

## **Samenvatting van het advies van de Cliëntenraad van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis inzake de beoogde fusie met het Antonius Ziekenhuis**

Op 4 december 2014 heeft de cliëntenraad het advies inzake de fusie met het Antonius Ziekenhuis uitgebracht aan de Raad van Bestuur. Ook de Ondernemingsraad en de Medische Staf zullen hun adviezen uitbrengen, waarna de besturen van beide ziekenhuizen gehoord de adviezen uit beide huizen hun beraad voortzetten.

Dit persbericht vat ons advies op hoofdlijnen samen. U treft achtereenvolgens aan:

1. ons scenario H op hoofdlijnen als alternatief voor scenario G van beide besturen
2. onze adviezen met toelichting
3. enkele voor de cliëntenraad belangrijke achterliggende overwegingen

BIJLAGE: een beperkt aantal delen uit het rapport van bureau Gupta Strategists

### **1. Scenario H op hoofdlijnen, een alternatief voor scenario G**

#### *1. Scenario H:*

- *de kliniek van Woerden blijft in grote lijnen in de huidige vorm bestaan*
- *er is bij alle drie locaties een SEH in plaats van twee zoals bij G*
- *de verloskunde is uitsluitend in Nieuwegein en Woerden aanwezig*
- *beweging (de MKW of een vervangende unit) blijft in Woerden*
- *er worden nadere afspraken gemaakt m.b.t. de eventuele effecten van minimumnormen, opdat de productie in Woerden niet onevenredig terugloopt.*
- *geen adherentieverlies ("adherentie" is de gebruikelijke zorgtaal voor marktaandeel)*

#### *2. Scenario H geeft ook voor de financiële uitkomsten een uitstekend resultaat, dat zeker niet de mindere is van de uitkomst van scenario G:*

- *investeringen voor Woerden: eenmalige inhaalslag van 10 mln (m.n. OK 's); jaarlijkse investeringen terug naar het oude niveau van 4 mln/jr*
- *minder reorganisatiekosten,*
- *minder investeringen voor de gehele holding*
- *de reorganisatiekosten zijn bij H fors lager dan bij G.*
- *de totale besparingen zijn bij G hoger dan bij H.*
- *besparing door samenvoeging ondersteunende diensten (administratie, HRM) in H gelijk aan G.*

3. de financiële ratio's (t.b.v. banken) en de vermogenspositie zijn in scenario H iets beter dan in scenario G.

4. De werkgelegenheidseffecten zijn bij H gunstiger dan bij G, zeker voor de Woerdense locatie. Uitgaande van de gemiddelde schatting neemt het aantal arbeidsplaatsen in scenario G af met 225 (170 in de zorg en 55 in de ondersteunende diensten) tegen 55 (ondersteunende diensten) bij scenario H. Het overgrote deel van het verlies aan arbeidsplaatsen zal in Woerden worden gerealiseerd.

5. Het bestuursmodel wordt zodanig ingericht, dat het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis en het Antonius Ziekenhuis eigen raden van bestuur en raden van Toezicht behouden en samen onder een holding vallen. De verantwoordelijkheid voor beide ziekenhuizen ligt vooral op het operationele vlak en voor de holding op strategisch niveau. Ten tweede: de gedwongen fusie van alle maatschappen vervalt.

## **2. Onze adviezen met toelichting**

### **A. Advies m.b.t. het bestuurlijk model**

De CR adviseert u daarom het bestuurlijk model aan te passen conform de hieronder aangegeven lijn:

- a. er komt een intensieve samenwerking tussen ZHPZ en SAZ
- b. er komt een overkoepelende Stichting, de Holding "Antonius/Hofpoort" (SHAH) met een RvB en een RvT.

De RvB wordt gevormd door maximaal 2 leden van de RvB van SAZ en een lid van de RvB van ZHPZ. De RvT wordt gevormd door de 6 leden van de RvT van SAZ en 2 leden van de RvT van ZHPZ.

- c. de bestaande organisaties SAZ en ZHPZ zijn werkmaatschappijen van SHAH, met elk een eigen RvB en RvT.
- d. er zijn drie hoofdlocaties, i.c. de onder SAZ vallende vestigingen Nieuwegein en Utrecht en de ZHPZ-vestiging Woerden (een hoofdlocatie bevat tenminste: kliniek, dagbehandeling en polikliniek)
- e. de statuten van de drie Stichtingen geven aan op welke wijze de verdeling van de bevoegdheden onderling wordt geregeld. Bij de holding ligt het accent op strategische vraagstukken, bij de werkmaatschappijen op de bedrijfsvoering.

### **Toelichting**

Het bestuurlijk model zoals gepresenteerd door de RvB gaat uit van een centralistisch model: de holding vormt het bestuur van de ziekenhuizen en alleen de holding kent nog de organen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht die ook de afzonderlijke ziekenhuizen besturen respectievelijk daarop toezicht houden. Ook komt er op holdingniveau een centrale medische staf.

De CR sluit de door de RvB voorgestelde structuur op de langere termijn niet uit, maar vindt deze onmiddellijke invoering contraproductief vanwege de druk op de organisaties en de daarbinnen werkende mensen en tevens vanwege de daardoor onnodig te maken extra

kosten. Het is bovendien een zeer star model, dat ook dwingt tot een fusie van alle betrokken maatschappen aan wie weinig of geen ruimte geboden wordt tot het kiezen voor verschillende snelheden en inhoudelijke varianten.

De CR ziet liever een organisatieontwikkeling die niet alleen top-down maar ook van onderop tot stand komt. Dat wil niet zeggen, dat er een wildgroei gaat ontstaan; het spreekt voor zich dat er beleid geformuleerd zal moeten worden waarin de kaders voor de organisatieontwikkeling worden aangegeven. En deze zullen dusdanig moeten zijn, dat enerzijds de individuele vrijheid niet onnodig wordt ingeperkt maar anderzijds de beoogde beleidsdoelen worden gediend.

Wij kiezen met ons scenario H voor veel meer beleidsvrijheid binnen de dochterbedrijven dan in scenario G het geval is. Dat is goed voor de betrokkenheid van de medewerkers en het maakt een meer op de lokale omstandigheden geënte bedrijfsvoering mogelijk. Deze door ons gekozen uitgangspunten sluiten aan bij inzichten van modern management (laat professionals zoveel mogelijk zelf beslissen voor zover dit het bedrijfsbelang en het patiënten-belang dient) en laat het management zich toeleggen op het scheppen van de optimale condities daarvoor.

Dit model gaat er van uit dat het hebben van een eigen verantwoordelijkheid op het niveau van de dochtermaatschappijen de creativiteit, de inventiviteit en het ondernemerschap ten goede komt, terwijl daarentegen het SAZ/ZHZ-fusiemodel is gebaseerd op beheersing en controle op centraal niveau.

Het voorgaand principe betekent voor scenario H, dat beide ziekenhuisorganisaties als werkmaatschappij een eigen statutaire bevoegdheid hebben evenals de holding. De onderlinge verhoudingen zullen zodanig zijn, dat zij naadloos op elkaar aansluiten en geen onnodige grensconflicten kunnen opleveren. Het spreekt voor zich, dat in de holding m.n. de strategie aan de orde is terwijl in de werkmaatschappijen de verantwoordelijkheid wordt gelegd voor de bedrijfsvoering.

### **B. Advies m.b.t. scenario G (het scenario van de besturen)**

Scenario G heeft zoals aangetoond zeer veel nadelen en slechts zeer beperkte voordelen; wij bepleiten daarom een acceptatie door u van ons scenario H.

#### Toelichting

Duidelijk is dat de CR het scenario G met klem afwijst. Het is een scenario dat een grote onevenwichtigheid in zich herbergt: voor het SAZ zijn de voordelen vele malen groter dan de nadelen en voor het ZHPZ is het omgekeerde het geval. Maar ook binnen beide huizen zijn de verhoudingen tussen voor- en nadelen wisselend.

Daarom heeft de CR dit alternatief ontwikkeld, waarin

- a) de belangen van de patiënt in de regio centraal staan
- b) de voor- en nadelen voor partijen zoveel mogelijk met elkaar in balans kunnen komen
- c) tegelijkertijd de business case voor het gehele concern op zijn minst even goed, maar zo mogelijk zelfs beter uitpakt. Daarbij bedenke men, dat waar dit voor de holding als totaliteit geldt, het op individueel niveau in bepaalde gevallen altijd anders kan liggen. We verwachten dat dit laatste ten gevolge van de geboden ruimte op individueel en/of maatschapsniveau bij scenario H minder het geval zal zijn.

Grosso modo blijkt de uitkomst van scenario H beter te zijn dan die van G. Voor de details inzake scenario H en de vergelijking met G: zie hoofdstuk 3 en de bijlage.

### **C. Advies m.b.t. kwaliteit en financiën**

Gezien het feit dat het onderzoeksrapport inzake kwaliteit neutraal is m.b.t. de scenario-keuze maar het rapport over de financiën bepaald geen verslechtering te zien geeft bij H t.o.v. G en met name voor de bankratio's een kleine verbetering oplevert verdient H de voorkeur boven G.

#### **Toelichting**

De beide rapportages geven ons aanleiding tot een kort commentaar:

- m.b.t. financiën: het algemeen beeld is, dat scenario's H en G elkaar niet veel ontlopen.

Duidelijk is wel dat H zeker niet slechter uitpakt dan G.

- m.b.t. kwaliteit: wij delen de eindconclusie, dat op basis van de vergelijkingen die zijn gedaan er geen reden is om aan te nemen dat er op het gebied van kwaliteit en veiligheid serieuze tekortkomingen zijn in een van beide ziekenhuizen.

Het kwaliteitsonderzoek roept overigens nog een belangrijke vraag op met betrekking tot de in de voorstellen van de besturen zwaar aangezette medische meerwaarde. Zo concreet als het kwaliteitsonderzoek op onderdelen is waar het gaat om kwaliteit in termen van de directe patiëntenzorg en de behandelingsresultaten / gezondheidswinst, zo weinig concreet komt dit aan de orde in de passages over medische meerwaarde. Het gaat daarbij in hoge mate over de technische en organisatorische inrichting, formele regels, opinies en belangen. Daardoor wordt - vanuit het oogpunt van de patiënt - de betekenis van de beschreven medische meerwaarde sterk gerelativeerd; nogmaals, een meerwaarde die een belangrijke grondslag vormt van het door u gepresenteerde G-scenario.

## **3. Enkele voor de cliëntenraad belangrijke achterliggende overwegingen**

### **a. Een te langdurig proces**

Het proces heeft tot nu toe naar ons oordeel te lang geduurd, waardoor de onrust bij de bevolking maar ook binnen het ziekenhuis zelf en bij alle stakeholders daarbuiten tot ongewenste proporties is uitgegroeid. Deze onrust werd mede veroorzaakt door een minder gelukkige communicatie naar buiten toe.

### **b. Het ontbreken van een open discussie**

Een cruciaal moment in deze afgelopen periode was het besluit om de aanvankelijke zeven scenario's niet meer op de agenda te houden, maar volledig in te zetten op wat later uitgewerkt is als scenario G. Daarmee werd een tot dan toe betrekkelijk open proces afgebroken om plaats te maken voor een gesloten.

We denken dat het beter was geweest om in de eerste maanden van 2014 twee scenario's uit te werken, te weten de scenario's C (kliniek Woerden blijft open) en G (kliniek Woerden gaat dicht) en daarbij ruimte te geven aan alle betrokkenen in beide huizen. Een open

discussie over deze twee opties zou het inzicht in wat wel of niet mogelijk is bij alle partijen hebben versterkt en de betrokkenheid bij het proces hebben vergroot.

#### c. Onderwaardering invalshoek patiënt/consument

Een ander lastig punt is, dat – afgezien van de grondig verkende financiële aspecten – in scenario G de medische meerwaarde onevenredig veel gewicht in de schaal legt ten opzichte van op patiënten- en consumenten-belangen geënte waarden.

Deze medische meerwaarde is een containerbegrip is waarbinnen allerlei uiteenlopende aspecten aan de orde zijn zoals – om enkele uitersten te noemen – kwaliteit en effectiviteit van medisch handelen evenzeer als arbo-gerelateerde onderwerpen.

Zelfs een belangrijk onderwerp als de minimumnormen draagt naast de bewaking en bevordering van kwaliteit ook andere aspecten in zich zoals de relatie tot schaalvergroting, vermindering van de toegankelijkheid, effect op het doen van “diensten” en dergelijke.

We vinden het een positief punt, dat uit het onderzoek naar de kwaliteit van zorg in beide huizen is gebleken, dat er hier en daar kleine accentverschillen zijn, maar overall beide goede kwaliteit leveren.

#### d. Het recht van de minderheden

Een belangrijk punt is de betekenis van meer- en minderheden bij de uiteindelijke besluitvorming. De grote tegenstand bij bepaalde stakeholders in de Woerdense regio moet net zoals afwijkende meningen binnen de medische staven naar onze mening terug te vinden zijn in de te nemen besluiten. Grote belangentegenstellingen ondermijnen de sociale cohesie en het gevoel van rechtvaardigheid, wanneer deze niet zorgvuldig worden afgewogen.

#### e. Toenemende kritiek op marktwerking en huidige fusiegolf

Een reeks van externe factoren legt een grote druk op het fusieproces, waardoor – en ook daar heeft de CR aandacht voor – de verantwoordelijke bestuurders veel minder bewegingsvrijheid hebben dan men zou wensen. Voorbeelden zijn de door de overheid sluipenderwijs ingevoerde elementen van marktwerking en het loslaten van het in de WZV vastgelegde beginsel van planning op basis van behoefte, de toenemende marktmacht van de zorgverzekeraars, de steeds stringenter minimumnormen en andere kwaliteitseisen. De bezwaren, die de CR heeft tegen het voorgelegde besluit van de RvB, richten zich in feite ook op een aantal van deze veelal door de politiek ontwikkelde systeemwijzigingen welke ook door de bestuurders in belangrijke mate als een gegeven moeten worden geaccepteerd. Dit behoeft echter nog niet te betekenen, dat bestuurders zich lijdzaam moeten schikken in wat overheid, zorgverzekeraars, banken of wetenschappelijke verenigingen aan regelgeving opleggen.

Opmerkelijk is dat er juist in de laatste maanden een stevige kritiek kwam op de fusiegolf die over Nederland raast. Veel deskundigen waaronder oud-bestuursvoorzitter van het UMCU hoogleraar Geert H. Blijham, de directeur van zorgverzekeraars DSW Chris Oomen, onderzoeker Jos Blank van IPSE(TU Delft) en zelfs ook de minister van V.W.S. Edith I. Schippers (wier ministerie in hoge mate verantwoordelijk kan worden gesteld voor de liberalisering van de sector) hebben hun zorgen geuit.

Dit wijst op een herwaardering van de kleinere (streek)ziekenhuizen en een grote zorg om de toenemende concentratie en grootschaligheid. Gehanteerde argumenten voor een

fusiestop zijn o.a.: de korte lijnen in het ziekenhuis, de nauwe band met de eerste lijn, de bereikbaarheid voor de veelal oudere patiënt (met relatief veel ziekenhuisbezoek) en zijn/haar mantelzorgers, de (oudere) patiënt met meervoudige pathologie, de vermoede neiging van zorgverzekeraars om soms de volumenormen te verhogen tot ver boven wat op wetenschappelijke grond bewijsbaar betere kwaliteit biedt, de optimale grootte van ziekenhuizen waarboven schaalnadelen optreden en dus hogere kosten ontstaan door toenemende inefficiëntie, en zo voort.

Naast de bestuurders heeft ook de CR last van deze buitenwereld. Ja, zelfs bij de Autoriteit Consument en Markt (ACM) waar de belangen van de consument bij uitstek lijken te worden gediend, blijken de cliëntenbelangen in de dagelijkse praktijk van de fusie-toetsing beperkt tot het bewaken van de macro-kosten van de gezondheidszorg. Dat de ACM vooral op de prijseffecten let is in zekere zin ook wel begrijpelijk omdat op de meeste markten dat de consument het meest treft. Maar in de “zorgmarkt” ligt dat toch anders, omdat de zorgverzekeraars lokale prijsstijgingen in hun premie verwerken. Prijsopdrijving op locatie wordt zo op landelijk niveau afgewikkeld; alleen binnen het eigen risico zou men kunnen spreken van enig lokaal consumenten-effect.

Toetsing door de ACM op kwaliteit en zeker op toegankelijkheid heeft, zo is ook in deze casus gebleken, een zeer beperkte betekenis. Toen de ACM in het najaar van 2013 besloot dat de fusie van SAZ en ZPH niet vergunning-plichtig was, was nog niets bekend over de keuze voor scenario G, inclusief de sluiting van de kliniek in Woerden. De grote implicaties die deze nadien gemaakte keuze heeft voor de bereikbaarheid en toegankelijkheid alsmede voor de kwaliteit zoals beleefd door de patiënt/consument vormen desgevraagd geen reden voor de ACM om hier nog eens naar te kijken!

#### f. Toename van het aantal nieuwe (commerciële) aanbieders op de ziekenhuismarkt

De sterke toename van het aantal ZBC's en andere private veelal commerciële zorgaanbieders is ook een van de vele factoren die een bedreiging vormen voor de stabiliteit van de ziekenhuissector. Mede hierdoor tekent zich na decennia van nagenoeg onafgebroken groei bij de ziekenhuizen betrekkelijk abrupt een periode van stagnatie of zelfs krimp af.

#### g. Enkele casus-specifieke factoren

Naast deze algemene externe factoren waren er ook enkele casus-specifieke elementen, die een vlotte afwikkeling naar een breed gedragen fusiebesluit van meet af aan hebben gecompliceerd. We noemen er drie:

##### g1. Het opvullen van de leegstand in Leidsche Rijn (LR)

Het opheffen van de kliniek in Woerden ten faveure van LR betekent, dat het SAZ een fout in de eigen planning oplost via het overhevelen van de Woerdense klinische productie en het sluiten van de kliniek in Woerden.

##### g2. Verlies van adherentie voor de holding

De gevolgen van dit plan tot sluiting van de Woerdens kliniek waren niet gunstig: een onmiddellijk uit balans halen van de verhoudingen tussen de beide fusiepartners en daarnaast een negatief effect op de adherentie. Dit adherentieverlies is bijzonder schadelijk, zowel voor de afzonderlijke locaties maar ook voor het voeden van de topklinische functies van de vestiging in Nieuwegein (NG).

### g3. Het weghalen van de klinische verloskunde/gynaecologie uit Woerden

In scenario G verdwijnt de klinische obstetrie uit Woerden en is alleen in Nieuwegein en Leidsche Rijn beschikbaar. Op wat langere termijn moet er zelfs voor het gehele concern een groot moeder-kind-centrum in Leidsche Rijn verrijzen.

Scenario H echter beperkt het aanbod van obstetrie tot Nieuwegein en Woerden. Daarvoor hanteren we verschillende argumenten:

- de spreiding in de regio Utrecht-West is op onze manier evenwichtiger. In de stedelijke conglomeraat Utrecht/Nieuwegein liggen meerdere ziekenhuislocaties met een aanbod verloskunde betrekkelijk dicht bij elkaar. Door de Woerdense praktijk over te hevelen naar Leidsche Rijn ontstaat er een enorme onbalans in de totale regio: veel aanbod op korte afstand van elkaar in het stedelijk gebied van Utrecht en Nieuwegein en daartegenover in het westen geen enkele klinische voorziening meer. Daardoor worden de inwoners in het westelijk deel van Utrecht en het aangrenzend stuk van Zuid Holland op onevenredig grote en zeer patiënt-onvriendelijke afstand gezet.

- de ambities van de Raden van Bestuur beperken zich niet tot het opheffen van “Woerden” gezien de tweede fase met het bouwen van een nieuw moeder-kind centrum.

Wij hebben ernstige bedenkingen tegen dit plan, omdat de medische meerwaarde in termen van moeder-kind zorg niet duidelijk is en de nadelen van de concentratie onverminderd van kracht blijven. Deze investeringen dragen naar ons oordeel niet wezenlijk bij aan kwaliteit van zorg en hun kosteneffectiviteit rechtvaardigt vermoedelijk niet deze investering.

- Op dit moment zijn, zo blijkt uit het onderzoek dat ten behoeve van het fusietraject is gedaan, de kosten van de moeder-kind zorg in Woerden beduidend lager dan in Nieuwegein. Gezien de maatschappelijke zorgen over de kostenontwikkeling in de zorgsector is het ook daarom verstandig om de klinische obstetrie in Woerden te behouden. Dit roept uiteraard de vraag op in hoeverre dit prijsverschil ook geldt voor alle andere onderdelen van klinische zorg in beide vestigingen. Een aanwijzing hiervoor vinden we ook in

<b>Locatie</b>	<b>Boekwaarde</b>
Woerden	~€ 50 mln
Leidsche Rijn	~€ 150 mln
Nieuwegein	~€ 190 mln
<b>Totaal</b>	<b>~€ 390 mln</b>

bijgaande tabel, die duidelijk laat zien dat er alleen al door de boekwaarde een verschillend prijseffect verwacht mag worden.

- Het sluiten van “Woerden” maakt de plaats vrij voor (commerciële) een moeder-kind zorg ZBC in de alsdan “vrijkomende” ruimte in het Groene Hart in te richten.

### g4. de Maartenskliniek Woerden (MKW)

Deze kliniek is in de afgelopen jaren uitgegroeid tot een sterk “merk” en dit biedt een stevig fundament voor het voorzetten van de kliniek als geheel. De langdurige onzekerheid die het G-besluit met zich mee heeft gebracht, moet worden gestopt. De CR heeft hier het volgende standpunt ingenomen:

- De St. Maartenskliniek (SMK) wordt van harte uitgenodigd het contract met “Woerden” voor 10 jaar te verlengen.

- Mocht MKW besluiten niet op het voorgaande voorstel in te gaan, dan zegt het ziekenhuis het contract met MKW op en bereidt het de komst van een vervangende praktijk voor.

#### g5. SEH en IC

- In scenario G verdwijnen met het sluiten van de kliniek ook de SEH en IC uit Woerden. Ons scenario H biedt een voortzetting van de huidige afdelingen. Er blijven dus voorzieningen voor spoedeisende hulp en intensieve zorg en in de financiële berekening van het H-scenario zijn daarvoor zelfs extra middelen begroot.

- Op beide terreinen wordt nader onderzoek gedaan naar de precieze inrichting van deze functies. Voor de SEH geldt dat vooral de integratie van de huisartsenpost (HAP) en de SEH hebben. Op die manier moet een spoedzorg-voorziening ontstaan waarmee de patiënt optimaal kan worden bediend en waarbinnen de eerste en tweede lijn nauw samenwerken.

- Voor de IC denken we aan een nader onderzoek naar de bij het zorgprofiel van het ziekenhuis passende intensieve zorg. Nodig is een inventarisatie van wat er op dit punt in de Nederlandse ziekenhuizen gaande is en welke verschillen in visies er zijn. Wat daarbij niet mag ontbreken is een analyse van de kosten-effectiviteit in de te onderscheiden opties, ook in termen van gezondheidswinst.

- Een aspect is dat van de rampenbestrijding, met name het voorzieningsniveau op de locatie Woerden in geval van calamiteiten op het spoor- en wegennet. Recent is met betrekking tot de A 12 nog een rampenoefening gehouden waarbij het Hofpoort een centrale rol vervulde. Een sterkere concentratie van deze voorzieningen in Utrecht vermindert de bereikbaarheid in het geval van dergelijke calamiteiten. Ook dit onderwerp moet nader worden onderzocht.

#### g6. Werkgelegenheid

De effecten van scenario G op de werkgelegenheid zijn op dit moment nog niet volledig bekend. Zeer voorlopige becijferingen wijzen voor beide ziekenhuizen samen op een werkgelegenheidsverlies dat in scenario H maar een kwart is van dat in scenario G. De terugloop van werkgelegenheid verwachten wij hoofdzakelijk in Woerden, omdat deze voornamelijk samenhangt met de in scenario G opgenomen sluiting van de kliniek.

#### Conclusie

Het ZHPZ is een ziekenhuis dat een goede kwaliteit levert, financieel voldoet aan de vigerende bankeisen en een stevige verankering heeft in de regio. Dit laatste uit zich o.a. in een sterke marktpositie en een reeks van goed functionerende samenwerkingsverbanden met alle andere relevante zorgverleners. Gegeven een aantal hiervoor beschreven ontwikkelingen is niettemin een nauwere samenwerking met een andere ziekenhuis gewenst, mits dit voor beide partijen maar vooral voor de te bedienen zorgbehoevende populatie tot een duidelijke meerwaarde leidt.

Alles afwegend concludeert de cliëntenraad dat G het scenario is, waar de balans tussen voor- en nadelen voor beide partijen zoek is, i.c. waar de belangen van het streekziekenhuis in Woerden en in het bijzonder die van de in dat gebied woonachtige adherente bevolking onvoldoende meewegen en waar bovendien alle professionals in een voor sommigen van hen volstrekt onwenselijk keurslijf worden gedwongen.

Dat is de reden geweest voor het ontwikkelen van ons alternatief, scenario H. Dat bepaalt, samen met de overtuiging dat vanaf het moment dat de fusie is gerealiseerd een organische



groeiproces van het gehele concern zal leiden tot een beter resultaat dan de dwangmatige koers, waarbij alles en iedereen zich moet wringen in het gekozen fusiemodel.

## **BIJLAGE**

### **Scenario H cliëntenraad Zuwe Hofpoort Ziekenhuis – cijfermatige onderbouwing Gupta Strategists**

#### **Woord vooraf**

Dit hoofdstuk geeft een cijfermatige onderbouwing door Gupta Strategists bij het alternatieve model dat door de cliëntenraad van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis is uitgewerkt, het zogenaamde ‘scenario H’. Bij de doorrekening van dit scenario zijn zo veel mogelijk dezelfde methodes en uitgangspunten gehanteerd als bij de doorrekening van scenario G, dat recent door de Raden van Bestuur van beide ziekenhuizen is voorgelegd aan de medische staf, de cliëntenraad en de ondernemingsraad. Door dezelfde aannames te hanteren geven de hier getoonde cijfers een getrouw beeld van de verschillen en is het voor wat betreft de financiën ‘appels met appels’ vergelijken. Gupta Strategists geeft geen advies over de medische haalbaarheid of meerwaarde; het betreft alleen een algemene beschrijving van het scenario en een doorrekening van de financiën.

De besparingen, investeringen en afschrijvingen van scenario H zijn doorgerekend en worden ter referentie vergeleken met scenario G. Bij de uitwerking van scenario H is als uitgangspunt gehanteerd dat het model tien jaar houdbaar moet zijn.

#### **Samenvatting inhoud van scenario H**

Op dit moment zijn de kliniek en OK in Woerden, Leidsche Rijn en Nieuwegein niet volledig bezet. De onderbezetting van de bedden is deels gedreven door de landelijk afnemende ligduur van patiënten vanwege innovatie in de behandeling. Daarnaast is de zorgvraag de laatste twee jaar wat afgenomen in de regio. De onderbezetting van de drie locaties beschouwen we in de doorrekening als een gegeven. We gaan er van uit dat er geen nieuwe capaciteit nodig is om de zorg te kunnen leveren.

In scenario H is het profiel van Woerden ongeveer gelijk aan het nu bestaande zorgaanbod (zie figuur 1). Patiënten kunnen 24/7 terecht voor acute zorg op de SEH, met daarachter een basis IC waar patiënten indien nodig met spoed opgenomen kunnen worden. Ook is er een eerste hart hulp/CCU voor de acute cardiologie en is snelle behandeling (trombolysie) van patiënten met een CVA mogelijk. Ook voor de verloskunde kunnen patiënten 24/7 terecht in Woerden. De OK is 24/7 binnen 30 minuten beschikbaar, zodat spoedoperaties voor bijvoorbeeld de verloskunde en chirurgie altijd kunnen plaatsvinden.

## Uitgangspunt model H is het behoud van het profiel van Woerden en een profiel van de St. Antonius locaties zoals die nu bestaan

2

### Overzicht zorgaanbod per locaties in model H

Infrastructuur				Snijdende vakken (klinisch)				Beschouwende vakken (klinisch)			
Onderdeel	WO	LR	NG	Onderdeel	WO	LR	NG	Onderdeel	WO	LR	NG
Polikliniek (alle spec.)				Chirurgie laagrisico				Cardiologie			
Brede diagnostiek <sup>1</sup>				Chirurgie hoogrisico				Interne geneeskunde			
Kliniek				CTC				Kindergeneeskunde			
SEH				Alg. gynaecologie				Longgeneeskunde			
Acute opvang <sup>2</sup>				Dermatologie				Neurologie			
Spoed OK				Kaakchirurgie				Psychiatrie			
Verloskunde				KNO				Oncologie laagt.			
				Neurochirurgie				Oncologie hoogr.			
				Oogheelkunde							
				Orthopedie <sup>3</sup>							
				Plastische chir.							
				Urologie							

- 1) klinische chemie, radiologie (incl. MRI en CT), pathologie, MMI, etc. op alle locaties  
 2) IC level 3 in Nieuwegein, 24/7 PACU+ op locatie Utrecht, basis IC in Woerden  
 3) Veronderstelling is dat de Maartenskliniek Woerden op huidige locatie blijft (is onzeker)

st. antonius | Zuwe Hofpoort | Gupta Strategists

Figuur 1 – samenvatting locatieprofielen scenario H

Naast het acute zorgaanbod kunnen patiënten bij alle specialismen terecht die typisch aanwezig zijn in een algemeen basisziekenhuis, zowel op de polikliniek als voor dagbehandelingen en voor klinische zorg. Ook is er een ruim diagnostisch aanbod aanwezig, waaronder MRI, CT en een uitgebreid laboratorium.

Ook voor oncologische basiszorg (vooral mamma en colon) kunnen patiënten in Woerden terecht, behalve als er dwingende volumennormen bestaan. Alleen voor de topklinische zorg zoals interventiecardiologie of laagvolume oncologie zullen patiënten worden doorverwezen naar de locatie Nieuwegein.

Op dit moment voldoet het Hofpoort Ziekenhuis aan de volumennormen voor mamma- en colonchirurgie, maar een verhoging van de normering zou kunnen leiden tot concentratie van de operaties in Leidsche Rijn of Nieuwegein, maar kan wellicht ook in Woerden blijven door een andere vorm van inhoudelijke specialisatie. Concentratie van hoog volume operaties in Woerden is ook een mogelijkheid, bijvoorbeeld voor operatieve verwijdering van de galblaas, of behandeling van een hernia of prolaps.

In scenario H blijven de zorgprofielen van Leidsche Rijn en Nieuwegein ongewijzigd. Dit betekent dat patiënten in Leidsche Rijn terecht kunnen voor algemene (24/7) basiszorg, oncologie en laagrisico klinische zorg, zoals orthopedie, KNO en oogheelkunde. Het accent in Nieuwegein ligt op interventiecardiologie, vaatzorg, topklinische longzorg en verloskunde. Ook is in Nieuwegein een IC level 3 aanwezig.

Om in Woerden te kunnen voldoen aan de huidige normen voor een goede SEH en basis IC, is uitgegaan van uitbreiding ten opzichte van de huidige personeelsbezetting. Bij de basis SEH gaat het om meer geschoolde SEH-artsen, voor de IC is uitgegaan van meer capaciteit intensivisten om de 7/7

bezetting te kunnen garanderen, zoals die benoemd is in de vigerende IC richtlijn. De extra kosten die hiermee gepaard gaan zijn meegenomen in de business case. Voor beide afdelingen is in dit scenario voorzien in nader onderzoek, zoals beschreven in het advies van de cliëntenraad.

Mochten er in de toekomst meer (volume)normen komen – denk aan CVA, acute hartzorg, IC, verloskunde of oncologie – dan kan dat betekenen dat er een andere bezetting in Woerden nodig is om de zorg goed te blijven leveren. Ook kan herverdeling van zorg over locaties een oplossing zijn.

Ter vergelijking geeft figuur 2 een samenvatting van de locatieprofielen in scenario G, het scenario dat door de beide raden van bestuur ter besluitvorming is voorgelegd. Overeenkomst is behoud van polikliniek en diagnostiek, de belangrijkste verschillen zijn:

- SEH: op drie locaties in scenario H, op twee locaties in scenario G
- Klinische zorg: idem
- Verloskunde: in Leidsche Rijn en Nieuwegein in scenario G, in Woerden en NG in scenario H

### Uitgangspunt model G is een breed poliklinisch aanbod op drie locaties en concentratie van klinische capaciteit naar twee locaties

3

Beoogde invulling van locaties in model G

Infrastructuur				Snijdende vakken (klinisch)				Beschouwende vakken (klinisch)			
Onderdeel	WO	LR	NG	Onderdeel	WO	LR	NG	Onderdeel	WO	LR	NG
Polikliniek (alle spec.)	■	■	■	Chirurgie laagrisico		■		Cardiologie			■
Brede diagnostiek <sup>1</sup>	■	■	■	Chirurgie hoogrisico			■	Interne geneeskunde			■
Kliniek		■	■	CTC			■	Kindergeneeskunde <sup>4</sup>			■
SEH		■	■	Alg. gynaecologie		■		Longgeneeskunde			■
Acute opvang <sup>2</sup>		■	■	Dermatologie <sup>3</sup>	■	■		Neurologie			■
Spoed OK		■	■	Kaakchirurgie <sup>3</sup>	■	■		Psychiatrie			■
Verloskunde		■	■	KNO <sup>3</sup>		■		Oncologie laagr.		■	■
				Neurochirurgie		■		Oncologie hoogr.			■
				Oogheelkunde <sup>3</sup>	■	■					
				Orthopedie		■					
				Plastische chir.		■					
				Urologie		■					

1) Klinische chemie, radiologie (incl. MRI en CT), pathologie, MMI, etc.

2) IC level 3 in Nieuwegein, 24/7 PACU+ op locatie Utrecht

3) Mogelijk dagbehandeling en poliklinische OK in Woerden

4) Alleen neonatologie in locatie Utrecht, opname van grote kinderen alleen in Nieuwegein

Figuur 2 – samenvatting locatieprofielen scenario G

### Financiële doorrekening scenario H

De besparingen, investeringen en afschrijvingen van scenario H zijn doorgerekend en vergeleken met scenario G. Bij alle berekeningen is zo veel mogelijk aangesloten bij de methodiek die ook voor scenario G is gehanteerd.

Figuur 3 vat de financiële gevolgen van scenario H samen en zet deze af tegen scenario G. Scenario H heeft aanzienlijk lagere besparingen. Daar staan echter iets lagere investeringen en aanzienlijk lagere reorganisatiekosten en afschrijvingen tegenover. De netto contante waarde – een getal dat de totale

business case van besparingen, investeringen en reorganisatiekosten laat zien – komt gunstiger uit voor scenario G. Voordeel van scenario H is de gunstiger cash flow op korte termijn, in combinatie met de lagere afschrijvingen gunstig voor de korte termijn balanspositie van het combinatieziekenhuis.

**Model H heeft lagere besparingen en netto cont. waarde dan G, maar wel minder investeringen, reorg. kosten en afschrijvingen**

9

Onderdeel	Model H t.o.v. G
Besparingen	—
Investerings	—
Reorganisatiekosten	+
Afschrijvingen	+
Netto Contante Waarde <sup>1</sup>	—
Cash flow 2015 - 2017	+

1) Netto Contante Waarde is een getal dat laat zien hoe de totale business case (functie van investeringen, reorganisatiekosten besparingen) eruit ziet. Uitgaande van discontovoet van 8% en 12 jaar termijn vanaf 2015

Bron: analyse Gupta Strategists

Figuur 3 – samenvatting financiën scenario G en scenario H

Besparingen op overhead en inkoop zijn gelijk; in beide gevallen is integratie van ondersteuning en inkoopcontracten mogelijk. Op de kliniek en OK zijn geen besparingen verwacht in scenario H, omdat de huidige zorgverdeling over klinieken ongeveer gehandhaafd blijft en geen concentratie plaatsvindt van drie naar twee locaties. Omdat in scenario H het profiel van de locatie Woerden vergelijkbaar is met het huidige aanbod en mensen terecht kunnen voor alle acute zorg (SEH, IC, EHH/CCU, verloskunde) is er geen adherentieverlies verwacht in scenario H. Dit betekent dat er ook geen kostennadeel is door dekking van de vaste kosten zoals in scenario G.

Naast de besparingen zijn ook de investeringen en reorganisatiekosten van scenario H gekwantificeerd en vergeleken met scenario G. Uit de analyse blijkt dat zowel reorganisatiekosten als investeringen lager uitpakken. De algemene transitiekosten zijn lager, omdat het minder complex is om de organisaties samen te voegen als de zorgprofielen van de locaties ongeveer gelijk blijven. Ook de reorganisatiekosten zijn lager, omdat er geen adherentieverlies en efficiencywinst in de zorg verwacht is in scenario H, waardoor werk in de zorg behouden blijft. In de ondersteunende staf is wel efficiencywinst ingeboekt, dus daarvoor zijn transitiekosten verwacht in scenario H. Voor wat betreft de investeringen is uitgegaan van een eenmalige upgrade van de klinische faciliteiten in Woerden, zodat deze de komende tien jaar van voldoende kwaliteit zijn. Er zijn in scenario H geen extra investeringen gepland in Leidsche Rijn en Nieuwegein.