

STURKENBOOM
partners



“Een ziekenhuis op eigen benen”

**BEDRIJFSPLAN
ZIEKENHUIS EMMELOORD**

**STURKENBOOM PARTNERS
24 DECEMBER 2003**

INHOUDSOPGAVE

1.	VOORAF	3
1.1	INLEIDING	3
1.2	AANBOD HET ZIEKENHUIS CONSORTIUM	3
2.	HET BESTAANDE DOKTER J.H. JANSENZIEKENHUIS TE EMMELOORD	5
2.1	DOKTER J.H. JANSENZIEKENHUIS EN VERZORGINGSGBIED NOORDOOSTPOLDER 2002.....	6
2.2	DOKTER J.H. JANSENZIEKENHUIS EN VERZORGINGSMARKT NOP-PLUS 2012	7
2.3	BESCHIKBAARHEID EN BEREIKBAARHEID BASISZIEKENHUIS NOORDOOSTPOLDER-PLUS.....	8
2.4	CONCLUSIE	9
3.	AANBOD VAN HET ZIEKENHUIS CONSORTIUM	10
4.	OPZET EN INRICHTING BASISZIEKENHUIS EMMELOORD	11
4.1	VISIE NIEUWE BASISZIEKENHUIS EMMELOORD	11
4.2	MEDISCH PROFIEL BASISZIEKENHUIS	11
4.3	BEDRIJFSVOERING ZIEKENHUIS EMMELOORD.....	13
4.4	HET GEBOUW OP DE LOCATIE DOKTER J.H. JANSENZIEKENHUIS	13
4.5	DE FORMATIE, ORGANISATIEOPZET EN HET BELEID EN MANAGEMENT VAN HET BASISZIEKENHUIS EMMELOORD.....	14
4.6	FINANCIËLE ONDERBOUWING	15
4.7	CALCULATIE OP BASIS VAN EEN GEMIDDELD ZIEKENHUIS.....	15
	4.7.1 <i>Benodigde fte's specialisten van poortspecialismen</i>	15
	4.7.2 <i>Productie per poortspecialist</i>	16
	4.7.3 <i>Budget</i>	18
	4.7.4 <i>Zorgvernieuwing en ziekenhuisvernieuwing</i>	18
	4.7.5 <i>Exploitatiekosten en -saldo</i>	18
	4.7.6 <i>Exploitatie- en onroerendgoedmaatschappijen Ziekenhuis Emmeloord</i> ...	19
	4.7.7 <i>Financiering Ziekenhuis Emmeloord</i>	19
5	TOT SLOT	20

1. VOORAF

1.1 Inleiding

Kleine ziekenhuizen hebben voordelen. Patiënten voelen zich er meer thuis, de medisch specialist en de doktersassistente kennen de patiënt. Bovendien zijn door de korte lijnen en de informele organisatie zaken in veel gevallen makkelijker te regelen, zodat goede zorg en betere service kan worden geboden.

Veel kleine ziekenhuizen zijn verdwenen of fusies zijn aangegaan met grotere ziekenhuizen. In een groot aantal gevallen heeft dat geleid tot vermindering van faciliteiten op de kleinere locaties. Daardoor moeten veel patiënten grotere reisafstanden afleggen en met name in de buitengebieden stelt dat mensen soms voor grote problemen.

De overheid heeft inmiddels erkend, dat de fusiegolf van ziekenhuizen in ons land deze zorg minder bereikbaar heeft gemaakt. Om die reden is de financiële prikkel in de budgettering die deze fusiegolf heeft bevorderd nagenoeg uit de systematiek verdwenen en heeft de minister aangekondigd kleine ziekenhuizen te willen steunen middels een kleinschaligheidstoeslag.

De afgelopen jaren is veelvuldig en intensief gediscussieerd over de ziekenhuiszorg in Lelystad en Emmeloord. De ziekenhuisorganisaties in beide steden fuseerden in het begin van de jaren negentig. Deze fusie heeft niet kunnen voorkomen dat langdurig onduidelijkheid bestond over hoe optimale zorg in termen van bereikbaarheid en toegankelijkheid, maar ook van kwaliteit en continuïteit, gestalte kon krijgen. Bij een belangrijk deel van de stakeholders, verwijzers en patiënten en de medewerkers van de locatie Emmeloord bestonden grote twijfels bij de plannen, zoals die thans door het bestuur van het ziekenhuis worden ontwikkeld om de ontstane problemen op te lossen.

1.2 Aanbod Het Ziekenhuis Consortium

Door de interim-manager van de IJsselmeerziekenhuizen is een Plan van Aanpak uitgewerkt, waarbij de 24/7-medische en acute dienstverlening is geconcentreerd in Lelystad en het Ziekenhuis Emmeloord is ontmanteld tot een polikliniek en dagbehandelingcentrum. Dit Plan van Aanpak is in de zomer van dit jaar geëffectueerd. Daardoor is, hetgeen voorspeld was, de productie op de locatie Ziekenhuis Emmeloord weggevallen zowel voor de dagbehandelingen, de klinische opnames en ook voor eerste polibezoeken. Net als in 2002 lijdt de IJsselmeerziekenhuizen ook in 2003 een aanmerkelijk verlies. Het eigen vermogen is ultimo 2003 negatief. De cash flow is niet voldoende om aan de lopende betalingsverplichtingen te voldoen. Dankzij een rekening courant krediet bij de BNG van € 6,5 miljoen, waar de interim-manager een overstand heeft bewerkstelligd van € 5 miljoen (zodat de IJsselmeerziekenhuizen voor € 11,5 miljoen kortlopend krediet bij de BNG in het rood staat) zijn de salarissen en crediteuren nog voldaan.

Inclusief de hypothecaire leningen heeft de IJsselmeerziekenhuizen ultimo 2003 een cumulatieve schuldpositie van € 30 miljoen, waarvoor de gemeentes Lelystad en Noordoostpolder (contra) garant staan. Daarmede is de continuïteit van de bedrijfsvoering en dus ook van de medische zorgverlening en patiëntenzorg ernstig in gevaar.

Dit bedrijfsplan werkt het alternatief nader uit en toont aan, dat een basisziekenhuis in Emmeloord niet alleen noodzakelijk, maar ook haalbaar en financierbaar is. Het Ziekenhuis Consortium biedt in januari 2004 aan de betrokken gemeente(s) en de Raad van Toezicht van de IJsselmeerziekenhuizen aan om het Ziekenhuis Emmeloord over te nemen en te gaan exploiteren.

2. HET BESTAANDE DOKTER J.H. JANSENZIEKENHUIS TE EMMELOORD

Alvorens een beeld te geven van de toekomstige mogelijkheden wordt eerst een overzicht op hoofdlijnen gegeven van het bestaande ziekenhuis ultimo 2002. Hiermee wordt het vertrekpunt weergegeven om te bouwen aan het nieuwe ziekenhuis.

Het ziekenhuis in Emmeloord werd gesticht in de jaren vijftig van de vorige eeuw, tegelijkertijd met de ingebruikname van de Noordoostpolder als woon-, werk- en leefgebied. Naar de aard van de omstandigheden vervulde het een pioniersfunctie in de inrichting van de gezondheidszorg van dat gebiedsdeel. Het is in de jaren van zelfstandig bestaan altijd een basisziekenhuis gebleven.

In het verzorgingsgebied werken voor deze inwoners 42 huisartsen (Noordoostpolder 23, Urk 6, Lemmer 5, Blokzijl 7 (= deelgemeente 5 Steenwijk) en 7 eerstelijns verloskundigen (Noordoostpolder 6, Lemmer 1, Urk geen en Blokzijl+ geen). In Urk en Blokzijl wordt de eerstelijns verloskunde door de huisartsen verzorgd. Tot de lateralisaties van een acute en semi-acute functies in Lelystad verwezen de huisartsen en verloskundigen hun patiënten voor de medisch specialistische basisdiagnostiek en behandeling naar de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis. Alleen voor topreferente functies verwijzen zij door naar de Isala Klinieken in Zwolle, soms naar (de hoofdlocatie van) het Medisch Centrum Leeuwarden.

Op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis werk(t)en, voor de lateralisaties van enkele acute en semi-acute functies naar Lelystad, (voltijdse eenheden) 25 medisch specialisten (3 internisten, geen cardiologen, 3 dermatologen, 1 longarts, 1 (parttime) reumatoloog, 3 chirurgen, 2 (parttime) anesthesisten, 1 (parttime) uroloog, 2 orthopeden, 1 KNO-arts, 2 kinderartsen, 2 neurologen, 2 oogartsen en 3 gynaecologen). De medische specialistische bezetting is (was tot de lateralisatie) adequaat voor de patiëntenzorg, medische diagnostiek en behandeling van de naar de locatie verwezen patiënten.

Ondanks de kleine bezetting van enkele belangrijke poortspecialismen (interne, chirurgie, anesthesie, gynaecologie, kindergeneeskunde en neurologie) verzorgde de medische staf van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis eigenstandig de 24/7 medische dienstverlening op deze locatie.

De kinderartsen en gynaecologen (na de komst van drie nieuwe gynaecologen in 1999/2000) van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis werken in loondienst. De overige medisch specialisten op deze locatie werken op basis van vrije praktijk.

In 2000 zijn voor enkele vakgebieden de locatieoverstijgende vakgroepen tot stand gekomen (kindergeneeskunde, gynaecologie, neurologie). Die locatieoverstijgende vakgroepen kregen vanzelfsprekend de verantwoordelijkheid voor de 24/7 dienstverlening.

Mede op grond van (de) vacature(s) op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis voor de gynaecologie waren de medisch specialisten van de locatie Zuiderzeeziekenhuis van die locatieoverstijgende vakgroepen niet bereid de 24/7 dienstverlening op beide locaties, respectievelijk de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis, te continueren. Overigens is de (acute en semi-acute) dienstverlening voor de cardiologische aandoeningen op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis (tot vrij recent) medisch en professioneel tot genoegen door de internisten van die locatie verzorgd.

De ultimo 2002 aanwezige formaties zijn als volgt:

Formatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis	Functies Dokter J.H. Jansenziekenhuis
Ambulante dienst	70 fte
Klinische dienst	150 fte
(Para)Medische Ondersteuning	35 fte
Facilitaire dienst	40 fte
Stafdiensten & Overhead	30 fte
Totaal	325 fte

2.1 Dokter J.H. Jansenziekenhuis en verzorgingsgebied Noordoostpolder 2002

De locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis van de IJsselmeerziekenhuizen voorziet in de ziekenhuisbehoefte van de Noordoostpolder-plus: in het kwadrant Lemsterland, Blokzijl, Noordoostpolder/Emmeloord en Urk. Voor de basisziekenhuisdiensten, de acute, semi-acute en geplande medisch specialistische basiszorg zijn de inwoners van deze vierwoonkernen aangewezen op deze locatie.

De locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis is gevestigd in Emmeloord en vormt het verwijsziekenhuis voor:

2002		
Lemsterland	12.500	inwoners
Blokzijl (deelgemeente van Steenwijk)	6.000	inwoners
Noordoostpolder/Emmeloord + woonkernen	44.000	inwoners
Urk	16.500	inwoners
Subtotaal	79.000	inwoners

2.2 Dokter J.H. Jansenziekenhuis en verzorgingsmarkt NOP-plus 2012

Bij het bepalen van het bedrijfsplan voor het ziekenhuis Emmeloord is het van belang te kijken naar de stedelijke ontwikkeling en de daarmee verbandhoudende ontwikkeling van de inwoneraantallen zodat het ziekenhuisbeleid zowel op de toekomstige ontwikkeling voor Oostelijk Flevoland als voor die van de NOP-plus, respectievelijk het verzorgingsgebied van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis, kan voorzien.

De gemeente Noordoostpolder heeft een lange termijn stedelijk ontwikkelingsplan. Daarbij hanteert de gemeente Noordoostpolder een scenario zonder en een scenario met het doortrekken van het spoor van Lelystad, langs Emmeloord naar Joure en 'beyond'. Voor de toekomst gaat de gemeente Noordoostpolder daarom uit van de ontwikkeling van 40.000 woningen tot 2030 zonder spoor en van 73.600 woningen met spoor. Uitgaande van 3,5 personen per huishouding/woning in de Noordoostpolder (bij een landelijk gemiddelde van 2,5 persoon per huishouding/woning) komt de inwonersontwikkeling in de gemeente Noordoostpolder uit op:

Inwoners	2002	2012	2030
Zonder spoor	44.000	59.000	80.000
Met spoor	44.000	70.000	117.600

Zelfs als de spoorlijn niet doorgetrokken wordt tot Emmeloord/Joure/en 'beyond', waar toch alle noordelijken inclusief de provincie Flevoland zich sterk voor maken, en in de (niet realistische) veronderstelling, dat de bevolking in de overige gemeente van het verzorgingsgebied constant blijft tot 2012, stijgt het aantal inwoners in het verzorgingsgebied van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis van 79.000 inwoners in 2002 tot 94.000 inwoners in 2012.

Overigens zijn de scenario's van de gemeente Noordoostpolder realistisch als in aanmerking wordt genomen, dat de Flevopolder exclusief is aangemerkt als stedelijk uitbreidinggebied en voor de woningbouw van de gehele randstad en dat tevens de gemeente Noordoostpolder het plattelandskarakter van grote delen van de NOP niet wil aantasten en dus gestuurde woningbouw alleen in de bestaande woonkernen wil toestaan.

Tot 2012 moet er alleen al op basis van de feitelijke landelijke gemiddelden voor het ziekenhuisbeleid van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis in het verzorgingsgebied uitgegaan worden van een groei van (poliklinische en dagbehandeling- en) klinische capaciteit.

Zelfs al wordt uitgegaan van de veel gewenste substitutie van kliniek naar dagbehandeling en van dagbehandeling naar poliklinisch, dan is er een aanmerkelijke uitbreiding nodig van de poliklinische en dagbehandelingcapaciteit van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis tot 2012 en toch nog een uitbreiding van de klinische capaciteit.

Voor het beleid ten aanzien van de medisch specialistenplaatsen op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis moet er, gelet op de inwoneraantalontwikkeling in zijn verzorgingsgebied (ceteris paribus: meer vrouwelijke specialisten, parttime werken, meer in loondienst, genormaliseerde praktijk- en werktijden), uitgegaan worden van een groei van 32 (voltijdse eenheden) nu (noodzakelijk) naar 40 medisch specialisten in 2012.

2.3 Beschikbaarheid en bereikbaarheid basisziekenhuis Noordoostpolder-plus

De bereikbaarheid van het Dokter J.H. Jansenziekenhuis in het eigen verzorgingsgebied is volgens de 'routeplanners':

Snelste route		
Lemmer-Emmeloord	25 km	20 minuten
Urk-Emmeloord	11 km	16 minuten
Blokszijl-Emmeloord	17 km	18 minuten



De bereikbaarheid van de Dokter J.H. Jansenlocatie vanuit de overige woonkernen van de Noordoostpolder is korter en sneller. De vestiging van een Centrale Post Ambulancevervoer in de oksel van de A6 ter hoogte van Emmeloord geeft voor het gehele verzorgingsgebied ideale aanrijdtijden voor de ambulance.

In het verzorgingsgebied van het Dokter J.H. Jansenziekenhuis is een goed functionerende eerstelijns gezondheidszorg. 42 huisartsen vormen het eerste aanspreekpunt voor de 79.000 inwoners als het gaat om hun gezondheid 24 uur per dag, zeven dagen per week.

Hetzelfde geldt voor de eerstelijns verloskunde, die door zeven verloskundigen en zes huisartsen (in Urk) wordt verzorgd. Huisartsen en verloskundigen hebben voor hun normale praktijkvoering recht op medisch specialistische 'back up' in de tweede lijn. Zij moeten hun patiënten kunnen doorverwijzen naar een medische specialist respectievelijk de gynaecoloog/verloskundige als het om gespecialiseerde en complexe medische vragen gaat en wel op een redelijk reisafstand in hun praktijkgebied. Voor de acute en semi-acute medische diagnostiek en behandeling in hun eerstelijnspraktijk moeten zij binnen maximaal 30 minuten hun patiënten in het ziekenhuis kunnen presenteren.

Hoewel in het kader van dit plan niet extensief is onderzocht, komt naar voren dat de samenwerking met een aparte organisatie midden in het verzorgingsgebied verder kan groeien.

Uit een enquête, gehouden onder alle verwijzers, mag in ieder geval worden afgeleid dat een belangrijk deel van de adherentie weer naar Emmeloord zal terugvloeien als daar de basisspecialismen weer in volle omvang zullen worden georganiseerd.

Zelfs verloskundigen uit Kampen zullen bij herstel van de functie klinische verloskunde/gynaecologie nagenoeg alle verwijzingen naar Emmeloord laten plaatsvinden, vooral gebaseerd op de slechte verbinding met de Zwolse ziekenhuizen. Zij hebben laten weten dan ook poliklinische bevallingen in het ziekenhuis te Emmeloord te willen uitvoeren.

2.4 Conclusie

Uit het bovenstaande kan worden afgeleid, dat er in de komende jaren voldoende adherentie zal zijn voor een basisziekenhuisvoorziening in Emmeloord. Een koopkrachtige marktvrage voor 24/7 ziekenhuisdienstverlening is aanwezig. Daarmee is in principe ook een financieringsbasis voor een dergelijke voorziening gelegd, zeker wanneer daarbij in acht wordt genomen dat juist met het oog op de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg er voor kleine ziekenhuizen extra faciliteiten zullen worden gecreëerd.

3. AANBOD VAN HET ZIEKENHUIS CONSORTIUM

In de huidige constellatie en met de huidige onderlinge verhoudingen is het onmogelijk, dat een dergelijke ziekenhuislocatie kan worden georganiseerd. Er zal als eerste stap dan ook moeten worden besloten tot een defusie van de ziekenhuislocaties. Het Ziekenhuis Consortium biedt aan om met in achtname van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen het ziekenhuis Emmeloord over te nemen en te gaan exploiteren.

Het Ziekenhuis Consortium (HZC) is een initiatief van Sturkenboom Partners en Volker Wessels Stevin (Medicom Zes). Het Ziekenhuis Consortium richt zich op vernieuwing en verzakelijking van de zorgketen in de gezondheidszorg in zijn algemeenheid en van de 'lifetime' ontwikkeling, bouw, exploitatie, organisatie en management van algemene ziekenhuizen in het bijzonder.

Ter voorbereiding van de overname zal een inventarisatie plaatsvinden van het terrein, gebouw, de inventaris, de apparatuur en voorraden gebruiksgoederen op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis. De inventarisatie wordt getoetst op juistheid en volledigheid door de accountant van de IJsselmeerziekenhuizen en de accountant van Het Ziekenhuis Consortium. Die beide accountants bepalen de (boek)waarde van de inventarisatie op basis van de (afschrijving)richtlijnen WTG. De IJsselmeerziekenhuizen draagt daarna op basis van deze inventarisatie en waardebeoordeling het terrein, het gebouw, de inventaris, de apparatuur en de voorraden over aan Het Ziekenhuis Consortium. Op basis van een overnamebod wordt door de accountant van Het Ziekenhuis Consortium een due diligenceonderzoek in de boeken van de IJsselmeerziekenhuizen uitgevoerd.

Met als onderbouwing het onderhavige bedrijfsplan vraagt Het Ziekenhuis Consortium aan de minister van VWS zijn medewerking te verlenen aan de overdracht van de ziekenhuis (WZV-)vergunning en het onroerend goed aan Het Ziekenhuis Consortium.

4. OPZET EN INRICHTING BASISZIEKENHUIS EMMELOORD

4.1 Visie nieuwe basisziekenhuis Emmeloord

Het verzorgingsgebied Noordoostpolder-plus heeft behoefte aan een ziekenhuis met het medische profiel van een basisziekenhuis in de traditionele zin van het woord. Dit ter onderscheiding van het centrumziekenhuis en het topreferentieziekenhuis.

Het Ziekenhuis Consortium streeft naar zorgvernieuwing en verzakelijking op basis van:

- Scheiding van zorg en ondersteunende processen.
- Beschikbaarheid zorg 24 uur, zeven dagen.
- Zo veel mogelijk verrichtingen in het ziekenhuis voor 80% poliklinisch/dagbehandeling en 20% klinisch uitvoeren.
- Klinische verrichtingen gepland plaatsvinden, overdag en van maandag tot en met vrijdag.
- Hierdoor minimaliseren van inzet van personeel in de avond- en nachturen.
- Prestatiebeoordeling.

Het verder ontwikkelen van methodes en procedures die de patiënt zo kort mogelijk uit zijn normale omgeving halen zal doorgaan. De ervaring leert, dat in het tweede gedeelte van de opname de zorg ook heel goed in een low-care setting geleverd kan worden: het zorghotel. Het zorghotel biedt ruimte voor patiënten die geen complexe ziekenhuiszorg meer nodig hebben, maar onvoldoende hersteld zijn om reeds naar huis te gaan (transfer- c.q. gasthuisfunctie van het zorghotel). In het zorghotel kan ook observatie van de patiënt tijdens de medicatietoediening plaatsvinden. Zo kan worden ingespeeld op betere behandelmethodes en bepaalde chirurgische ingrepen die de klinische opnameduur verkorten.

Zo zal het zorghotel veel van de klinische opnames in 'short stay' kunnen uitvoeren door betere en nieuwe behandelmethodes. De opnameduur in het zorghotel is beperkt tot de zorgbehoefte en wordt niet meer bepaald door beschikbaarheid van bedden in een volgende schakel van de keten. Ketenzorg wordt daarmee vanzelfsprekend. De zorg volgt de patiënt en niet andersom. De ervaring met de beperkte functies die tot dusverre gerealiseerd zijn in zorghotels elders leert dat patiënten deze échte zorg op maat zeer waarderen.

Een intensieve transmurale samenwerking met huisarts, thuiszorg, verpleeghuis en academisch ziekenhuis is noodzakelijk. Zo kunnen huisartsen zich met een huisartsenfaciliteit vestigen op het ziekenhuisterrein in het kader van alle schakels in de keten bij elkaar te brengen, niet door fusies, wél door intensieve samenwerking met alle partijen in de keten. In samenspraak met de omringende verpleeghuizen en verzorgingshuizen zal in het zorghotel ook plaats kunnen worden geboden aan patiënten die geen ziekenhuiszorg meer nodig hebben, maar die onvoldoende zijn hersteld om naar huis te kunnen.

4.2 Medisch profiel basisziekenhuis

De missie van het nieuwe basisziekenhuis kan als volgt worden omschreven:

"Het Dokter J.H. Jansenziekenhuis levert mensgerichte en nabije medische en verpleegkundige basiszorg. De te leveren zorg is van hoogstaande kwaliteit, is snel beschikbaar en vindt kostenbewust plaats".

Voor alle poortspecialistische basisfuncties moeten er poliklinische, dagbehandelings- en indien onvermijdbaar (geplande) opnamemogelijkheden aanwezig zijn. Dit zijn de interne geneeskunde, cardiologie, chirurgie, urologie, orthopedie, neurologie, kaakchirurgie, gynaecologie, kindergeneeskunde en oogheelkunde.

Voor de acute en semi-acute onderzoeken en behandelingen moet het medisch profiel van een basisziekenhuis als het Dokter J.H. Jansenziekenhuis voldoen aan de *generalistische* presentatie- en interventiemogelijkheid 24 uur per dag zeven dagen per week, dat wil zeggen voor de: 1) algemene interne, 2) de algemene heelkunde en traumatologie 3) de algemene kindergeneeskunde 4) cardiologie en 5) neurologie.

Daarnaast is een tweetal *specialistische* presentatie- en interventiemogelijkheid 24/7 in een basisziekenhuis noodzakelijk. Dit betreft allereerst de verloskunde/gynaecologie in relatie tot de eerstelijns verloskunde van eerstelijns verloskundige en huisarts. Daarmee is ook de 24/7 inzetbaarheid van de anesthesist aangewezen vanwege zijn ondersteuningsrol bij acute interventies van de chirurg en gynaecoloog. Als tweede voorziening is de acute presentatiemogelijkheid 24/7 noodzakelijk voor patiënten met een verdenking op CVA, vanwege het belang van de directe interventie voor de stabilisatie of genezing van die aandoening.

Bij de medische functieopbouw voor een basisziekenhuis is voor de bemanning met medisch specialisten van de poortspecialistische poliklinische, dagbehandeling en klinisch (geplande) specialismen uitgegaan van de feitelijke bemanning, die op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis aanwezig is.

Voor de 24/7 medische dienstverlening van de interne geneeskunde, algemene heelkunde, kindergeneeskunde, gynaecologie en anesthesie is deze medische bemanning gebaseerd op het gegeven, dat die specialismen een 24-uurs dienstrooster moeten draaien, waardoor een minimale bezetting van 3,2 fte en een gewenste bezetting van 4,0 fte per vakgebied aangewezen is. Met het herstel, conform de ziekenhuiskerkenning, van de formatie en bezetting van de gynaecologie met 3,0 fte op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis ligt er een bescheiden extra wervingsvraagstuk van vier tot vijf medisch specialisten om het Medisch Profiel volledig in te vullen. Zo wordt de bezetting waar deze onvoldoende is zonedig aangevuld. In aanvulling op de medische functies voor een basisziekenhuis is de opzet in voorbereiding van een Mamma-kliniek, die in het Ziekenhuis Emmeloord wordt ondergebracht. De Mamma-kliniek wordt een expertisecentrum voor Noord Nederland. Terzake gespecialiseerde medici (internist, radioloog, gynaecoloog en chirurg) treden in de loop van 2004 toe tot de medische staf van het Ziekenhuis Emmeloord.

Het medisch functieprofiel wordt verder uitgewerkt voor het basisziekenhuis NOP voor de periode 2004-2010. Op basis daarvan wordt een zorg- en productieprofiel opgesteld, waarin zoveel mogelijk de productie in termen van Diagnose Behandel Combinaties per medisch specialisme zijn opgenomen en in termen van eerste consulten, herhaalconsulten, dagbehandelingen, opnamen en verpleegdagen invulling krijgen.

Medisch, functieprofiel en productieprofiel vormen de grondslagen voor de opmaak van een formatie- en functieplan, waarvoor het vertrekpunt is, dat in de functies van alle nu op en voor de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis werkzame medische specialisten, verpleegkundigen, dokterassistenten, paramedisch en overige medewerkers zijn voorzien.

4.3 Bedrijfsvoering Ziekenhuis Emmeloord

Het Ziekenhuis Emmeloord concentreert zich volledig op de kerntaken: medische diagnostiek en behandeling. De opnames in het ziekenhuis worden beperkt tot de medium en high care opnames. Voor de low care wordt in de vrijkomende vierkante meters binnen het bestaande gebouw een Zotel-voorziening getroffen met rooming in mogelijkheden. De medische ondersteuning wordt gerationaliseerd en overigens zoveel als mogelijk overgelaten aan daarin gespecialiseerde marktpartijen of uitbesteed aan andere ziekenhuizen. De facilitaire ondersteuningstaken (voeding, medische techniek, schoonmaak, restaurant, ICT etc.) worden uitbesteed.

4.4 Het gebouw op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis

Het oorspronkelijk ziekenhuisgebouw is in de vijftiger jaren voorbereid en vanaf 1960 in aanbouw genomen en opgeleverd in 1962. Vanwege de leeftijd van het gebouw heeft er in 1992 een grote renovatie/vernieuwbouw van de poliklinieken, functieafdelingen en het OK-centrum plaatsgevonden. Terwijl in 1997/1998 het beddenhuis van deze locatie volledig is gerenoveerd en ver(nieuw)bouwd.

Het ziekenhuisgebouw is derhalve voor de komende 20 jaar in goede staat en dankzij de goede staat van de dienst techniek en medische techniek geldt die kwaliteit ook voor de aanwezige medische techniek. Alleen de CT-scan is op grond van technische en economisch afschrijving (12 jaar) binnenkort aan vervanging toe.

Vergelijken we functioneel (aantal m²) het Dokter J.H. Jansenziekenhuis met een normatief gebouwd ziekenhuis voor dezelfde adherentie dan valt vooral de geringe omvang op. Spreekuurafdelingen, afdelingen voor functieonderzoek en poliklinische behandeling zijn krap gehuisvest. Sterke uitbreiding is op korte termijn noodzakelijk, temeer omdat substitutie van klinische behandeling naar poliklinische en dagbehandeling sterk gestimuleerd zal worden. Ruimte voor deze uitbreiding zou binnen het gebouw gevonden kunnen worden door substitutie van klinische meters of waarschijnlijk beter door nieuwbouw aan de bestaande poliklinieken.

Medisch ondersteunende, administratieve en facilitaire functies zullen gelijk de situatie op dit moment zoveel mogelijk ingekocht worden. Hierdoor zijn geen of slechts heel geringe aanpassingen aan het gebouw noodzakelijk. Het lijkt echter wel aantrekkelijk om aan of in het gebouw voorzieningen te treffen voor maaltijdverstrekking door een derde partij.

Op het terrein van het basisziekenhuis is voldoende ruimte voor toekomstige aanvullende (particuliere) initiatieven zoals bijvoorbeeld uitbreiding van de poliklinische functies, de huisvesting van een Bijzondere Behandel Eenheid of van een Zorghotel, die een versterking van de zorg in het verzorgingsgebied en van het profiel van het basisziekenhuis (in groei en ontwikkeling) kunnen inhouden.

Op dit moment is er een transitoriumafdeling voor het Verpleeghuis Talmahof met 24 plaatsen in aanbouw en een psychiatrisch dagbehandelingkliniek met acht plaatsen. Deze voorzieningen maken voor het basisziekenhuis Dokter J.H. Jansenziekenhuis een vloeiende en gestroomlijnde logistiek van de patiëntenzorg ook voor de tweede en derdelijnsrelatie in het verzorgingsgebied mogelijk.

De technische staat van E en W installaties zal op korte termijn onderzocht moeten worden. Tevens zal een onderzoek naar energiebesparende en beheersingsmaatregelen moeten worden uitgevoerd.

Ook naar de technische staat van de medische apparatuur zal onderzoek moeten worden verricht. Op de middellange termijn is, gelet op de gewenste neurologische diagnostiek, de installatie van een MRI in het Dokter J.H. Jansenziekenhuis gewenst.

(Overigens is op basis van het Plan van Aanpak van de interim-manager een aanmerkelijke verbouwing van het Ziekenhuis Emmeloord qua programmering en ontwerp voorbereid voor een bedrag van meer dan € 15 miljoen. Die verbouwing is niet alleen onzinnig gelet op het feit, dat het Ziekenhuis Emmeloord in 1999 integraal gerenoveerd en vernieuwbouwd is, maar wordt door de aanpak van Het Ziekenhuis Consortium overbodig.)

4.5 De formatie, organisatieopzet en het beleid en management van het basisziekenhuis Emmeloord

Voor het Ziekenhuis Emmeloord is op basis van bovengenoemde bedrijfsvoering een formatieopbouw ultimo 2004 noodzakelijk van:

Formatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis	Functies Dokter J.H. Jansenziekenhuis
Ambulante dienst	70 fte
Klinische dienst	120 fte
(Para)Medische Ondersteuning	25 fte
Facilitaire dienst	5 fte
Stafdiensten & Overhead	15 fte
Totaal	235 fte

Het management op het strategisch en tactisch niveau kan bestaan uit:

- 1 (parttime) directeur.
- 1 manager voor de klinische en de ambulante zorg.
- 1 manager voor de techniek/medische techniek die tevens de civiele dienst(en) aanstuurt.
- 1 controller die de leiding heeft over financiële administratie, automatisering en de stafmedewerkers (economie, P&O).
- 1 manager medische ondersteuning/klinisch chemicus, die tevens sturing geeft aan de dienstverlening voor de bacteriologie en de farmacie (los van het functioneel toezicht daarop van een bacterioloog respectievelijk farmaceut).

De directeur en het tactisch management vormen een managementteam. Het managementteam assisteert de directeur bij de ontwikkeling van een strategisch medisch, zorg en ziekenhuisplan voor drie jaar. Binnen de kaders van het strategisch plan bereidt het managementteam jaarlijks -bottom up- een begroting voor die door de directie wordt vastgesteld.

De controller richt de administratieve organisatie, begroting, budgettering en managementinformatie (productie, budgetten, bestedingen, verplichtingen) zo in, dat in de vierde week na afsluiting van de maand het operationeel, tactisch en strategisch management over de relevante cijfers beschikt, zodat directe sturing kan plaatsvinden.

Als management participatie vanwege de medische staf net als in veel andere ziekenhuizen gewenst is, kan de voorzitter van de Medische Staf voor twee dagdelen per week vrijgesteld worden van medische en zorgtaken en bijdragen aan het bestuur en management (al dan niet in de functie van medisch manager of toegevoegd (parttime) medisch directeur) en als zodanig deelnemen aan de vergaderingen van het managementteam en de directie.

Op basis van het formatie- en functieplan werkt de projectgroep samen met het management van de IJsselmeerziekenhuizen een personeels(ontvlechting)plan uit, waarin per formatieplaats, functie en personeelslid is aangegeven wie, op welke functie, voor welke (vol/deel)tijdsfactor, waar in het basisziekenhuis NOP geplaatst zal worden (en wie ten gunste van het Zuiderzeeziekenhuis in dienst blijft bij de IJsselmeerziekenhuizen).

Voorts wordt op hoofdlijnen beschreven op welke CAO- /contract- en sociale condities het personeel overgeplaatst wordt van de IJsselmeerziekenhuizen naar de Stichting Basisziekenhuis NOP. Over het aldus in samenspraak geformuleerde sociale en personeelsplan worden onderhandelingen gevoerd met de vakbonden, tevens wordt een sociaal statuut voor de (personele) ontvlechting opgemaakt en vastgelegd.

4.6 Financiële onderbouwing

De patiëntenzorg die op dit moment in Emmeloord wordt geleverd alsmede de kostenpatronen zijn niet representatief voor het ziekenhuis dat wij voor ogen hebben. Er is reeds sprake van concentratie van bepaalde functies in Lelystad en het weglekken van patiënten naar elders. Daarom hebben wij ervoor gekozen een calculatie te presenteren op basis van een aantal weloverwogen aannames van patiëntenstromen en daarbij behorend kosten- en opbrengstenpatroon.

Op basis van de adherente bevolking is een daarbij horend productiepatroon gedefinieerd. De bevolking in en rond Emmeloord zal, conform het ruimtelijke ordening plan van de gemeente Noord Oostpolder, stijgen tot 115.000 in 2030 of zelfs circa 150.000 indien de spoorlijn wordt doorgetrokken. Bij de berekening wordt echter uitgegaan van de bestaande populatie. In eerste instantie is daarbij een een kosten- en opbrengstenpatroon gecalculeerd, passend bij een gemiddeld ziekenhuis in Nederland. Uitgaand van dat patroon is een calculatie gemaakt van de te realiseren besparingen door de vernieuwingen in zorgconcept en facilitaire- en gebouwelijke ondersteuning.

4.7 Calculatie op basis van een gemiddeld ziekenhuis

4.7.1 Benodigde fte's specialisten van poortspecialismen

In de omgeving van het Ziekenhuis Emmeloord wonen in 2003 circa 79.000 mensen. We nemen aan, dat circa 90% van hen voor een poliklinisch consult of een dagbehandeling zal kiezen voor het Ziekenhuis Emmeloord indien dit specialisme in het Ziekenhuis Emmeloord aanwezig is. Een iets kleiner deel zal, gezien de functie als basisziekenhuis, voor klinische behandeling in het Ziekenhuis Emmeloord komen. We gaan ervan uit, dat personen van buiten de regio niet zullen kiezen voor Emmeloord. De poliklinische adherentie wordt daarmee berekend op 90% van 79.000 = 71.100 en de klinische adherentie op 80% van 79.000 = 63.200.

Op basis van het landelijk aantal specialisten per adherente inwoner zijn voor elk van de specialismen het benodigd aantal specialisten berekend. In het voorstel dat is uitgebracht rond het private initiatief wordt ervan uitgegaan van op onderdelen een ander aantal specialisten. Het voorstel is voorlopig, hier kan nog van worden afgeweken.

	VOORSTEL	2003	2012		2030	
			zonder spoor	met spoor	zonder spoor	met spoor
Bevolking		79.000	94.000	105.000	115.000	152.600
Adherente bevolking (85%)		67.150	79.900	89.250	97.750	129.710
Interne	3,20	3,04	3,62	4,05	4,43	5,88
Chirurgie	3,20	2,93	3,48	3,89	4,26	5,65
Kindergeneeskunde	3,20	2,07	2,47	2,76	3,02	4,01
Verloskunde & Gynaecologie	3,20	2,41	2,87	3,20	3,51	4,65
Neurologie	2,00	1,74	2,08	2,32	2,54	3,37
KNO	1,50	1,37	1,63	1,82	1,99	2,64
Orthopedie	1,00	1,57	1,86	2,08	2,28	3,03
Cardiologie	1,00	2,05	2,44	2,73	2,99	3,97
Oogheelkunde	1,90	1,67	1,99	2,22	2,43	3,23
Kaakchirurgie	0,60	0,68	0,81	0,90	0,99	1,31
SHE?	2,40	?	?	?	?	?
Longziekten		1,20	1,43	1,60	1,75	2,32
urologie		1,00	1,19	1,32	1,45	1,92
plastische chirurgie		0,47	0,56	0,63	0,69	0,91
dermatologie		1,18	1,41	1,57	1,72	2,28
	23,20	23,39	27,83	31,08	34,04	45,17

4.7.2 Productie per poortspecialist

Op basis van de gemiddelde productie per poortspecialist is de te verwachten productie in Emmeloord berekend (eerste- en herhaalpolikliniekbezoeken, dagbehandelingen en opnamen en dergelijke). Daarbij is uitgegaan van de laagste formatie (benodigd op basis van adherentie of aanwezig). Dit vanuit de gedachte, dat je niet méér per burger kunt behandelen respectievelijk meer of minder behandeld wordt per burger dan in de rest van Nederland (je kunt mensen rond Emmeloord niet dwingen meer baby's te maken om de gynaecologen bezig te houden). Aangezien de fte's zijn berekend op een adherentie van 85% van de bevolking zijn voor de klinische parameters 5% afgetrokken en voor de klinische parameters 5% opgeteld. Op basis van de verpleegdagen is het aantal benodigde bedden berekend, uitgaande van een bezettingspercentage van 80%.

Poliklinische productie

Specialisme	formatie basis productie	eerste polikliniek-bezoeken	totaal polikliniek-bezoeken	Poliklinische herhaalfactor
Interne Geneeskunde	3,04	3.163	9.353	2,0
Chirurgie	2,93	6.396	15.035	1,4
Kindergeneeskunde	2,07	1.367	3.586	1,6
Verloskunde en Gynaecologie	2,41	2.518	8.996	2,6
Neurologie	1,74	2.121	4.812	1,3
KNO	1,00	2.241	5.590	1,5
Orthopedie	1,00	1.724	4.225	1,5
Cardiologie	1,00	1.290	2.990	1,3
Oogheelkunde	1,67	5.103	10.470	1,1
Kaakchirurgie	0,60	1.308	2.563	1,0
Longziekten	-	-	-	
Urologie	-	-	-	
Plastische Chirurgie	-	-	-	
Dermatologie	-	-	-	
		27.231	67.621	1,5

Productie kliniek en dagbehandeling

Specialisme	formatie basis productie (is laagste)	patiënten-eenheden	ontslagen	Aantal potentiële dagopnamen	verpleegdagen	gemiddelde verpleegduur	dagverplegings-dagen	verlossingen	benodigde bedden bij bezetting is 80%
Interne Geneeskunde	3,04	17.617	595	18	6.325	10,4	511	-	24
Chirurgie	2,93	32.590	1.024	131	7.861	7,8	489	-	29
Kindergeneeskunde	2,07	6.599	466	1	2.965	6,2	104	-	11
Verloskunde en Gynaecologie	2,41	13.089	1.001	17	3.892	3,9	352	465	15
Neurologie	1,74	9.227	293	6	3.772	12,7	122	-	14
KNO	1,00	2.555	154	79	396	2,6	393	-	3
Orthopedie	1,00	8.867	259	36	2.233	8,6	239	-	9
Cardiologie	1,00	7.988	357	29	2.404	6,7	79	-	9
Oogheelkunde	1,67	3.038	40	9	102	2,5	561	-	3
Kaakchirurgie	0,60	1.095	21	2	72	3,5	42	-	0
Longziekten		-	-	-	-		-	-	-
Urologie		-	-	-	-		-	-	-
Plastische Chirurgie		-	-	-	-		-	-	-
Dermatologie		-	-	-	-		-	-	0
		102.665	4.209	329	30.022	7,1	2.892	465	117

4.7.3 Budget

In de budgetsystematiek wordt rekening gehouden met grootteklassen. Uitgegaan is van de laagste klasse (relatief klein ziekenhuis). De vergoedingsbedragen zijn in deze klasse lager dan gemiddeld in Nederland. Het beschikbaarheidbudget op basis van adherentie wordt voor het totale ziekenhuis gegeven. Op basis van de berekende productieparameters is tevens het resterende deel van het FB budget berekend. Het FB-budget komt genormeerd uit op € 18,5 miljoen.

De financiering van gebouwen is gebaseerd op historische kostprijs. Er zijn vaste percentages vastgesteld voor afschrijvingskosten, die ook in het budget terugkomen.

4.7.4 Zorgvernieuwing en ziekenhuisvernieuwing

Het Ziekenhuis Consortium voert zorgvernieuwing door. Naar het model van de MAYO-clinics wordt zoveel mogelijk medische zorg en patiëntenzorg poliklinisch en in dagbehandeling gedaan. Voorzover er kortverblijfofnames wenselijk zijn, geschiedt dat voor de lowcare-patiënten in een zotel dat binnen het bestaande ziekenhuisgebouw wordt ingericht. Zodat buiten kantooruren en in het weekend er alleen personeel nodig is op de eerste hulp, de Opnameafdeling/High Care en de OK. De medische ondersteuning wordt gerationaliseerd. Annex de Eerste Hulp en High Care wordt een handheld apparatuur aangeschaft en ingezet zodat de basale chemie- en haematologiebepalingen direct door verpleegkundigen en arts-assistenten van de Eerste Hulp respectievelijk de opname-afdeling/high care zelf kunnen worden uitgevoerd. Overigens wordt de chemie net als nu al voor de pathologie en medische microbiologie het geval is aan andere(n) ziekenhuizen uitbesteed. Alle facilitaire taken, voeding voor patiënten en personeelsrestaurant, technisch onderhoud, medische techniek, ICT-beheer en -onderhoud etc. worden uitbesteed. Het ziekenhuis kan zich daarmee volledig instellen en richten op de kerntaken medische diagnostiek en behandeling van patiënten.

4.7.5 Exploitatiekosten en -saldo

Door de zorg- en ziekenhuisvoorziening wordt, ten opzichte van een traditioneel ziekenhuis, een besparing op de personele lasten haalbaar in de orde 80 tot 100 fte. De besparing op de personeelskosten kan dan € 3 tot 4 miljoen opleveren. Door maximaal gebruik te maken van het uitbesteden van medisch ondersteunende en facilitaire diensten worden de materiele en overige bestedingen, ten opzichte van die kosten in een traditioneel ziekenhuis, nog eens met € 1,5 tot 2 miljoen beperkt. Overigens is het gebouw ten opzichte van de normen van het College Bouw krap bemeten, maar geeft voldoende ruimte om het Ziekenhuis Emmeloord op de HZC-leest te huisvesten. Daarmede is ook een besparing op de huisvestingslasten realiseerbaar ten opzichte van de norm, maar niet in het geval van het Ziekenhuis Emmeloord. Het bestaande terrein en het bestaande gebouw biedt voldoende restruimte voor de huisvesting van andere bedrijven of bedrijfsinitiatieven, die geld opbrengen voor de ziekenhuiszorg.

De uitbreiding van het basisziekenhuis met een Mamma-referentiecentrum voor Noord Nederland zal een positief effect hebben op de exploitatie van het basisziekenhuis. Daarmede kan de Exploitatiemaatschappij Ziekenhuis Emmeloord met een netto positief saldo van 10% functioneren.

4.7.6 Exploitatie- en onroerendgoedmaatschappijen Ziekenhuis Emmeloord

Naar het model van Het Ziekenhuis Consortium wordt de exploitatie van het Ziekenhuis Emmeloord in een afzonderlijke Exploitatiemaatschappij Ziekenhuis Emmeloord ondergebracht. Afhankelijk van de bereidheid en mogelijkheid van leden van de medische staf van het Ziekenhuis Emmeloord mee te ondernemen, kunnen zij een minderheidsaandeel nemen of verwerven in de Exploitatiemaatschappij Ziekenhuis Emmeloord. Het onroerend wordt ingebracht in een afzonderlijke onroerend goed maatschappij, waarin het 'life time'beheer, ontwikkeling en renovatie van het bestaande onroerend plaats vindt. Tussen de Exploitatiemaatschappij Ziekenhuis Emmeloord en de Onroerendgoedmaatschappij Ziekenhuis Emmeloord wordt voor 25 jaar een 'sale and lease back' contract gesloten.

4.7.7 Financiering Ziekenhuis Emmeloord

Bij een balanstotaal van € 20 miljoen in de Exploitatiemaatschappij Ziekenhuis Emmeloord is een eigen vermogen van 25% oftewel € 5 miljoen noodzakelijk. Op basis van een inbreng van € 5 miljoen eigen vermogen kan het onroerend goed in de Onroerendgoedmaatschappij Ziekenhuis Emmeloord hypothecair gefinancierd worden op basis van een afschrijvingstermijn van 25 jaar.

5 TOT SLOT

Het Ziekenhuis Consortium speelt met dit plan in op de gewenste marktverwerking in de ziekenhuissector. Het maakt een ziekenhuisvoorziening in de Noordoostpolder 24 uur per dag, zeven dagen per week mogelijk, realiseerbaar en financieerbaar. Onzinnige investeringen in een net gerenoveerd ziekenhuis kunnen met dit initiatief achterwege blijven. Dit initiatief van Het Ziekenhuis Consortium betekent een kentering in de ziekenhuissector en einde aan de kaalslag in de zorgverlening. Voor de bevolking in de Noordoostpolder komt met dit initiatief een einde aan jarenlange onzekerheid in is continuïteit van ziekenhuiszorg verzekerd.