaderen en verlaten. In deze variant ontstaat er extra druk op het kruispunt Metiusgracht-Kennemerstraatweg, aangezien dit de hoofdtoegang blijft en het extra verkeer (autonome groei en parkeren van elders) deze route zal gebruiken.

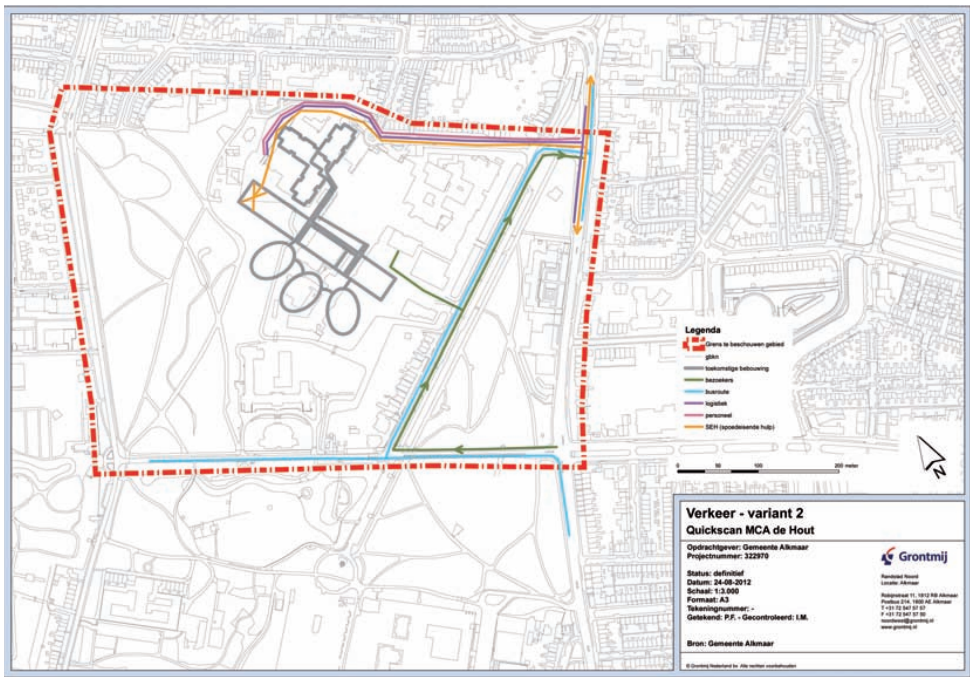
De tweede variant gaat uit van eenrichtingsverkeer op de Wilhelminalaan. Bezoekers komen binnen via de Julianalaan-Wilhelminalaan en verlaten het ziekenhuisterrein via de Wilhelminalaan-Metiusgracht. De spoedeisende hulp, logistiek en personeel rijden altijd via de Metiusgracht en vermijden de Wilhelminalaan. Door het eenrichtingsverkeer ontstaat automatisch een betere scheiding van verkeersstromen. De verwachting is dat daardoor de verkeersafwikkeling op de kruispunten soepeler wordt.

In het ontsluitingsprincipe van variant 2 worden de verkeersstromen het meest gescheiden, aangezien bezoekers via de Julianalaan binnenkomen en andere verkeerstromen via de Metiusgracht. In beide varianten loopt de routing voor bezoekers en patiënten langs de hoofdingang naar de parkeergarage.

4.5.3. Verwachte verkeersintensiteiten

In berekeningen is nagegaan hoe de varianten de verkeerintensiteit rond het MCA beïnvloeden. Daaruit blijkt dat in beide varianten de druk op de kruispunten toeneemt en dat die grotendeels kan worden opgevangen door aanvullende maatregelen zoals een gewijzigde kruispuntindeling.





Twee ontsluitingsprincipes.

Bij de bepaling van het functioneren van een kruising met VRI wordt vooral gekeken naar de verwachte cyclustijd. De cyclustijd mag voor een T-kruising maximaal 90 seconden bedragen en voor een volledig kruispunt maximaal 120 seconden.

Uit een globale toetsing van de verkeerstromen komt naar voren dat de uitkomst voor de kruising Kennemerstraatweg-Metiusgracht voor de autonome situatie en voor beide varianten gelijk uitkomt. De cyclustijd blijft net onder de grenswaarde van 90 seconden.

Tegelijkertijd blijkt dat de cyclustijd van de kruising Kennemerstraatweg-Julianalaan-Juliana van Stolberglaan te hoog is, zowel in de autonome situatie als in beide varianten. Variant 2 komt nog als beste naar voren. De cyclustijd is te hoog voor het drukste uur, in de andere uren zal het rustiger zijn. Het grootste deel van de dag zal de cyclustijd naar verwachting voldoende zijn.

4.5.4. Spoedeisende hulp

De spoedeisende hulp (SEH) is in het nieuwe ontwerp gesitueerd aan de westelijke kopse kant van de nieuwbouw. Vanaf de ingebruikname bereikt bestemmingsverkeer de SEH via de huidige ingang aan de Metiusgracht. Gedurende de bouw- en sloopactiviteiten blijft deze route te allen tijden gehandhaafd. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door het bouwverkeer vanuit het zuiden plaats te laten vinden, langs de route Julianalaan/Westerlicht. De route SEH wordt ook gebruikt door de ambulances.

4.5.5. Helikopter

Op verzoek van het MCA is onderzocht of een landingsplaats voor een helikopter kan worden verwezenlijkt. De meest aangewezen plek is op het dak van het hoofdgebouw. Dit vraagt echter om een aanzienlijke investering in veiligheidsvoorzieningen. En nader onderzoek naar de vergunningsmogelijkheden in het luchtruim is noodzakelijk.

4.5.6. Conclusie

Op de Kennemerstraatweg is voldoende ruimte beschikbaar om het verkeer op te stellen richting het ziekenhuis (in beide varianten). Knelpunten kunnen optreden op de Metiusgracht en de Julianalaan tussen 15.00 en 16.00 uur. Daarvoor moeten aanvullende berekeningen worden gemaakt. Buiten deze drukke periode zijn geen problemen te verwachten. In het ontsluitingsprincipe van variant 2 worden de verkeersstromen het meest gescheiden, aangezien bezoekers via de Julianalaan binnenkomen en andere verkeerstromen via de Metiusgracht. Daardoor wordt de druk op het kruispunt Julianalaan-Kennemerstraatweg-Juliana van Stolberglaan verlicht. De SEH blijft in alle fasen bereikbaar.

4.6. Parkeren

4.6.1. Algemeen

Het onderwerp parkeren is bij de bouw en uitbreiding van ziekenhuizen een cruciaal onderwerp. Er is sprake van een grote stroom bezoekers voor de poliklinieken en voor de bezoekuren, die in de regel per auto komen. Daarnaast

is een belangrijk deel van de medewerkers afhankelijk van de auto vanwege werktijden die niet stroken met de dienstregeling van het openbaar vervoer.
Dit onderwerp is ook bij het MCA van groot belang. In de huidige situatie is het niet mogelijk om op eigen terrein de benodigde parkeerplaatsen te realiseren. Om dit op te lossen maakt men gebruik van het aanbod op de openbare weg, een parkeergarage, voorzieningen bij de Labotheek en dergelijke.
Voor bezoekers geeft deze versnippering behoorlijke problemen, omdat men naar verschillende terreinen rijdt om een parkeerplaats te zoeken. Dit leidt tot extra (zoek)verkeer in de buurt. In patiëntenonderzoeken scoort het MCA op het onderdeel parkeren laag. De versnippering van het parkeeraanbod leidt niet tot problemen voor het personeel, dat doelgericht op aangewezen plaatsen kan parkeren.

4.6.2. Parkeerbehoefte

De behoefte aan parkeerplaatsen is het grootst in de ochtend en in de middag tot 16.00 uur voor bezoekers, patiënten en medewerkers. Het MCA zelf geeft aan – uitgaande van de huidige ziekenhuisfuncties – een structurele behoefte te hebben aan circa 1.200 parkeerplaatsen op de drukste uren. Dit getal is iets hoger dan het huidige beschikbare aantal plaatsen en ook hoger dan de studie van DHV van 2009 uitwijst. Dit wordt mede veroorzaakt door de autonome ontwikkeling van het aantal verrichtingen in de periode 2009-2011.

4.6.3. Huidige mogelijkheden

In de Parkeerstudie MCA van DHV van 2009 wordt het volgende parkeeraanbod weergegeven:

Omschrijving	Capaciteit	Bezoekers en patiënten	Medewerkers
Eigendom MCA			
Parkeergarage MCA	170	170	-
Parkeerterrein hoofdingang	58	58	-
Parkeerterrein revalidatie	34	34	-
Parkeerterrein ingang Metiusgracht	224	224	-
De Kleine Hout P8	178	Voor bezoekers, patiënten en na 14.00 uur medewerkers	
Labotheek	240	-	240
Totaal	**904**	**486 + deel 178**	**240 + deel 178**

Openbare parkeerplaatsen rond MCA	
Wilhelminalaan/Harddraverslaan	90
Verlengde Wilhelminalaan	50
Totaal	**140**

Openbare parkeerplaatsen op afstand	
Voormalig AZ-terrein	216
Singelgarage	400
Totaal	**616**

Deze tabel geeft de huidige versnipperde parkeermogelijkheden weer. De 1.200 parkeerplaatsen waaraan structureel behoefte is, zijn nu over deze capaciteit verdeeld. Uiteraard maken ook automobilisten die geen relatie hebben met het ziekenhuis gebruik van de faciliteiten.

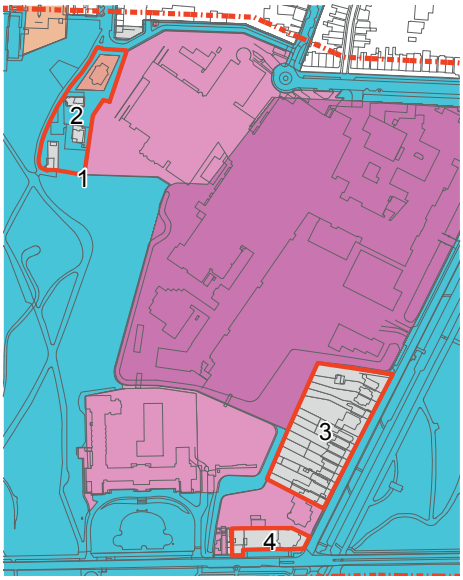
4.6.4. Parkeermogelijkheden

Het MCA heeft aangegeven binnen Plan B een voorkeur te hebben voor het zoveel mogelijk oplossen van de parkeerproblematiek binnen de eigen grenzen. Dit biedt mogelijkheden om het terrein Labotheek in te zetten voor andere ontwikkelingen.

Parkeergarages onder de nieuwbouw zijn het meest voor de hand liggend. Maar omdat tijdens de diverse bouwfasen slechts delen van die nieuwbouw beschikbaar zijn, moeten tijdelijke oplossingen uitkomst bieden. Hiervoor zijn twee varianten uitgewerkt, die uiteindelijk leiden tot respectievelijk 940 en 1.080 parkeerplaatsen.

In beide varianten is het mogelijk de capaciteit van het op maaiveld aan te leggen terrein aan de westzijde te verhogen door een dek toe te voegen. Dit levert per dek 100 plaatsen extra op, dus bij vier lagen 300 plaatsen meer. Door dit goed uit te voeren en door de mobiele parkeervoorziening kan het aantal parkeerplaatsen dus met 300 worden verhoogd. Dit wordt bijvoorbeeld in fase 1.3. voor variant 1 een aantal van 1.210 en voor variant 2 1.350 plaatsen.

In de eerste variant wordt op één laag geparkeerd onder de nieuwbouw. Omdat hierdoor onvoldoende parkeercapaciteit beschikbaar komt, is in de eindfase een parkeergebouw van vier lagen met 400 plaatsen noodzakelijk, waardoor het totaalaantal op 940 uitkomt. In deze variant wordt het terrein Labotheek na Fase 2 afgestoten. Het aantal plaatsen per fase is aangegeven in de onderstaande tabel.
In de tweede variant wordt op twee lagen geparkeerd onder de nieuwbouw. Dit geeft in totaal 1.080 plaatsen, hetgeen vrijwel overeenkomst met het benodigde aantal plaatsen. In deze variant wordt het terrein Labotheek na Fase 1 afgestoten. Ook van deze variant is het aantal plaatsen aangegeven in de onderstaande tabel.



Kadastrale situatie.

4.6.5. Dynamische parkeeraanwijzing

De eerste variant is uitgewerkt op faseringstekeningen (zie bijlage 1). Pas in Fase 4 zijn de ondergrondse parkeerfaciliteiten geconcentreerd bij de hoofdingang. Tot die tijd moet worden gebruikgemaakt van meer mogelijkheden op het eigen terrein. Voor die fasen is een dynamische parkeeraanwijzing van belang, waarbij voor aankomende auto's in één keer zichtbaar is wel-

Aantal parkeerplaatsen per variant per fase

Variant/fase	1.1	1.2	1.3	2.4	2/3.5	3.6	3.7	4/5.8
1	842	888	910	1.010	970	1.170	940	940
2	842	888	1.050	810	1.210	1.110	1.080	1.080

ke parkeermogelijkheden beschikbaar zijn. Dit voorkomt zoeken en derhalve onnodig verkeer. Ook kan op dit dynamische systeem worden aangeven wat de kosten zijn van de verschillende opties. Met eventueel een prijsverhoging naarmate de parkeerplaats zich dichter bij de ingang bevindt. Uiteraard wordt achteraf voor het parkeren betaald, omdat parkeermeters zich niet verstaan met dit type parkeren.

Voor het parkeren buiten het MCA terrein moet (naast de Wilhelminalaan en de Harddraverslaan) worden gedacht aan de Singelgarage (meer beschikbaar na het gereedkomen van de garage Schelphoek), het voormalige AZ-terrein en het terrein achter de gevangenis. Een shuttle op de drukste uren verbindt deze terreinen met de hoofdingang. Ook is tegen extra vergoeding valet parking mogelijk. Indien de capaciteit ondanks deze maatregelen ontoereikend blijkt, komen tijdelijke mobiele parkeergarages op het eigen terrein of achter de gevangenis in beeld.

4.6.6. Gezamenlijke exploitatie

Zoals aangegeven in 2.4.7. is de gemeente bereid te participeren in het parkeren gedurende de fasen, bijvoorbeeld met een mobiele parkeergarage, bij de definitieve ondergrondse garages en bij de dynamische parkeeraanwijzing met shuttle en valet parking. Ook in een joint venture met het MCA.

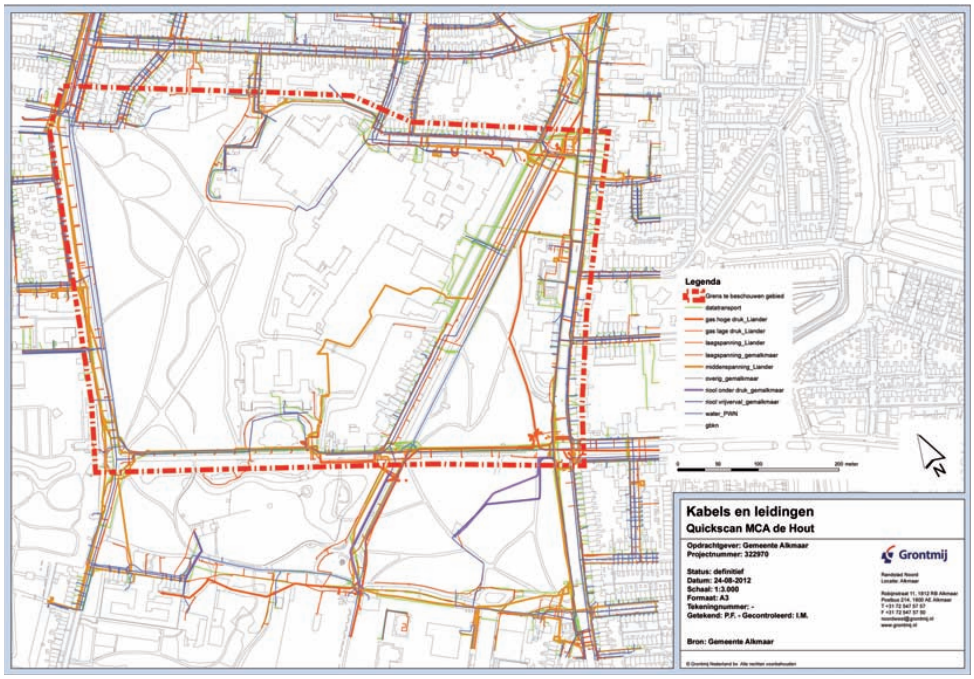
4.7. Kadastrale situatie en kabels en leidingen

4.7.1. Kadastrale situatie

Het overgrote deel van het gebied is in eigendom van de Stichting Medisch Centrum Alkmaar, met uitzondering van het meest linkse deel van het ontwerp voor Plan B, dat gedeeltelijk het park insteekt. Dit perceel is eigendom van gemeente Alkmaar (nummer 1, zie tekening links).

Daarnaast heeft deze vleugel invloed op drie percelen aan de Akerslaan. De bebouwing komt in Plan B meer in de richting van hun tuinen. Daar moet bij het ontwerp rekening mee worden gehouden (nummer 2, zie tekening links).

Ook liggen er particuliere percelen langs de Wilhelminalaan op de hoek Wilhelminalaan/ Julianalaan. Zij bevinden zich op enige afstand van het ziekenhuisterrein en van de gebouwen, zoals die nu in het planontwerp zijn opgenomen. De situatie voor deze percelen zal bij uitvoering



Resultaten van de KLIC-melding in het plangebied.

van Plan B verbeteren. Door een aantrekkelijke inrichting van het buitenterrein van het ziekenhuis kan de parkachtige woonomgeving worden versterkt (nummers 3 en 4, zie tekening links).

4.7.2. Kabels en leidingen

Er is een KLIC-melding uitgevoerd voor de locatie om zicht te krijgen op de kabels en leidingen die in het gebied liggen. Onderstaand een kaart met de resultaten van deze melding. Een KLIC-melding geeft alleen een beeld van kabels en leidingen in de ondergrond van de openbare ruimte. Hier valt het terrein van het MCA niet onder. In een eventueel later stadium dienen deze nader in beeld te worden gebracht. Desalniettemin laat de KLIC-melding toch een aantal kabel- en leidingtracés zien op het terrein die conflicteren met de footprint van het nieuw te bouwen ziekenhuis:

- aan de oostzijde door de geplande bebouwing loopt een middenspanningstracé van Liander, die waarschijnlijk dient als voedingstracé van het bestaande ziekenhuis; aan de westzijde bevindt zich een ondergrondse duiker zoals beschreven in paragraaf 3.1. Het verwijderen van de waterverbinding kan worden gecompenseerd door het graven van een nieuwe watergang (zie 4.4);
- behalve de ondergrondse duiker bevinden zich op het terrein geen kabel- en leidingtracés die een ander belang dienen dan het ziekenhuis. Het verleggen van de nutsvoorzieningen dient integraal deel uit te maken van de bouw van het ziekenhuis, waarbij graag en locatie van voedingspunten bepalend zullen zijn.

4.8. Planologie en vergunningen

Het ontwerp van Plan B is niet te realiseren binnen het huidige bestemmingsplan en ook niet binnen het herziene plan dat in 2013 wordt vastgesteld. Dat vraagt om een wijziging van het bestemmingsplan en verplicht tot onderzoek naar diverse milieu- en omgevingsfactoren, waaronder een watertoets, natuurtoets, bodemonderzoek, archeologisch onderzoek, akoestisch onderzoek en onderzoek van de luchtkwaliteit. Ook moet aandacht worden besteed aan de externe veiligheid, milieuzonering, verkeer en parkeren.

Er is een eerste inventarisatie gemaakt welke vergunningen nodig zijn. Een watervergunning en een omgevingsvergunning gelden in ieder geval voor de volgende onderdelen:

- slopen van huidige bebouwing;
- kappen van bomen;
- bouwen;
- milieu;
- ingebruikname;
- mogelijk ook invloed op ecologische waarden.

De omgevingsvergunning is voor verschillende activiteiten (bijvoorbeeld sloop of kap) al in het beginstadium van het proces vereist en voor andere activiteiten pas aan het eind (ten behoeve van de bouw of ingebruikname). Omdat in de beginfase de informatie voor de omgevingsvergunning voor alle activiteiten nog niet voorhanden zal zijn, bestaat de mogelijkheid om de aanvraag op te knippen.
Op grond van de Crisis- en herstelwet geldt dat een ziekenhuis valt onder ‘een project van maatschappelijk betekenis’ waarbij een versnelde uitvoering van bouwprojecten van toepassing is.

De reguliere procedure voor een omgevingsvergunning bedraagt acht weken, de uitgebreide procedure 26 weken (uniforme voorbereidingsprocedure). De uitgebreide procedure voor verlening van de milieuvergunning is in ieder geval benodigd voor de activiteiten milieu en ingebruikname.

4.9. Planning

4.9.1. Fasering bouw ziekenhuis

In bijlage 1 is een globale fasering van de realisatie van het nieuwe ziekenhuis weergegeven. Grofweg betreft het een nieuwbouw in drie fasen, waarbij vleksgewijs bestaande gebouwen worden gesloopt, zodra de boekwaarde dit toelaat. Gedacht kan hierbij worden aan de uitbreiding van 1997 (aan de zijde Metiusgracht) en delen waarin recent grootschalige investeringen hebben plaatsgevonden, zoals de bestaande afdelingen radiologie en nucleaire geneeskunde.

Gedurende de gefaseerde bouw- en sloopwerkzaamheden is het waarborgen van de interne bereikbaarheid essentieel. Voor bezoekers zijn voldoende parkeervoorzieningen en een logische routing onmisbaar.

Voorafgaand aan de bouw van het eerste gebouw dient er in de Alkmaarderhout te worden gekapt en (kleinschalig) gesloopt te worden.

Crisis- en herstelwet
In het vaststellingsbesluit van het bestemmingsplan en in de besluiten bij het verlenen van de vergunning, dient te worden aangegeven dat de Crisis- en herstelwet van toepassing wordt verklaard.

De wet heeft met name voordelen in een eventuele beroepsprocedure, zoals hieronder aangegeven:

- de introductie van het 'relativiteitsvereiste': een besluit wordt door een administratieve rechter niet vernietigd wegens strijdigheid met een (on-)geschreven rechtsregel of rechtsbeginsel wanneer deze regel of dit beginsel kennelijk niet strekt tot bescherming van de belangen van degene die zich erop beroept;
- de versnelde behandeling van het beroep: de behandelingstermijn bedraagt zes maanden, te rekenen na afloop van de beroepstermijn;
- de afschaffing van de mogelijkheid om 'pro forma' beroep in te stellen en de mogelijkheid om na afloop van de beroepstermijn (aanvullende) beroepsgronden aan te voeren;
- de mogelijkheid om gebreken (ook materiële) in besluitvorming te passeren, wanneer (derde) belanghebbenden hierdoor niet worden geschaad.

De Crisis- en herstelwet biedt de mogelijkheid om voor het afwijken van het vigerend bestemmingsplan en benodigde vergunningen één projectuitvoeringsbesluit te nemen. In de planning is hier niet voor gekozen vanwege de volgende redenen:

- door vroegtijdig te starten met het opstellen van een nieuw (postzegel)bestemmingsplan kan winst worden geboekt in de planning. Door het bestemmingsplan op onderdelen globaal te laten, biedt deze een kader voor het stedenbouwkundig ontwerp. Dit is in afwijking van het projectuitvoeringsbesluit, waarbij een uitgewerkt bouwplan specifiek mogelijk wordt gemaakt;
- voor het slopen van het gebouw volstaat een reguliere procedure. Gezien de planning heeft het de voorkeur om deze vergunning afzonderlijk aan te vragen. Wel is het van belang om, gezien de status van Rijksmonument, in een vroeg stadium advies te vragen aan de Rijksdienst voor het Cultureel Erfgoed;
- vanwege de tijd die nodig is om tot een voldoende uitgewerkt stedenbouwkundig ontwerp te komen, kan pas op een laat moment aan de indieningsvereisten voor de bouwaanvraag worden voldaan. Het heeft daarom de voorkeur om de vergunning voor de overige activiteiten los te koppelen van de vergunning voor het bouwen.

Op basis hiervan is het voorstel om niet te kiezen voor een projectuitvoeringsbesluit, maar een knip te leggen tussen bestemmingsplan, omgevingsvergunning voor bouwen en omgevingsvergunning voor overige activiteiten (als sloop, kap en eventueel handelen in strijd met de Flora en faunawet). Op grond van de Waterwet wordt, voor de activiteiten die betrekking hebben op water, een watervergunning bij het hoogheemraadschap aangevraagd, op het moment dat het ontwerp voldoende is uitgewerkt.

Onderzoek flora en fauna
Deskundigen zeggen dat met betrekking tot ecologie aanvullend onderzoek nodig zal zijn naar de effecten van de voorgenomen ontwikkeling op beschermde vleermuissoorten. In de planning is rekening gehouden met een periodieke vleermuisinventarisatie alsmede met een ontheffing in het kader van de Flora en faunawet

5. Samengevat

Het is reëel mogelijk om in een aantal fasen in de Alkmaarderhout een nieuw, compact, efficiënt en toekomstgericht topklinisch ziekenhuis te bouwen. Dit 'parkziekenhuis MCA' kan in alle fasen steeds de door het MCA gewenste functie vervullen in de regionale gezondheidszorg. Tevens gaat het om een in alle fasen financieel haalbare en veilige ontwikkeling die de rentabiliteit en de continuïteit van het MCA ondersteunt. Door de compacte bouw ontstaat op de locatie in de Alkmaarderhout vanaf de eerste fase ruimte voor meer groen.

De besluitvorming over de nieuwbouw van het MCA in maart 2011 bepaalt tot vandaag de dag de prioriteit die het MCA geeft aan planontwikkeling voor vestiging van het RTIC op bedrijventerrein Westpoort te Heerhugowaard.

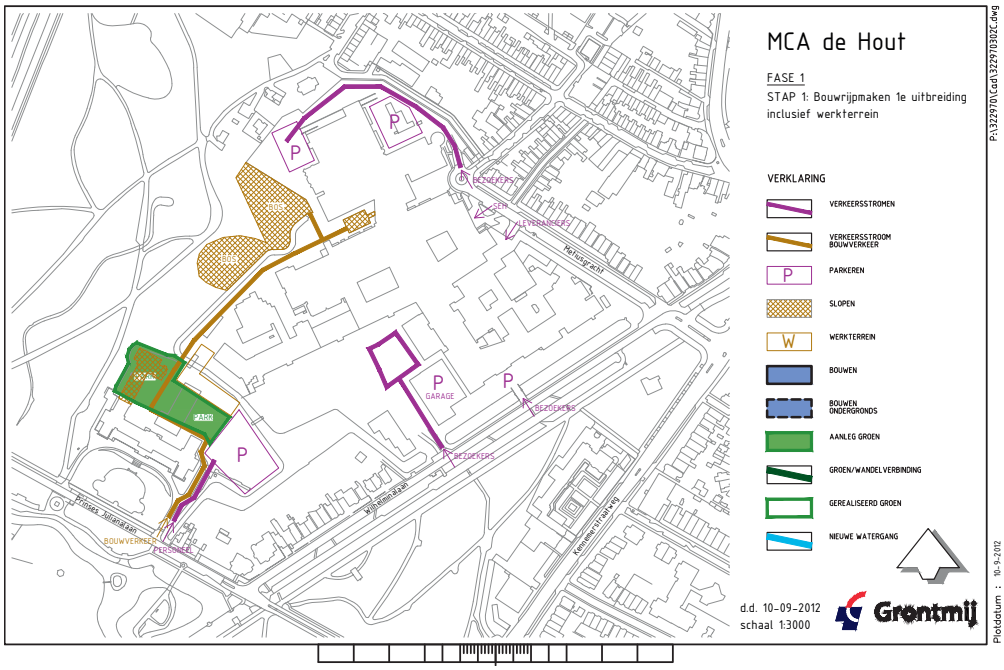
Sindsdien zijn tal van aannames en omstandigheden gewijzigd, waardoor Plan B als een aantrekkelijke optie zou kunnen worden beschouwd.

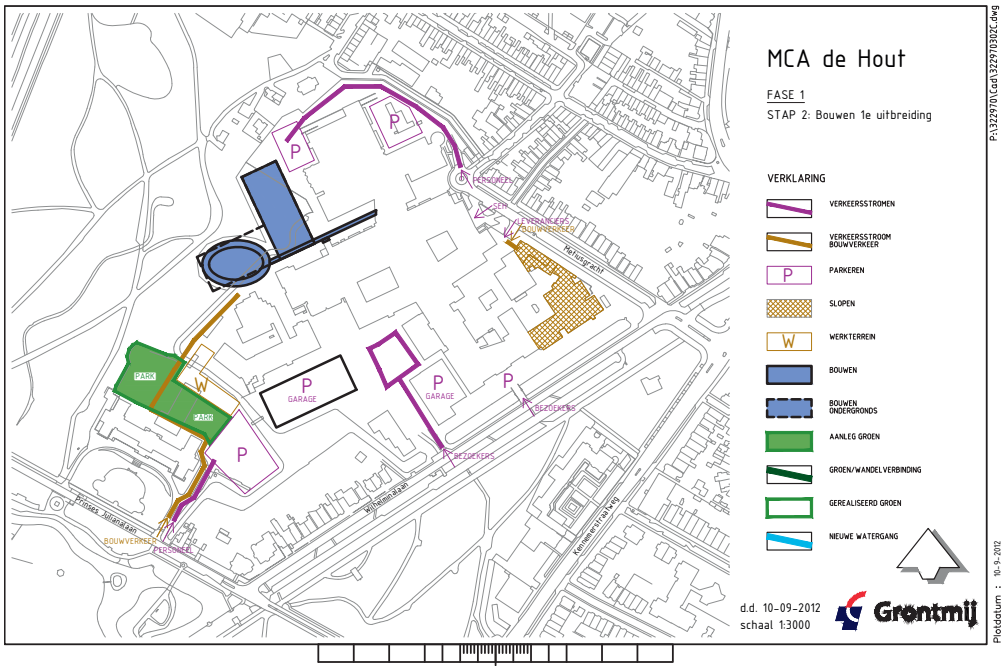
- zorg voor een 'win-win-win situatie', dus betere omstandigheden voor het MCA, betere omstandigheden voor de omwonenden en een grotere Alkmaarderhout;
- zorg dat de operatiekamers in de nieuwbouw tijdig operationeel zijn. De rest van het ziekenhuis zal fasegewijs tot stand komen. Na de nieuwbouw kan de bestaande bebouwing fasegewijs gesloopt worden, waarbij steeds rekening wordt gehouden met de afschrijvingstermijnen en de bedrijfsvoering van het MCA;
- integreer een deel van de huidige bebouwing in de nieuwbouw. Het gebouw uit 1997 functioneert goed en kan op eenvoudige wijze verbonden worden met het nieuwe gebouw. Daarnaast ligt het voor de hand gezien de recente investeringen om de bestaande afdelingen radiotherapie en nucleaire geneeskunde te verwerken in de plannen. In de bouwplanning moet dit worden ingepast;
- garandeer dat gedurende de bouw voldoende parkeerplaatsen beschikbaar en bereikbaar zijn. Tijdens de eerste bouwfase kan nog gebruikgemaakt worden van de bestaande parkeergelegenheid bij de Labotheek, de parkeergarage onder gebouw A en de al in de eerste fase te realiseren parkeergarage onder gebouw C;
- beperk zoveel mogelijk de overlast voor patiënten, bezoekers en omwonenden tijdens bouw en sloop;
- draag bij aan een goed te exploiteren en compact ziekenhuis.

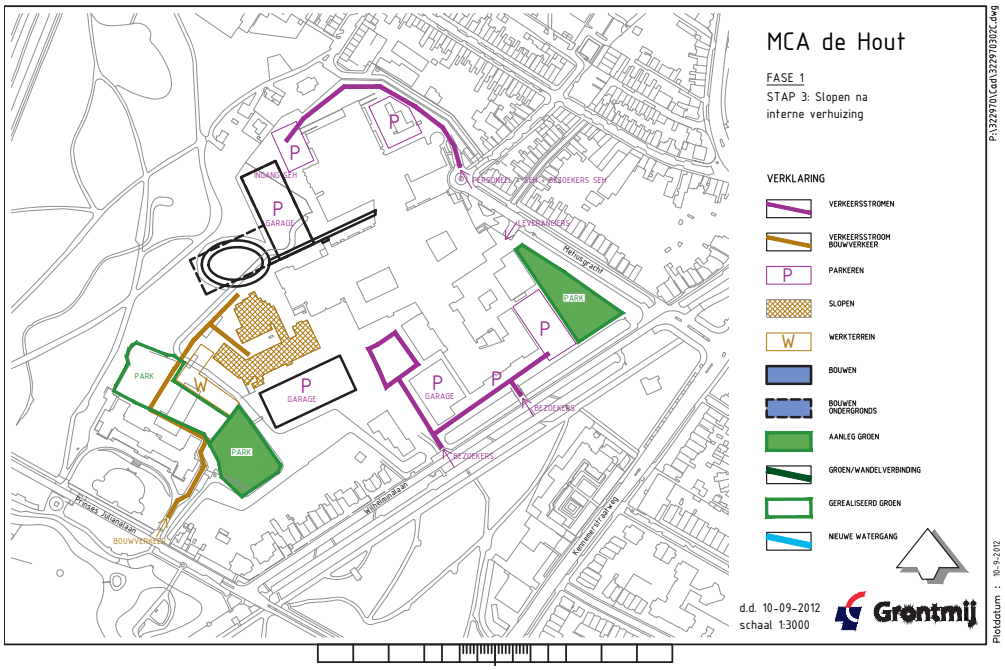
Literatuur

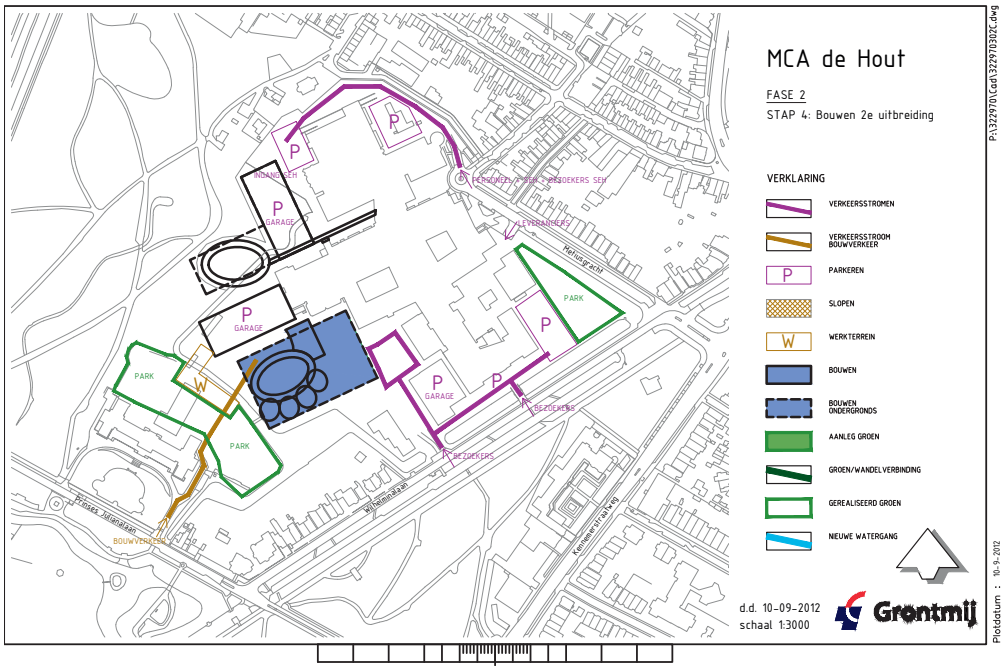
- Annelies Veronica Janssen (2007). **De Alkmaarder Hout, vier eeuwen met liefde in de Alkmaarder Hout.**
- Kees Komen en Joop Mutters (1998). **Van Kennemerhout tot Cultuurpark.**
- Harry de Raad (2012). **Concept-tekst Alkmaarderhout.**
- CBO (2011). **Ziekenhuizen die keuzes durven te maken.**
- College bouw zorginstellingen (2007). **Monitoring gebouwkwaliteit algemene ziekenhuizen.**
- KPMG (2011). **Effecten afschaffen bouwregime voor zorgaanbieders.**
- Nota, M.E.D.A., Van Straten, (2011). **De ziekenhuiszorgmarkt: perspectief op marktaandeel en rendement.**
- Rabobank (2010). **Financiering van zorginstellingen: van een vragersmarkt naar een aanbiedersmarkt.** NEVI jaarcongres Sectie Zorg.
- Rabobank (2011). **Van een vragersmarkt naar een aanbiedersmarkt: het perspectief van banken.**
- Stichting Medisch Centrum Alkmaar (2012). **Jaardocument 2011.**

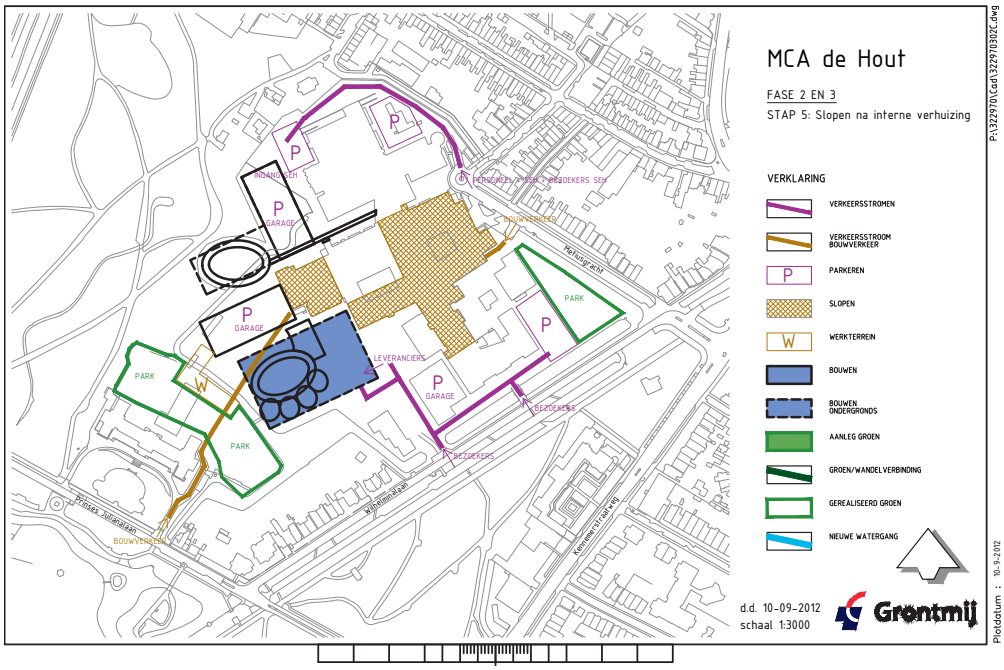
Bijlage 1: faseringstekeningen

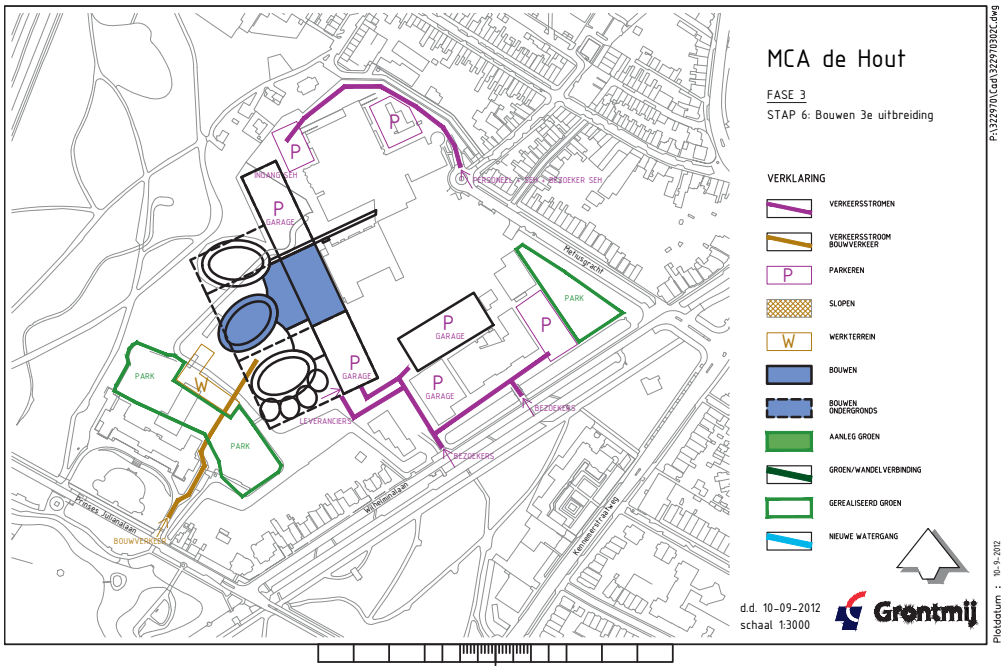


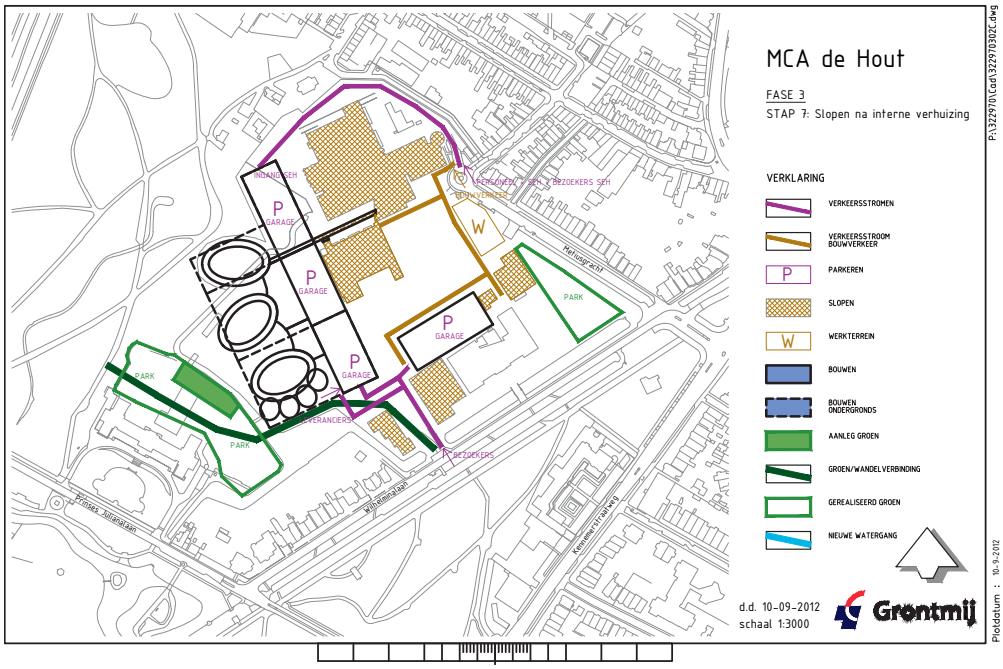


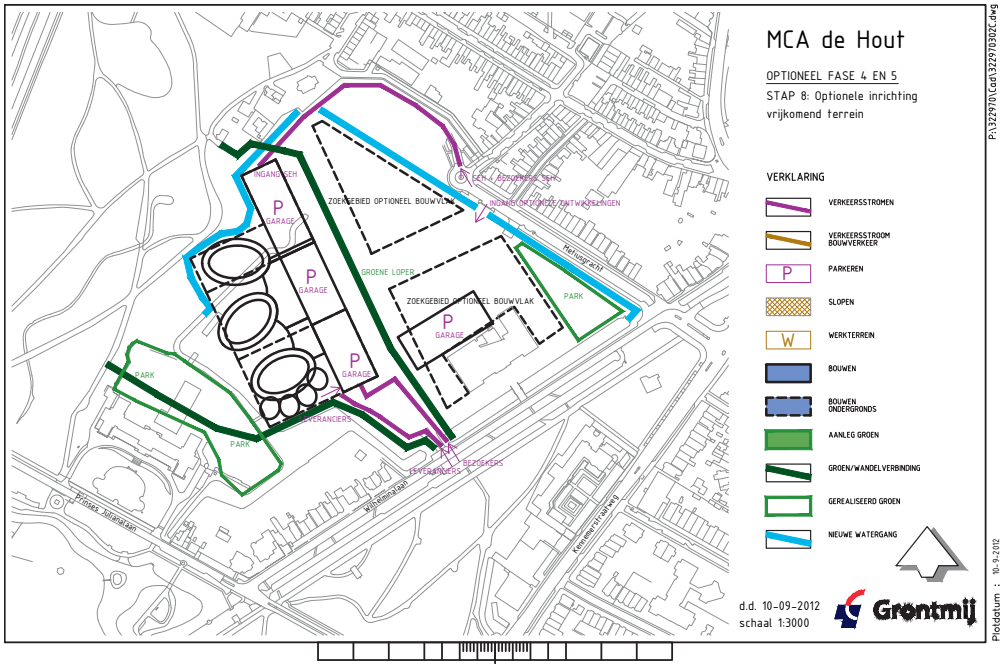

MCA de Hout
FASE 1
STAP 3: Slopen na
interne verhuizing
VERKLARING
VERKEERSSTROMEN
VERKEERSSTROOM BOUWVERKEER
PARKEREN
SLOPEN
WERKTERREIN
BOUWEN
BOUWEN ONDERGRONDS
AANLEG GROEN
GROEN/WANDELVERBINDING
GEREALISEERD GROEN
NIEUWE WATERGANG
d.d. 10-09-2012
schaal 1:3000
Grontmij
P:\322970\Cad\322970302C.dwg
Plotdatum : 10-9-2012
INDANGSCH
KENNEMERSTRAAT SEH
BEZOEKERS SEH
LEVERANCIERS
Heiligegracht
GARAGE
PARK
BEZOEKERS
Prinses Julianaplein
Wilhelminaplein
Kennemerstraatweg
BOUWVERKEER


MCA de Hout
FASE 2
STAP 4: Bouwen 2e uitbreiding
VERKLARING
VERKEERSSTROMEN
VERKEERSSTROOM BOUWVERKEER
PARKEREN
SLOPEN
WERKTERREIN
BOUWEN
BOUWEN ONDERGRONDS
AANLEG GROEN
GROEN/WANDELVERBINDING
GEREALISEERD GROEN
NIEUWE WATERGANG
d.d. 10-09-2012
schaal 1:3000
Grontmij
P:\322970\Cad\322970302C.dwg
Plotdatum : 10-9-2012
INDANGSCH
KENNEMERSTRAAT SEH
BEZOEKERS SEH
LEVERANCIERS
Heiligegracht
GARAGE
PARK
BEZOEKERS
Prinses Julianaplein
Wilhelminaplein
Kennemerstraatweg
BOUWVERKEER


MCA de Hout
FASE 2 EN 3
STAP 5: Slopen na interne verhuizing
VERKLARING
VERKEERSSTROMEN
VERKEERSSTROOM BOUWVERKEER
PARKEREN
SLOPEN
WERKTERREIN
BOUWEN
BOUWEN ONDERGRONDS
AANLEG GROEN
GROEN/WANDELVERBINDING
GEREALISEERD GROEN
NIEUWE WATERGANG
d.d. 10-09-2012
schaal 1:3000
Grontmij
P:\322970\Cad\322970302C.dwg
Plotdatum : 10-9-2012
P
GARAGE
PARK
W
LEVERANCIERS
BEZOEKERS
BOUWVERKEER
Wilhelminalaan
Kennemerstraatweg


MCA de Hout
FASE 3
STAP 6: Bouwen 3e uitbreiding
VERKLARING
VERKEERSSTROMEN
VERKEERSSTROOM BOUWVERKEER
PARKEREN
SLOPEN
WERKTERREIN
BOUWEN
BOUWEN ONDERGRONDS
AANLEG GROEN
GROEN/WANDELVERBINDING
GEREALISEERD GROEN
NIEUWE WATERGANG
d.d. 10-09-2012
schaal 1:3000
Grontmij
P:\322970\Cad\322970302C.dwg
Plotdatum : 10-9-2012
P
GARAGE
PARK
W
LEVERANCIERS
BEZOEKERS
BOUWVERKEER
Wilhelminalaan
Kennemerstraatweg


MCA de Hout
FASE 3
STAP 7: Slopen na interne verhuizing
VERKLARING
VERKEERSSTROMEN
VERKEERSSTROOM BOUWVERKEER
PARKEREN
SLOPEN
WERKTERREIN
BOUWEN
BOUWEN ONDERGRONDS
AANLEG GROEN
GROEN/WANDELVERBINDING
GEREALISEERD GROEN
NIEUWE WATERGANG
INGANG EH
ACCESWEG EH & BEZOEKERS EH
BOUWVERKEER
GARAGE
PARK
LEVERANCIERS
BEZOEKERS
Hellingacht
Wilhelminalaan
Prinses Juliannalaan
Koningin Emmastraat
d.d. 10-09-2012
schaal 1:3000
Grontmij
P:\322970\Cad\322970302C.dwg
Plotdatum : 10-9-2012


MCA de Hout
OPTIONEEL FASE 4 EN 5
STAP 8: Optionele inrichting
vrijkomend terrein
VERKLARING
VERKEERSSTROMEN
VERKEERSSTROOM BOUWVERKEER
PARKEREN
SLOPEN
WERKTERREIN
BOUWEN
BOUWEN ONDERGRONDS
AANLEG GROEN
GROEN/WANDELVERBINDING
GEREALISEERD GROEN
NIEUWE WATERGANG
INGANG EH
ACCESWEG EH & BEZOEKERS EH
ZOEKGEBIED OPTIONEEL BOUWVLAK
INDIRECT INFILTRATIE/ZUIVERINGEN
GROENE LOPER
ZOEKGEBIED OPTIONEEL BOUWVLAK
GARAGE
PARK
LEVERANCIERS
BEZOEKERS
Hellingacht
Wilhelminalaan
Prinses Juliannalaan
Koningin Emmastraat
d.d. 10-09-2012
schaal 1:3000
Grontmij
P:\322970\Cad\322970302C.dwg
Plotdatum : 10-9-2012

MCA in de Hout

Dit is een uitgave van de gemeente Alkmaar

Informatie: Gert van Kleef
T 06 44 64 49 48,
E gvankleef@alkmaar.nl

september 2012

gemeente ALKMAAR